

Nr 13

Biuletyn

Polskiego Towarzystwa
Kryminologicznego
im. profesora Stanisława Batawii

Warszawa 2004

POLSKIE TOWARZYSTWO KRZYMINOLOGICZNE
im. prof. Stanisława Batawii

ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, tel. (22) 826-84-84
e-mail: m.ozarowska@inp.pan.pl
(Zakład Kryminologii INP PAN)

KOMITET REDAKCYJNY

prof. dr hab. Dobrochna Wójcik – przewodnicząca
doc. dr hab. Anna Kossowska – viceprzewodnicząca
dr Jacek Krawczyk – sekretarz
mgr Maria Ożarowska-Wolder – członek

Wydanie niniejszego numeru sfinansowali:
Ministerstwo Nauki i Informatyzacji
Polskie Towarzystwo Kryminologiczne im. prof. S. Batawii

ISBN 83-900746-2-1

Realizacja
Drukarnia MIRAN

Spis treści

Wstęp	5
Informacja naukowa	
Elżbieta Zatyka	
<i>Klauzula sumienia jako okoliczność modyfikująca zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy (uwagi na tle art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)</i>	7
Adam Krukowski	
<i>Instytucja mediacji w świetle regulacji prawnych i w praktyce (na przykładzie badań w kilku prokuraturach rejonowych i sądach rejonowych okręgu gliwickiego)</i>	29
Informacja o krajowej i międzynarodowej współpracy kryminologów	47
Piąta doroczna konferencja Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego	57

Wstęp

Problem możliwości odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie klauzuli sumienia zawartej w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – wydaje się interesujący zarówno ze względu na możliwość odpowiedzialności prawno-karnej lekarza jak i możliwości ograniczania uprawnień pacjentów. Autorka słusznie zwraca uwagę na niespójność uregulowań prawnych w tej dziedzinie i potrzebę ich modyfikacji. Podejmuje też próbę badań empirycznych dotyczących wiedzy lekarzy co do ciążących na nich obowiązków prawnych wobec pacjentów w przypadku korzystania z klauzuli sumienia, oraz powodów korzystania z niej. Badania te o charakterze pilotażowym, mimo że przeprowadzone na niewielkiej próbie (m.in. z uwagi na niezbyt chętną postawę respondentów) stanowią jednak wskazówkę do podjęcia dalszej analizy tej problematyki i wyznaczają jej kierunki.

Drugi z tekstów opracowany w oparciu o badania przeprowadzone w ramach pracy magisterskiej jej autora – dotyczy analizy częstotliwości kierowania spraw karnych do postępowania mediacyjnego sądach rejonowych okręgów: katowickiego i gliwickiego. Badania empiryczne ukazują wyraźny wzrost zainteresowania sędziów instytucją mediacji, czego niestety nie można powiedzieć w odniesieniu do prokuratorów w tych okręgach, podobnie zresztą jak w całym kraju. Wynika z nich również, że pozytywne wyniki postępowania mediacyjnego zachęcają sędziów do dalszego korzystania z tej instytucji.

Zarząd Główny PTK

Informacja naukowa

Elżbieta Zatyka

Klauzula sumienia jako okoliczność modyfikująca zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy (uwagi na tle art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

I. Uwagi wprowadzające

Ustalenie podstawy oceny prawnokarnej zachowania polegającego na zaniechaniu udzielenia pomocy medycznej przez lekarza jest zagadnieniem złożonym, uzależnionym od stwierdzenia, czy znajdował się on w danej sytuacji na pozycji osoby szczególnie, prawnie zobowiązanej. W przypadku odpowiedzi negatywnej odpowiedzialność karna lekarza będzie opierała się na wyczerpaniu znamion powszechnego formalnego przestępstwa zaniechania udzielenia pomocy z art. 162 k.k. Jeżeli natomiast uznamy, iż w konkretnych okolicznościach ciążył na lekarzu prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi, wtedy w myśl art. 2 k.k. możliwe będzie przypisanie mu odpowiedzialności za sprawstwo materialnego przestępstwa z zaniechania skierowanego przeciwko życiu lub zdrowiu, którego znamieniem jest zaistniały skutek w postaci śmierci pacjenta lub uszczerbku na zdrowiu bądź z art. 160 §2 lub 3 k.k. (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu).

Treść prawnego obowiązku udzielenia pomocy spoczywającego na lekarzu – gwarancie wyznacza podstawa prawna uznania, iż znajduje się on na pozycji podmiotu szczególnie, prawnie zobowiązanego. Celem niniejszych rozważań jest stwierdzenie, czy możliwości powoływania się na okoliczności przewidziane w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia

5.12.1996 pozwalające na uchylenie się od obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego (m.in. niezgodność z sumieniem lekarza) mają zróżnicowany zakres w zależności od tego czy dany lekarz jest podmiotem szczególnie, prawnie zobowiązanym do udzielenia tego świadczenia. Problemem badawczym będzie ustalenie rozumienia i wykorzystywania przez lekarzy tzw. klauzuli sumienia (czyli okoliczności przewidzianej w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) jako podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego¹.

Jak trafnie wskazuje L. Kubicki, sumienie lekarskie, które jest pojęciem z dziedziny etyki stanowi niekiedy kategorię prawną². Z taką właśnie rolą mamy do czynienia w powołanym art. 39. Ujęcie klauzuli sumienia w art. 39 ustawy o zawodzie lekarza ma charakter nieostry. Podstawowym celem przeprowadzonych przez autorkę badań jest ustalenie rozumienia tej podstawy prawnej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez lekarzy oraz próba sformułowania refleksji nad sytuacjami, w jakich jest ona najczęściej stosowana. Badania mają również charakter diagnostyczny celem ustalenia problemów badawczych do pracy doktorskiej, przede wszystkim stwierdzenia czy występuje (jeśli tak, to w jakim zakresie) problem nieuzasadnionego ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz próba eksplanacji przyczyn takiego stanu rzeczy ze szczególnym uwzględnieniem odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie klauzuli sumienia.

II. Źródła lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy

Punktem wyjścia do ustalenia zakresu lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy, którego niedopełnienie rodzi odpowiedzialność na płaszczyźnie prawnokarnej powinno być więc zdekodowanie pojęcia „szczególnego, prawnego obowiązku”, a ściślej źródeł tego obowiązku w odniesieniu do osoby wykonującej zawód lekarza. Wśród przedstawicieli doktryny ujawnia się w tej kwestii zasadnicza rozbieżność poglądów, której źródeł upatrywać należy między innymi w rozumieniu charakteru funkcji, jaką lekarze pełnią w społeczeństwie.

Pierwsze stanowisko, reprezentowane przez L. Kubickiego, można określić mianem rygorystycznego w odniesieniu do lekarzy. Przyjmuje ono za wystarczającą podstawę do przypisania lekarzowi pozycji gwaranta w

¹ Dz. U. 2002, Nr 21, poz. 204 ze zm.

² L. Kubicki: Sumienie lekarza jako kategoria prawna, *Prawo i Medycyna* 1999, Nr 4, s. 5 i n.

rozumieniu art. 2 k.k. art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty³. Zgodnie z jego treścią lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Koncepcja ta prowadzi do uznania, iż w każdym przypadku odmowy udzielenia pomocy przez lekarza w warunkach art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty będzie on odpowiadał na podstawie art. 2 k.k. za zaistniały skutek, bez względu na czas i miejsce, fakt aktualnego wykonywania obowiązków zawodowych lub spędzania wolnego czasu. Lekarz w myśl tego stanowiska pod groźbą sankcji karnej zostaje obarczony w sposób bardziej rygorystyczny obowiązkiem niesienia pomocy od pozostałych członków społeczeństwa, czego źródłem jest sam fakt uprawiania zawodu lekarza i wynikające z niego szczególne umiejętności.

Wyrazicielami odmiennego poglądu, według którego ta podstawa jest niewystarczająca są m. in. A. Zoll., E. Zielińska, M. Filar. W świetle tego stanowiska art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest źródłem ogólnego zawodowego obowiązku lekarza, nie zaś źródłem obowiązku gwaranta, którego niewypełnienie prowadzi do odpowiedzialności karnej za skutek. Natomiast szczególny obowiązek może wynikać przede wszystkim z dobrowolnie przyjętego na siebie zobowiązania w postaci podjęcia się wykonywania zawodu lekarza na podstawie stosunku pracy, kontraktu lekarskiego lub innej umowy cywilnoprawnej⁴. Konsekwencją takiego rozumienia pozycji gwaranta jest uznanie, iż lekarz, który nie jest związany szczególnym, prawnym obowiązkiem może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej jedynie na podstawie art. 162 k.k. statuującego powszechny typ przestępstwa zaniechania udzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W takim przypadku przepisy określające reguły wykonywania zawodu lekarza (głównie ustawa o

³ L. Kubicki: Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, *Prawo i Medycyna* 2003, Nr 13, s. 4 – 17.

⁴ E. Zielińska: Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej. Wybrane zagadnienia, Warszawa 2001, s. 350-357, A. Zoll: Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, *Prawo i Medycyna* 2000, Nr 5, s. 31 i n., M. Filar: Odpowiedzialność karna za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy), *Prawo i Medycyna* 1999, Nr 3, s. 35 – 36, także S. Rutkowski: Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza, Prokuratura i Prawo 1999, Nr 9, s. 90-91, por. również M. Kliś: Źródła obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 1999, Nr 2, s. 185-187.

zawodach lekarza i lekarza dentystry, Kodeks Etyki Lekarskiej) będą mogły stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnoprawnej lub zawodowej⁵.

Zarówno w doktrynie jak i orzecznictwie przeważa drugie, moim zdaniem trafne, stanowisko. Podstawą prawną uznania, iż dany lekarz pozostaje w określonej sytuacji na pozycji gwaranta jest szczególne źródło, np. stosunek pracy w pogotowiu ratunkowym, umowa cywilnoprawna, które precyzuje zakres wymagalności zadań powierzonych w ramach wykonywania zawodu lekarza. To szczególne źródło wyznacza podstawę, na jakiej standardy wykonywania zawodu lekarza z płaszczyzny zawodowej są inkorporowane do treści art. 2 k.k.; kreuje szczególne, prawne zobowiązanie, którego ochrona realizowana jest na płaszczyźnie prawnokarnej. Innymi słowy istotą podstawy uznania za gwaranta w myśl art. 2 k.k. jest źródło szczególne, natomiast treść obowiązku udzielenia pomocy przez gwaranta wyznacza źródło szczególne wespół z zasadami wykonywania zawodu lekarza (art. 30 ustawy), jako że źródło to powstało w celu realizacji praktyki lekarskiej (np. kontrakt lekarski, umowa o pracę zawarta przez lekarza z zakładem opieki zdrowotnej).

L.Kubicki prezentując odmienne podejście do problemu używa m. in. argumentu, na który zwracał uwagę kilkadziesiąt lat wstecz J. Sawicki, a mianowicie faktu odmiennego, dalej idącego społecznego odczucia i oczekiwań w zakresie udzielania pomocy w odniesieniu do lekarzy niż do przeciętnych współobywateli⁶. Idąc tym tokiem L. Kubicki proponuje zróżnicowanie odpowiedzialności karnej lekarzy i zwykłych podmiotów, czyli „nielekarzy”⁷. Wydaje się, iż takie rozwiązanie stanowiłoby przejaw nierówności podmiotów wobec prawa, będąc wyrazem nieuprawnionych w moim odczuciu oczekiwań społecznych co do roli lekarzy, których zadaniem jest wykonywanie swojego zawodu zgodnie z jego standardami, nie zaś pełnienie swoiście rozumianej „misji społecznej”. Nie można oczywiście abstrahować od etosu wykonywania tego zawodu, niemniej jednak jego złamanie powinno być piętnowane na płaszczyźnie dyscyplinarnej, nie zaś prawnokarnej. Służy ona bowiem realizacji innych celów niż stanie na straży sumiennego wykonywania obowiązków wynikających z faktu wykonywania zawodu lekarza. Dopiero zaistnienie szczególnej więzi pomiędzy lekarzem a osobą oczekującą pomocy w postaci dodatkowego źródła obowiązku przenosi tą relację na płaszczyznę ewentualnej odpowiedzialności karnej w przypadku

⁵ Kodeks Etyki Lekarskiej został uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie art. 33 ustawy o izbach lekarskich, Dz. U. 1981, Nr 30, poz. 158 ze zm.

⁶ J. Sawicki: *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964, Rozdział I, Obowiązek udzielenia pomocy.

⁷ L. Kubicki: *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, Aktualne problemy prawa medycznego, Materiały konferencyjne V Ogólnopolskiego Forum Prawniczo – Medycznego, Warszawa 2002, s. 60–67.

niedopełnienia obowiązku. Uzasadnieniem tej zmiany jest zagwarantowanie realizacji ochrony dóbr prawnych w postaci życia lub zdrowia, której służy ustanowienie źródła szczególnego i to właśnie ustanowienie jest przyczyną i warunkiem szczególnej, wzmożonej ochrony w postaci odpowiedzialności prawnokarnej. Faktycznie chroniony jest więc pewien układ społeczny, zaufanie do powziętych środków ochrony.

Zamykając uwagi o źródłach wyznaczających treść szczególnego, prawnego obowiązku działania nałożonego na osobę wykonującą zawód lekarza chcę zgodnie z powyższym zaznaczyć, iż składają się nań moim zdaniem dwa elementy: „źródło szczególne” (np. kontrakt lekarski) oraz przepisy określające standardy wykonywania zawodu, przede wszystkim w przedmiotowej kwestii ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, które niejako dookreślają stosunek prawny wynikający ze źródła szczególnego.

III. Okoliczności modyfikujące zakres obowiązku

Podstawowym celem niniejszej pracy jest ustalenie wpływu przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 38 i 39) na zakres odpowiedzialności karnej lekarza, ponieważ złamanie reguł w nich wyrażonych wywrze bezpośredni wpływ na odpowiedzialność na niwie zawodowej. Czy lekarz szczególnie prawnie zobowiązany ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie tych przepisów? Jeśli tak, to czy skutek wynikły jako konsekwencja niezgodnej z przewidzianymi tam warunkami odmowy będzie stanowić podstawę do przyjęcia odpowiedzialności z art. 2 k.k.? Czy też w ogóle nie należy odnosić przepisów art. 38, 39 do zakresu karnej odpowiedzialności lekarza, lecz skoncentrować się na realizacji treści wynikających ze źródła szczególnego? Próba udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania zostanie podjęta na przykładzie możliwości zastosowania tzw. klauzuli sumienia, czyli art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z art. 30 wyżej wymienionej ustawy lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Art. 30 ma charakter bezwzględny. Przy zaistnieniu przewidzianych w nim okoliczności lekarz nie ma możliwości uchylenia się od wykonania świadczenia⁸. Taki też będzie minimalny zakres obowiązku lekarza

⁸ Wyłączając jedynie sytuację, kiedy nie jest w stanie świadczenia udzielić (w myśl zasady *ultra posse nemo obligatur*) np. z powodu choroby bądź kiedy udziela w tym czasie pomocy innej osobie w warunkach art. 30 ustawy lub dokonuje czynności lekarskiej, która nie

- gwaranta, który zostaje uzupełniony o „właściwą” treść obowiązku wynikającą z szczególnego źródła np. treść obowiązków pracowniczych lekarza zatrudnionego w pogotowiu ratunkowym.

W myśl art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli nie zachodzą warunki przewidziane w art. 30 tejże ustawy, lekarz ma prawo powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Zakres przedmiotowy tego uprawnienia jest bardzo szeroki, ponieważ pojęcie świadczenia zdrowotnego obejmuje działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciążącą i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno – hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze⁹.

Prawo do odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykracza więc daleko poza czynności *stricte* terapeutyczne. W literaturze wskazuje się na zachodzący tu brak korelacji zarówno z art. 38 ustawy jak i art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, które to przepisy mówią wyłącznie o prawie do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia. Za częściowo trafny uważam pogląd postulujący zawężenie również zakresu art. 39 do czynności leczniczych w ich ścisłym rozumieniu¹⁰. Uważam, że prawo do odmowy powinno być ograniczone w odniesieniu do świadczeń o charakterze diagnostyczno – „administracyjnym”, jak wydanie zaświadczenia o wskazaniach do aborcji bądź skierowanie na badania prenatalne czy też wypisanie tabletek antykoncepcyjnych. Odmowa przez lekarza tego rodzaju świadczeń wydaje się przenosić centrum decyzji w kwestiach nieterapeutycznych dotyczących pacjenta na lekarza, ponieważ w praktyce występują sytuacje, w których zabezpieczenie praw pacjenta z art. 39 jest niewystarczające. Natomiast nie widzę możliwości ograniczenia prawa lekarza

może być przerwana. Tak L. Kubicki: HIV/AIDS- odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej, Poznań 2001, s. 65.

⁹ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408, art. 3.

¹⁰ E. Zielińska: Klauzula sumienia, Prawo i Medycyna 2003, Nr 13, s. 25 - 29.

do odmowy wykonania zgodnej z ustawą aborcji, która nie jest czynnością leczniczą, rodzi jednak wyjątkowo silny konflikt sumienia, ponieważ lekarz osobiście wykonuje zabieg.

Ustawodawca nałożył na lekarza odwołującego się do klauzuli sumienia następujące obowiązki:

1. wskazanie realnych możliwości uzyskania objętego odmową świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej;
2. uzasadnienie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej;
3. w odniesieniu do lekarza wykonującego swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby uprzednie powiadomienie na piśmie przełożonego.

Powyższa regulacja ma zagwarantować realizację swobody działań zawodowych, zgodnie z sumieniem lekarza i współczesną wiedzą medyczną (art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej) przy poszanowaniu prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego. Najwięcej problemów interpretacyjnych w praktyce stwarza dość abstrakcyjnie sformułowany obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia. Dominuje pogląd, według którego powinna to być informacja „konkretna, aktualna i sprawdzona co do jej ścisłości”¹¹. Powodem zgłaszanych zastrzeżeń jest fakt, iż lekarz nie zawsze taką informacją dysponuje i nie zawsze ma możliwość jej sprawdzenia. Podobnie jak w przypadku art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty tak w treści art. 39 nie została przewidziana sankcja, a więc znajdują zastosowanie ogólne zasady odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej¹².

Myślę, iż co do zasady nie ma przeszkód, aby również lekarz - gwarant powoływał się na przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli ma możliwość zrealizowania przewidzianych w jego treści obowiązków wynikających z odmowy. Natomiast w jego przypadku odmowa udzielenia świadczenia przy przełamaniu reguły z art. 39 w postaci braku wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia) mogłaby pociągnąć za sobą nie tylko odpowiedzialność dyscyplinarną, ale również karną w przypadku zaistnienia skutku¹³. Restrykcyjny charakter takiego rozwiązania znajduje swoje uzasadnienie w stosunku szczególnego zaufania pomiędzy pacjentem,

¹¹ L. Kubicki: HIV/AIDS..., s. 20.

¹² E. Zielińska: Odpowiedzialność..., s. 351.

¹³ Pozostałe obowiązki: uzasadnienie i odnotowanie faktu w dokumentacji medycznej, uprzednie powiadomienie na piśmie przełożonego, mają charakter administracyjny. Ich niedopełnienie nie uderza bezpośrednio w prawa pacjenta i dlatego może stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnoprawnej lub dyscyplinarnej. Tamże, s. 51- 52.

który chce uzyskać świadczenie, a lekarzem, który znajduje się na pozycji gwaranta.

Nasuwa się pytanie, czy lekarz korzystający z prawa do odmowy udzielenia świadczenia niezgodnego z jego sumieniem poprzez nałożenie na niego przez ustawodawcę obowiązku udzielenia informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia nie staje się podmiotem szczególnie, prawnie zobowiązanym. Z całą pewnością lekarz korzystający z klauzuli sumienia nie staje się gwarantem co do faktycznego uzyskania świadczenia u innego podmiotu. Posługując się literą ustawy lekarz działający w oparciu o art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odpowiada jedynie za brak udzielenia pacjentowi informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia. Jeśli był on w stosunku do danego pacjenta gwarantem, to teoretycznie istnieje możliwość odpowiedzialności karnej za przełamanie tego obowiązku. Jeżeli na lekarzu ciążył jedynie ogólny, lekarski obowiązek to ewentualna odpowiedzialność będzie miała charakter dyscyplinarny.

W moim odczuciu zakres możliwości powoływania się na klauzulę sumienia przez lekarza - gwaranta jest w pewnym stopniu ograniczony. Będzie on mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego na tej podstawie wtedy, kiedy dane świadczenie nie jest przedmiotem ściśle określonych obowiązków zawodowych wynikających ze szczególnej podstawy prawnej uznania go za osobę szczególnie prawnie zobowiązaną (np. w zakresie obowiązków pracowniczych lekarza zatrudnionego na stanowisku lekarza rodzinnego). Nie można całkowicie wyłączyć prawa do odmowy w oparciu o klauzulę sumienia, ponieważ konflikt sumienia może wystąpić niespodziewanie w wyniku konkretnych okoliczności. Problemy może rodzić ustalenie treści tych obowiązków, niekiedy ocena sytuacji nie jest jednoznaczna. Czy lekarz zatrudniony w publicznej poradni ginekologicznej ma prawo odmowy wypisywania tabletek antykoncepcyjnych, ponieważ jest to niezgodne z jego sumieniem, zwłaszcza kiedy jest jedynym lekarzem ginekologiem w danej miejscowości i jego decyzja skomplikuje pacjentowi drogę do uzyskania świadczenia? Jeszcze większe niebezpieczeństwo rodzi sytuacja, w której lekarz odmawia wydania zaświadczenia o wskazaniach do aborcji. Taka decyzja, zwłaszcza w ośrodkach wiejskich czy niewielkich miastach, może zamknąć bądź w znacznym stopniu utrudnić drogę do uzyskania świadczenia, a tym samym odebrać pacjentce prawo do podjęcia decyzji (np. w kwestii urodzenia dziecka z ciężkim upośledzeniem czy ryzykowanie własnego życia lub zdrowia, aby urodzić dziecko). Czy i gdzie należy szukać i odwoływać się do standardów wykonywania zawodu lekarza? Pytanie pozostaje otwarte.

Reasumując, zaniechanie udzielenia świadczenia medycznego niezgodnego z sumieniem lekarza - gwaranta może być podstawą jego odpowiedzialności karnej jedynie wtedy, gdy przełamał on obowiązki wynikające z art. 30 i 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty bądź ze szczególnej podstawy uznania go za gwaranta.

IV. Klauzula sumienia w świetle opinii przedstawicieli środowiska lekarskiego

1. Cel i metoda badań

Badania ukierunkowane zostały na weryfikację czterech podstawowych, postawionych przez autorkę hipotez badawczych:

1. wiedza lekarzy na temat zakresu prawnego obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego jest fragmentaryczna;
2. niezgodność udzielenia danego świadczenia z sumieniem lekarza realnie występuje jako podstawa odmowy świadczenia;
3. zarówno brak jasnych regulacji prawnych jak i brak znajomości swoich prawnych obowiązków wśród lekarzy mogą faktycznie ograniczać prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego;
4. pożądanym byłoby stworzenie systemu informacji o rodzajach świadczeń, których dany lekarz nie wykonuje.

Badania zostały przeprowadzone przy pomocy ankiety. Na wyborze sondażu ankietowego jako narzędzia badań zaważyły względy dwojakiej natury. Po pierwsze jest to metoda, która w najszerszym zakresie gwarantuje badanej populacji anonimowość, a tym samym niweluje jedną z głównych przyczyn odmowy udziału w badaniu, a mianowicie obawę przed identyfikacją i sankcją ze strony środowiska. Ponadto pilotażowy charakter badań stanowił wskazanie do metody, która w największym stopniu umożliwi poznanie rzeczywistych (bo wyrażanych całkowicie anonimowo) opinii na temat badanych zagadnień w stosunkowo krótkim czasie.

Ankieta będąca podstawą przeprowadzonych badań zawiera 14 pytań (13 merytorycznych i jedno pytanie osobowopoznawcze) oraz miejsce na swobodną wypowiedź na temat ankiety. Kombinowana konstrukcja ankiety łączy pytania zamknięte i otwarte. Przeważają pytania o charakterze otwartym, formułowane bądź to w sposób pozostawiający respondentowi całkowitą swobodę wypowiedzi bądź też w postaci wachlarza odpowiedzi z możliwością udzielenia odpowiedzi z poza katalogu. Ankietowani mieli możliwość udzielenia na dane pytanie więcej niż jednej odpowiedzi, stąd dane liczbowe ujęte w postaci procentów przy odpowiedziach na poszczególne pytania nie

sumują się do 100 %. Tego rodzaju pytania w założeniu mają umożliwić bardziej wszechstronne poznanie stanowiska respondenta gwarantując mu możliwość pełnej wypowiedzi. Ze względu na treść w ankiecie występują pytania o fakty oraz pytania o opinie. Przeważają pytania o opinie, dzięki czemu odpowiedzi cechuje większa otwartość i szczerowość. Autorka dołożyła starań, aby ankietę została sformułowana w sposób przystępny dla respondentów, ograniczając użycie języka prawniczego.

W badaniach wzięło udział dwudziestu dwóch respondentów – lekarzy wykonujących praktykę zawodową. Wyłącznym kryterium doboru próby było wyrażenie zgody na udział w badaniu. Autorka miała bezpośredni kontakt z ankietowanymi, którzy z reguły niezbyt chętnie wyrażali zgodę na udział w badaniu, podkreślając swój brak kompetencji w zakresie problematyki ankiety. Duże zainteresowanie i głębszą znajomość tematu podczas wstępnej rozmowy wykazały osoby o specjalizacji ginekologicznej, co stanowi sygnał do uwzględnienia w przyszłych badaniach specyfiki problemów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza – ginekologa. Lekarze nie wypełniali ankiety w obecności autorki, lecz zwracali ją dopiero po kilku dniach w zaklejonych kopertach. Sondaż został przeprowadzony w dniach 19 –30 lipca 2004 r. w dwóch ośrodkach miejskich (20 i 80 tysięcy mieszkańców). W celu zapewnienia maksimum anonimowości część osobowopoznawcza ankiety została ograniczona do jednego pytania o formę zatrudnienia. Respondenci nie byli różnicowani ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania czy specjalizację. Uzyskane wartości liczbowe zostały zaokrąglone do pełnych procentów.

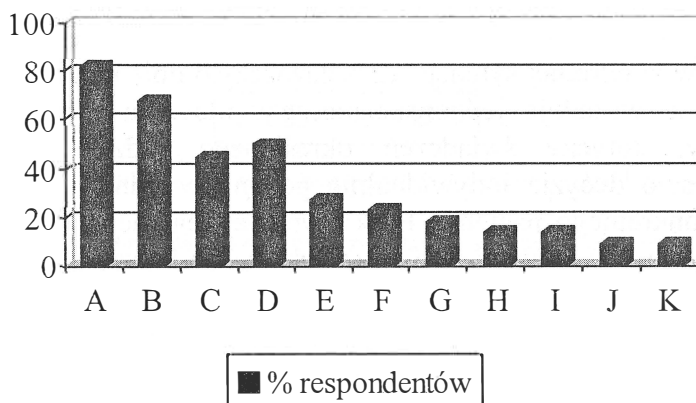
2. Wyniki badań

Jak już zaznaczono, przeprowadzone badania mają charakter pilotażowy. Ich wyniki są odzwierciedleniem opinii niewielkiej części środowiska lekarskiego i nie mogą stanowić podstawy do weryfikacji postawionych przez autorkę tez badawczych. Wartość badań polega więc tylko na uprawdopodobnieniu owych hipotez. Zwłaszcza, iż respondenci w większości wykazali umiarkowane zaangażowanie udzielając często odpowiedzi fragmentarycznych, co dowodzi, iż zagadnienie granic obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi przedmiotu głębszej refleksji przeciętnego lekarza. Analiza uzyskanych odpowiedzi pozwala na stwierdzenie, że lekarze nie tylko nie chcą wypowiadać się na newralgiczne tematy, ale również często brakuje im niezbędnej do tego wiedzy w kwestiach bezpośrednio dotyczących reguł wykonywania ich zawodu. Jest to z pewnością stan niezadowolający, ale jego podłożem jest nie tylko brak zainteresowania

lekarzy zagadnieniami prawnymi czy też luki w systemie lekarskiej edukacji, ale przede wszystkim charakteryzujące się dużym stopniem ogólności, kontrowersyjne i niejasne nawet dla prawników uregulowanie problemu w polskim ustawodawstwie.

Odpowiedzi na pytania typu zamkniętego i półotwartego mają charakter pełny, natomiast pytania otwarte *sensu stricto* wykazały dużą ilość braku odpowiedzi bądź odpowiedzi zdawkowych, enigmatycznych, ponieważ tego rodzaju pytania wymagają od respondenta ponadprzeciętnego zaangażowania. Dużą część ankiet charakteryzuje wewnętrzna niespójność odpowiedzi, co można zinterpretować jako efekt braku ukształtowanego, przemyślanego poglądu na badany problem i formułowania własnego stanowiska dopiero w trakcie udzielania odpowiedzi na kolejne pytania.

Wykres 1. Przyczyny odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego (od A do K- przyczyny oznaczone w tekście)



- A- świadczenie niezgodne z prawem,
- B- świadczenie niezgodne z zasadami deontologii lekarskiej,
- C- stan zdrowia pacjenta przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia,
- D- niezgodność z sumieniem lekarza,
- E- pacjent jest pijany lub odurzony,
- F- udzielenie świadczenia niosące ze sobą zagrożenie dla życia lub zdrowia lekarza,
- G- osobiste relacje z pacjentem,
- H- pacjent nie posiada ubezpieczenia,
- I- względy natury organizacyjnej,
- J- naganny tryb życia pacjenta,
- K- brak medycznego uzasadnienia do wypisania danych leków lub zwolnienia z pracy.

Wstępna część kwestionariusza ankiety (pytania 1-3) dotyczy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w ujęciu ogólnym. Odpowiedź na jedyne bezpośrednie pytanie o fakt z przebiegu praktyki danego lekarza ujawnia, iż wśród ankietowanych 45% skorzystało z prawa odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, co wskazuje, iż nie jest to zjawisko marginalne, a tym samym celowym jest badanie jego fenomenologii i etiologii, aby ustalić w jakich okolicznościach może dochodzić do przełamania obowiązku prawnego.

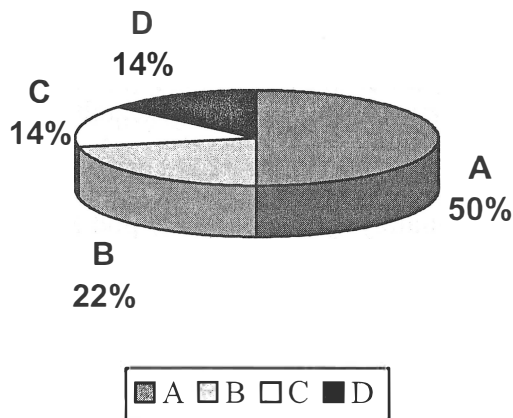
Badanie przyczyn odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego wykazało, iż główną podstawą tej odmowy jest niezgodność danego świadczenia z obowiązującym prawem. Taką odpowiedź wskazało aż 82% respondentów. Na kolejnym miejscu (68% ankietowanych) znalazła się niezgodność z zasadami deontologii lekarskiej oraz odmowa świadczenia, do którego przeciwskazaniem jest stan zdrowia pacjenta (45%).

50% respondentów uznało, iż podstawę odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego może stanowić jego niezgodność z sumieniem lekarza, przy czym 14% wszystkich ankietowanych stwierdziło, iż dotyczy to wyłącznie rodzaju świadczenia z zasady niezgodnego z sumieniem lekarza. Również 14% wszystkich ankietowanych przyznało, iż może to dotyczyć wyłącznie świadczenia niezgodnego z sumieniem w stosunku do konkretnego pacjenta w konkretnej sytuacji. 22% zaznaczyło obie możliwości. Treść art. 39 ustawy nie wskazuje jednoznacznie, czy klauzula sumienia ma charakter generalny, dotyczy świadczeń określonego rodzaju, czy też jest to każdorazowo decyzja indywidualnie podjęta w odniesieniu do świadczenia wobec konkretnego pacjenta. Brak wyraźnej regulacji pozwala stwierdzić, iż możliwe jest odwoływanie się przez lekarza do klauzuli sumienia zarówno w postaci abstrakcyjnej (przy określeniu świadczeń rodzajowo) jak i w zindywidualizowanej. W praktyce występują sytuacje, w których konflikt udzielenia świadczenia z sumieniem lekarza wykreowany zostaje poprzez kontekst konkretnej sytuacji. Jako przykład posłużyć może wymieniona przez jedną z osób ankietowanych psychoterapia znajomych i rodziny, co również można odnieść do innych świadczeń wobec bliskich. Natomiast z reguły odmowa ma charakter generalny, dotyczący świadczeń określonego rodzaju (np. wypisywanie środków antykoncepcyjnych) w oparciu o ich niezgodność z sumieniem lekarza. Niesie to ze sobą zagrożenie ograniczenia dostępności zgodnych z prawem świadczeń zdrowotnych, czemu zapobiegać powinna racjonalna polityka zatrudnienia w ośrodkach publicznej opieki zdrowotnej uwzględniająca deklaracje lekarzy co do odmowy wykonywania określonego rodzaju świadczeń.

Pozostałe wskazywane przez respondentów przyczyny odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego to: stan upojenia alkoholowego lub

odurzenia pacjenta (27%), udzielenie świadczenia niosące ze sobą zagrożenie dla życia lub zdrowia lekarza (23%), osobiste relacje z pacjentem (18%), pacjent nie posiada ubezpieczenia (14%), względy natury organizacyjnej (14%), naganny tryb życia pacjenta (9%), brak medycznego uzasadnienia do wypisania danych leków lub zwolnienia z pracy (9%).

Wykres 2. Klauzula sumienia jako podstawa odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego



- A- klauzula sumienia nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego,
B- klauzula sumienia może być podstawą odmowy zarówno w postaci abstrakcyjnej jak i w zindywidualizowanej,
C- wyłącznie w postaci abstrakcyjnej,
D- wyłącznie w postaci zindywidualizowanej.

Kolejne pytanie miało na celu skonkretyzowanie świadczeń, przy których pacjent może spotkać się z odmową ze strony lekarza. 45% respondentów uznało, że mogłoby to być świadczenie związane z prokreacją. Wymienione zostały: wypisanie środków antykoncepcyjnych, zastosowanie środków wczesnoporonnych, skierowanie na przerwanie ciąży oraz aborcja. Żaden z ankietowanych lekarzy nie przewiduje możliwości odmowy skierowania pacjenta do specjalisty ani skierowania na wykonanie zdjęcia rentgenowskiego płuc. Ani jeden z ankietowanych lekarzy nie wskazał innych świadczeń. Wśród niezwiązanych z prokreacją świadczeń, których dotyczyła lub mogłaby dotyczyć odmowa najczęściej wskazywano przepisanie niezgodnych ze schorzeniem pacjenta leków psychotropowych. Ponadto wśród odpowiedzi znalazło się wydanie fałszywego zaświadczenia, wykonanie badań

niekoniecznych i zbytecznych dla diagnozy, świadczenie wpływające negatywnie na stan zdrowia pacjenta oraz psychoterapia znajomych i rodziny.

Zasadniczą część kwestionariusza ankiety stanowią pytania odnoszące się do samej klauzuli sumienia. Za punkt wyjścia autorka przyjęła ustalenie, w odniesieniu do których świadczeń lekarze uznają za uzasadnione powoływanie się na klauzulę sumienia jako podstawę odmowy. Połowa ankietowanych wskazała świadczenia związane z prokreacją, przy czym najczęściej wśród odpowiedzi wystąpiła zgodna z przepisami ustawy aborcja z powodów embriopatologicznych lub ze względu na uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku popełnienia czynu zabronionego (po 32% respondentów). Niemalże równie często (27%) wymieniano zgodną z przepisami ustawy aborcję ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia kobiety ciężarnej¹⁴. Problem aborcji dotyczy przede wszystkim lekarzy o specjalizacji ginekologicznej, którzy mają z reguły ukształtowane poglądy w kwestii przerywania ciąży i nie podejmują decyzji o wykonaniu świadczenia w sposób zindywidualizowany w odniesieniu do danej pacjentki. Jednakże nie zwalnia to ich od każdorazowej analizy sytuacji kobiety pod kątem możliwości uzyskania przez nią zgodnego z prawem świadczenia. Odmowa bądź nieuzasadniona względami medycznymi zwłoka nie może ograniczać praw pacjentki, co ma niekiedy miejsce w sytuacji, gdy upływ czasu spowoduje, iż zabieg przestanie być zgodny z ustawą bądź też nie będzie go już można wykonać z innych powodów. Lekarz powinien więc nie tylko poinformować pacjentkę o realnej możliwości uzyskania świadczenia, ale też zbadać, czy „wędrowka” od lekarza do lekarza nie uniemożliwi jej uzyskania świadczenia, a przede wszystkim czy nie zachodzą okoliczności z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykluczające odmowę.

18% respondentów stwierdziło, iż ich zdaniem na podstawie klauzuli sumienia można odmówić wydania zaświadczenia o zgodnych z ustawą wskazaniach do aborcji. W moim odczuciu jest to nadinterpretacja reguły wyrażonej w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i niepotrzebne utrudnienie dla pacjentki. Ponadto klauzula sumienia została uznana jedynie przez dwóch ankietowanych za podstawę do odmowy przepisania środków antykoncepcyjnych, co nie jest zbieżne ze skalą zjawiska jaką sugeruje częstotliwość podejmowania tematu przez media. Trzy osoby wskazały uzasadnione względami medycznymi podwiązanie jajowodów, a jedna osoba założenie tzw. spiralki. Żaden z ankietowanych nie odmówiłby na tej podstawie skierowania na badania prenatalne. Jedynie trzy osoby wskazały,

¹⁴ Warunki prawnej dopuszczalności aborcji określa ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. 1993, Nr 17, poz.78.

iż można na tej podstawie odmówić odłączenia aparatury podtrzymującej życie biologiczne po nastąpieniu śmierci mózgowej. Ankietowani nie wymienili żadnych innych rodzajów świadczeń, z poza zaproponowanego katalogu, których mogłaby dotyczyć odmowa na podstawie sprzeczności świadczenia z sumieniem lekarza.

Zaskakującym efektem badań jest fakt, iż zdaniem 55% ankietowanych lekarz ma prawo powoływać się na niezgodność z sumieniem jako podstawę do odmowy świadczenia, które nie wykroczyło jeszcze poza fazę eksperymentalną¹⁵. Świadczy to o bardzo szerokim pojmowaniu tego zastrzeżenia, co zostaje potwierdzone przez rezultat odpowiedzi uzyskanych na pytanie: Jakiego rodzaju względy mogłyby skłonić Panią/Pana do odmowy świadczenia w oparciu o klauzulę sumienia? 73% ankietowanych zaznaczyło niezgodność z etyką wykonywania zawodu, 59% stwierdziło, iż są to względy natury moralnej, a 41%, że jest to niezgodne z ich światopoglądem. Najrzadziej (36%) wskazywano na względy natury religijnej. Niestety ankietowani nie skorzystali z możliwości swobodnej wypowiedzi na temat kryteriów zgodności świadczenia z ich sumieniem.

Następny blok pytań bada znajomość przez lekarzy obowiązków prawnych wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty towarzyszących odmowie udzielenia świadczenia na podstawie jego niezgodności z sumieniem lekarza. 41% ankietowanych przyznało, że zna te obowiązki „mniej więcej”, a aż 32% że nie zna ich wcale. Jedynie 27% stwierdziło, iż zna te obowiązki dokładnie.

Zdaniem 45% ankietowanych uprawnienie wynikające z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ograniczone jest dobrem chorego (przykładowe odpowiedzi „decyzja nie może być krzywdząca dla pacjenta”, „zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta”, „nieludzkie cierpienie pacjenta”). 27% uznało, iż lekarz ma zawsze prawo odmowy udzielenia świadczenia niezgodnego z jego sumieniem. 28% nie udzieliło odpowiedzi.

Zgodnie z art. 39 ustawy na lekarzu korzystającym z tego uprawnienia ciążą określone, wyżej wymienione, obowiązki. Autorka zwróciła się do ankietowanych o opisanie jak w miejscu wykonywania przez nich praktyki wygląda procedura odmowy udzielenia świadczenia w oparciu o jego niezgodność z sumieniem lekarza. Aż 68% respondentów nie udzieliło na to pytanie żadnej merytorycznej odpowiedzi, z czego 18% w ogóle nie odniosło się do zagadnienia (brak odpowiedzi), natomiast 50% stwierdziło, iż nie występują przypadki odmowy. 9% odpowiedziało, iż po prostu nie świadczą usług niezgodnych z ich sumieniem. Jedynie 27% badanej populacji odniosło

¹⁵ Oczywiście podstawą do odmowy w tym wypadku nie jest art. 39 i nie jest on źródłem obowiązków ciążących na odmawiającym lekarzu.

się do obowiązku poinformowania pacjenta o możliwości uzyskania świadczenia. Żaden z lekarzy nie zaznaczył, że ma to być możliwość realna. Przytaczam dwie najbardziej zbliżone do pożądaných odpowiedzi: „po odmowie zgłaszamy do kierownika placówki, a ten do NFZ, a pacjent otrzymuje adres najbliższej innej placówki świadczącej podobne usługi”, „wskazanie lekarza z rejestru NFZ, który pacjentkę przyjmie; nie wiem z jakim skutkiem”. Na podstawie powyższego rezultatu badawczego należy stwierdzić, że zarówno znajomość jak i realizacja obowiązków nałożonych przez ustawodawcę na lekarzy w przedmiotowej kwestii jest niezadowolająca i sprowadza się do świadomości, że należy poinformować pacjenta o innym miejscu, gdzie może zwrócić się o udzielenie świadczenia. Należy odnotować brak odniesień do pozostałych obowiązków (poza zgłoszeniem faktu do kierownika placówki, które wymieniła tylko jedna osoba).

Odpowiedzi na kolejne pytanie miały posłużyć do skonkretyzowania sposobu pojmowania przez lekarzy obowiązku udzielenia informacji. W treści pytania podkreślono, iż ustawodawca wymaga, aby była to informacja o realnej możliwości uzyskania świadczenia. Jedynie 64% odpowiedzi miało charakter merytoryczny. 36% to odpowiedzi puste (brak odpowiedzi) bądź „nie rozumiem”. Pomimo jasno sformułowanego pytania żadna z odpowiedzi nie dotyczyła meritum, czyli realności uzyskania świadczenia. Wypowiedzi ankietowanych miały charakter ogólny. Wynika z nich, że lekarze uważają za wystarczające podanie informacji o innym podmiocie, u którego pacjent potencjalnie mógłby uzyskać świadczenie („podanie adresu najbliższej placówki o podobnym profilu działania”, „wskazanie innego ginekologa z rejestru”, „informacja o placówkach, w których być może będzie mógł mieć udzielone świadczenie”). Fragment jednej z opinii słusznie zwraca uwagę na fakt, że możliwość przewidzenia zachowań innych lekarzy jest nierealna.

Większa część badanej populacji (59%) uznała, iż obowiązek informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia powinien spoczywać na lekarzu, do którego zgłosił się pacjent. W opinii 36% powinno to być zadanie realizowane przez właściwy miejscowo organ NFZ, 27% wskazało jako kompetentny zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz jest zatrudniony, a 14% okręgową izbę lekarską. 14% stwierdziło, że pacjent sam się powinien dowiedzieć. 36% ankietowanych uznało, że ciężar obowiązku powinien być rozłożony pomiędzy kilka podmiotów.

Kluczowym zagadnieniem warunkującym realizację ustawowego obowiązku udzielenia informacji jest istnienie źródła tej informacji. Jak słusznie wskazano w jednej z ankiet lekarz nie ma możliwości przewidzenia zachowania swoich kolegów. Zgadzam się z tą opinią o tyle, o ile odmowa ma charakter zindywidualizowany (wynikający z kontekstu sytuacyjnego w jakim

podjęto decyzję), natomiast możliwe jest stworzenie systemu informacji o rodzajach świadczeń, których dany lekarz nie wykonuje. 41% respondentów stwierdziło, że istnieje potrzeba stworzenia takiego systemu informacji przeznaczonego dla lekarzy. 37% uznało, że dostęp do niego powinni mieć również pacjenci. W opinii 36% ankietowanych taki system nie jest potrzebny.

Kontrowersje budzi ustalenie, kto powinien ponieść koszty wizyty, kiedy lekarz odmawia wykonania świadczenia w powołaniu się na art. 39 ustawy. Zdaniem 65% ankietowanych powinien zostać obciążony Narodowy Fundusz Zdrowia, a 23% pacjent. Pozostałe osoby nie udzieliły odpowiedzi.

Ostatnie pytanie ankiety dotyczy o formy zatrudnienia, w jakiej lekarz wykonuje praktykę. 32% zatrudnionych jest w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, 55% w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, 45% praktykuje prywatnie, a 14% w innej formie, przy czym 23% populacji wykonuje praktykę w więcej niż jednej formie zatrudnienia. Nie stwierdzono wpływu miejsca zatrudnienia na udzielane odpowiedzi, co może wynikać z faktu wykonywania przez respondentów praktyki w różnych formach. Na zakończenie ankietowani mieli możliwość swobodnej wypowiedzi na temat poruszanej problematyki. Skorzystały z niej jedynie trzy osoby, które stwierdziły, że są to ciekawe, warte refleksji zagadnienia.

V. Wnioski końcowe

Uzyskany rezultat badawczy uprawdopodobnił postawione przez autorkę hipotezy. Udzielone przez ankietowanych odpowiedzi wykazały fragmentaryczność ich wiedzy w odniesieniu do analizowanego problemu. Rozumienie i stosowanie przez lekarzy klauzuli sumienia ma charakter intuicyjny. Badana populacja posiada świadomość przysługiwania jej prawa odmowy udzielenia świadczenia niezgodnego z sumieniem, część populacji korzysta z niego bądź przewiduje taką możliwość. Brakuje jej natomiast wiedzy o obowiązkach prawnych jakie są z taką odmową związane. Taki stan rzeczy może ograniczać prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego. Brak zainteresowania tymi zagadnieniami wynika między innymi z faktu, iż część ankietowanych nigdy nie korzystała z prawa do odmowy i nie przewiduje, aby taka sytuacja mogła podczas ich praktyki wystąpić. Ponadto przyczynia się do tego brak jasnego, o większym stopniu szczegółowości sformułowania obowiązków lekarza, zwłaszcza w kwestii udzielania informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego podmiotu.

Na podstawie wyników badań należy stwierdzić, że polem, które rodzi najwięcej kontrowersji i konfliktów z lekarskim sumieniem są świadczenia

związane z prokreacją, a szczególnie świadczenia, które nie mają charakteru typowo leczniczego. Są to głównie: zgodna z przepisami ustawy aborcja, wydanie zaświadczenia o wskazaniach do aborcji, oraz przepisywanie tabletek antykoncepcyjnych. Z natury dotyczą one lekarzy o specjalizacji ginekologicznej. Stąd przysze, właściwe badania modyfikacji zakresu lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy w odniesieniu do klauzuli sumienia zostaną skoncentrowane na opiniach specjalistów z dziedziny ginekologii i położnictwa.

Rezultat badawczy w całej rozciągłości uprawdopodobnił postawioną przez autorkę tezę, iż zarówno brak jasnych regulacji prawnych jak i brak znajomości wśród lekarzy ciążyących na nich obowiązków prawnych mogą faktycznie ograniczać prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego. Najwięcej zastrzeżeń budzi rozumienie obowiązku udzielania pacjentowi informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia. Przeważająca część respondentów zdaje sobie sprawę z istnienia tego obowiązku, pojmując go jednak w sposób abstrakcyjny, uznając za wystarczające wskazanie innego podmiotu (np. innego ginekologa z rejestru), do którego może zwrócić się pacjent, bez ustalenia czy jest to możliwość realna. Jest to w pewnej mierze konsekwencja lapidarnego ustawowego ujęcia tego obowiązku. Ani art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ani żaden inny przepis nie precyzuje jak należy tą realną możliwość rozumieć, ani też nie wskazuje źródła informacji. Na gruncie obowiązującego stanu prawnego trudno nie zgodzić się z poglądem, że lekarz powinien sprawdzić, gdzie pacjent będzie mógł uzyskać świadczenie, którego dotyczy odmowa¹⁶. Kluczem do rozwiązania problemu wydaje się być stworzenie źródła informacji o rodzajach świadczeń, jakich dany lekarz nie wykonuje, z czym zgodziła się większość badanej populacji. Bezpośrednio obowiązek nadal powinien spoczywać na lekarzu, ale z drugiej strony inny podmiot byłby zobowiązany do dostarczenia mu informacji. Sądzę, iż najbardziej kompetentnym podmiotem do zbierania tego rodzaju danych byłby NFZ, a w dalszej kolejności okręgowe izby lekarskie¹⁷.

Na zakończenie chciałabym jeszcze raz podkreślić, iż przeprowadzony sondaż ankietowy ma charakter pilotażowy. Zadaniem była sygnalizacja problemu i rekonesans możliwości przeprowadzenia bardziej zaawansowanych badań celem głębszej analizy. Uzyskane wyniki uzmysłowiły autorce konieczność bardziej przemyślanego doboru populacji, ze szczególnym uwzględnieniem specjalistów z dziedziny położnictwa i ginekologii, ponieważ

¹⁶ L. Kubicki: Sumienie... s. 6.

¹⁷ Praktyczne możliwości rozwiązania problemu analizuje E. Zielińska: Klauzula..., s. 30-34.

w ich praktyce zawodowej badany problem występuje najczęściej oraz wprowadzenia zmian w samej ankiecie.

Konkludując, problem przypisania prawnokarnej odpowiedzialności za skutek lekarzowi, który zaniechał udzielenia pomocy medycznej budzi liczne kontrowersje, zarówno w środowisku prawniczym jak i lekarskim. Zasadną byłaby modyfikacja obecnej regulacji w kierunku precyzyjnego wyartykułowania zakresu obowiązku ciążyącego na lekarzu i wynikających z jego niedopełnienia sankcji natury prawnokarnej i zawodowej. Wynik przeprowadzonych badań wskazuje, że konieczne jest upowszechnienie w środowisku medycznym znajomości prawnych obowiązków ciążyących na lekarzu odmawiającym udzielenia świadczenia zdrowotnego. Z pewnością wywarłoby to pozytywny efekt w postaci wzmożenia ochrony praw pacjenta.

Załącznik

Ankieta

Klauzula sumienia (art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) jako podstawa odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego

Ankieta ma charakter anonimowy

1. Czy w czasie trwania swojej praktyki lekarskiej skorzystała Pani/Pan z prawa do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego?

Tak Nie
2. Jaka okoliczność stanowiła lub mogłaby Pani/Pana zdaniem stanowić przyczynę odmowy?
 - a) świadczenie niezgodne z prawem
 - b) świadczenie niezgodne z zasadami deontologii lekarskiej
 - c) udzielenie świadczenia niosące ze sobą zagrożenie dla Pani/Pana życia lub zdrowia
 - d) stan zdrowia pacjenta przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia
 - e) tego rodzaju świadczenie jest z zasady niezgodne z Pani/Pana sumieniem
 - f) świadczenie jest niezgodne z Pani/Pana sumieniem w stosunku do konkretnego pacjenta w konkretnej sytuacji
 - g) osobiste relacje z pacjentem
 - h) pacjent nie posiada ubezpieczenia
 - i) względy natury organizacyjnej
 - j) naganny tryb życia pacjenta, np. narkomania
 - k) pacjent jest pijany lub odurzony
 - l) inne, jakie?.....

3. Jakiego rodzaju świadczenia dotyczyła lub mogłaby dotyczyć Pani/Pana odmowa:
- a) świadczenia związane z prokreacją, jakie?.....
 - b) wydania skierowania do specjalisty
 - c) odmowa wykonania zdjęcia rentgenowskiego płuc
 - d) inne, jakie?.....
4. Zgodnie z art. 39 wymienionej ustawy o zawodzie lekarza, lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. W jakich przypadkach uznaje Pani/Pan za uzasadnione powoływanie się na klauzulę sumienia jako podstawę odmowy udzielenia świadczenia?
- a) wypisanie recepty na środki antykoncepcyjne
 - b) wydanie zaświadczenia o zgodnych z ustawą wskazaniach do aborcji
 - c) aborcja zgodna z przepisami ustawy:
 - z powodów patoembrionalnych
 - gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej
 - gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku popełnienia czynu zabronionego
 - d) skierowanie na badania prenatalne
 - e) założenie tzw. spiralki
 - f) podwiązanie jajowodów
 - g) odmowa odłączenia aparatury podtrzymującej życie biologiczne po nastąpieniu śmierci mózgowej
 - h) świadczenie, które nie wykroczyło jeszcze poza fazę eksperymentalną
 - i) inne, jakie?
5. Jakiego rodzaju względy mogłyby skłonić Panią/Pana do odmowy w oparciu o tą klauzulę?
- a) natury moralnej
 - b) religijnej
 - c) niezgodność w Pani/Pana odczuciu z etyką wykonywania zawodu,
 - d) niezgodność z Pani/Pana światopoglądem
 - e) inne, jakie?.....

6. Czy zna Pani/Pan obowiązki wynikające z ustawy o zawodzie lekarza, których należy dopełnić odmawiając udzielenia świadczenia na podstawie jego niezgodności z sumieniem?
tak, dokładnie
tak, mniej więcej
nie znam
7. Czy Pani/Pana zdaniem lekarz ma zawsze prawo do odmowy udzielenia świadczenia niezgodnego z jego sumieniem (oczywiście przy spełnieniu warunków przewidzianych w art. 39 i 30 ustawy)? Jakiego rodzaju względy mogłyby w Pani/Pana odczuciu to prawo ograniczać?.....
8. Proszę opisać, jak w miejscu wykonywania przez Panią/Pana praktyki lekarskiej wygląda procedura odmowy udzielenia świadczenia w oparciu o jego niezgodność z sumieniem lekarza.
9. Jak rozumie Pani/Pan obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia?.....
10. Ustawa nakłada na lekarza korzystającego z prawa do odmowy na podstawie klauzuli sumienia obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia kto Pani/Pana zdaniem powinien ten obowiązek realizować?
 - a) lekarz, do którego zgłosił się pacjent
 - b) zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz jest zatrudniony
 - c) właściwy miejscowo organ NFZ
 - d) okręgowa izba lekarska
 - e) pacjent sam powinien się dowiedzieć
 - f) inny organ, jaki?
11. Czy widzi Pani/Pan potrzebę stworzenia systemu informacji o rodzajach świadczeń, jakich dany lekarz nie wykonuje?
 - a) nie
 - b) tak, przeznaczonej wyłącznie dla lekarzy celem ułatwienia wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej
 - c) tak, przeznaczonej również dla pacjentów
 - d) nie wiem
11. Kto powinien ponieść koszty wizyty, kiedy lekarz odmawia wykonania świadczenia w powołaniu się na art. 39 ustawy?
 - a) pacjent
 - b) lekarz
 - c) NFZ
 - d) inny podmiot, jaki

12. W jakiej formie zatrudnienia wykonuje Pani/Pan praktykę lekarską?
zatrudnienie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej,
zatrudnienie w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej
praktyka prywatna
inne, jakie?

Uwagi na temat ankiety

**Instytucja mediacji w świetle regulacji prawnych i w praktyce
(na przykładzie badań w kilku prokuraturach rejonowych
i sądach rejonowych okręgu gliwickiego)¹**

Wraz z wejściem w życie nowego Kodeksu Karnego i Kodeksu Postępowania Karnego z 6 czerwca 1997 r. sędziowie i prokuratorzy stanęli przed możliwością wprowadzania w życie nowej instytucji jaka pojawiła się w tym kodeksie. Instytucją tą jest mediacja między ofiarą a przestępcą polegająca na dobrowolnym porozumiewaniu się ofiary ze sprawcą w obecności i przy pośrednictwie osoby neutralnej- mediatora w celu rozwiązania konfliktu wynikłego z przestępstwa a przede wszystkim w celu dojścia do ugody w kwestii zadośćuczynienia pokrzywdzonemu.

W uzasadnieniu rządowego projektu nowego kodeksu karnego napisano: „Myślą przewodnią nowego prawa karnego jest ochrona godności człowieka pokrzywdzonego, jak i sprawcy przestępstwa (...) W związku z tym reforma prawa i kodeksu karnego zmierza do istotnej zmiany statusu pokrzywdzonego w procesie karnym i w postępowaniu przygotowawczym, co wiąże się z filozofią karania odmienną od dotychczasowej, zdominowanej przez interes państwa (zbyt daleko posunięte upaństwowienie karania), sprowadzające się w istocie do ukarania sprawcy, niedoceniań restytucji i kompensacji oraz pomijania ważnej roli rozwiązania konfliktu społecznego, jaki powstał pomiędzy sprawcą a pokrzywdzonym przez popełnienie przestępstwa”.

Celem twórców nowej kodyfikacji karnej było „ucywiliistyczenie” prawa karnego jak również „rozwijanie konsensualnego sposobu załatwiania spraw karnych”.²

Jedną z podstawowych instytucji służących realizacji tego celu jest instytucja mediacji.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń, można wyróżnić dwa modele prawne, w zależności od stosunku mediacji do wymiaru

¹ Artykuł stanowi zmodyfikowaną część pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Szewczyk na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2004 r.

² E. Bieńkowska: Mediacja i porozumienie, Gazeta Sądowa nr 3 (45), 1998 r.

sprawiedliwości. W pierwszym z tych modeli zakłada się, iż mediacja powinna być instytucją niezależną od wymiaru sprawiedliwości i prowadzoną z udziałem społeczności lokalnej. W drugim instytucja mediacji stanowi dodatek do formalnego systemu wymiaru sprawiedliwości i ma stanowić pomoc dla jego prawidłowego funkcjonowania. Polskie ustawodawstwo przyjęło rozwiązanie związane z drugim wskazanym powyżej modelem.³

Polskie prawo karne przewiduje mediację jako instytucję karnoprocesową. Ustawą z dnia 10 stycznia 2003 r. przepisy dotyczące mediacji znowelizowano w ten sposób, że zgodnie z sugestią S. Waltoś⁴ przepisy dotyczące mediacji zamieszczono w Dziale I „Przepisy wstępne” (art. 23a) pośród przepisów normujących naczelne zasady procesu karnego i inne podstawowe instytucje procesu karnego. W ten sposób ustawodawca przesądził w sposób jednolity i nie budzący żadnych wątpliwości, że sprawę na drogę postępowania mediacyjnego można skierować zarówno w toku postępowania przygotowawczego, jak i w każdym stadium postępowania sądowego, ale równocześnie realizował, choć nie w pełni, zalecenia zawarte w Rekomendacji Rady Europy nr R (99) 19 w sprawie mediacji w sprawach karnych i Ramowej Decyzji Rady Unii Europejskiej z dnia 15.03.2001 r. o statusie ofiar w postępowaniu karnym zalecających, aby „usługi mediacyjne” były dostępne na każdym etapie postępowania karnego.⁵ Nie tracąc z pola widzenia tej okoliczności, o której mowa powyżej a mianowicie, że mediacja jest instytucją karno procesową, nie sposób nie zauważyć, jakie znaczenie mają skutki mediacji na przebieg procesu karnego oraz jak doniosłą rolę odgrywają w procesie decydowania o karze (art. 53 §3 k.k.) i orzekania innych środków karnych (art. 56 k.k.). Zostały one także uwzględnione wśród przesłanek nadzwyczajnego złagodzenia kary (art.60 §2 pkt 1 k.k.) oraz warunkowego umorzenia postępowania karnego (art. 66 §3 k.k.)

Materialnokarne skutki mediacji

Przepis zawarty w art. 53 k.k. ma ogromne znaczenie w zakresie kształtowania polityki karnej tym bardziej, że ma on zastosowanie przy orzekaniu innych środków o których mowa w kodeksie (art. 56 k.k.). Formułuje on dyrektywy wymiaru kary a także określa okoliczności, które sąd

³ W. Daszkiewicz: Pojednanie, ugoda i mediacja w procesie karnym – Nowa kodyfikacja karna. Kodeks postępowania karnego, Krótkie komentarze, zeszyt 8, Warszawa 1998 s. 57.

⁴ S.Waltoś: Mediacja w nowych kodyfikacjach karnych – materiały konferencji naukowej „Mediacja w polskiej rzeczywistości”.

⁵ Mediacja nie jest stosowana w postępowaniu wykonawczym, a minister sprawiedliwości interpretuje zawężająco art.162 kkw

powinien brać pod uwagę przy wymiarze kary. Główną funkcją tych dyrektyw jest zapewnienie realizacji celów kary przyjętych w danym systemie prawnym.⁶ W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera treść art. 53 §3 k.k., będącego wyrazem tendencji do rozwiązywania konfliktów stanowiących następstwo przestępstwa w drodze ugody. „Szczegółowa dyrektywa wymiaru kary ujęta w §3 wiąże się z instytucją mediacji, do której ustawodawca przywiązuje szczególne znaczenie w związku z postrzeganiem funkcji prawa karnego także w sferze likwidowania konfliktów społecznych oraz wyeksponowaniem kompensacyjnej funkcji kary.”⁷ Zgodnie z treścią art. 53 §3 k.k. wymierzając karę sąd bierze także pod uwagę pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji między pokrzywdzonym a sprawcą, albo ugodę między nimi osiągniętą w postępowaniu przed sądem lub prokuratorem. Przepis ten obliguje zatem sąd, aby w sytuacji gdy doszło do mediacji, dokonując wyboru i kształtowania reakcji prawnokarnej wziął pod uwagę jej pozytywny rezultat. E. Bieńkowska wskazuje, iż ze sformułowania tego przepisu nie wynika konieczność, by w momencie decydowania o karze sprawca już wypełnił przyjęte na siebie zobowiązania. Wystarczającym w tej sytuacji jest sam fakt wypracowania przez strony satysfakcjonującego sposobu rozwiązania konfliktu⁸, a wykonanie postanowień ugody może nastąpić w późniejszym terminie.

Jak słusznie podkreśla A. Marek, zgodnie z treścią art. 53 §3 k.k. sąd bierze pod uwagę jedynie pozytywne wyniki mediacji oraz zawartej ugody, a co z tym idzie mogą one wpływać jedynie na złagodzenie kary, warunkowe zawieszenie jej wykonania lub inne rozstrzygnięcie korzystne dla ofiary.⁹

Jak wynika z powyższego, negatywny wynik mediacji, czyli brak ugody między stronami, nie może być przy wymiarze kary uwzględniany przez sąd jako okoliczność obciążająca.

Należy jednak zaznaczyć, iż praktyczna wartość ugody zawartej w rezultacie przeprowadzonego postępowania mediacyjnego, której pozytywny rezultat ma wpływać na rozstrzygnięcie sądu w kwestii odpowiedzialności karnej, będzie uwidaczniać się w sprawach karnych, w których można oczekiwać zastosowania środków probacyjnych albo co najwyżej grzywny lub środków karnych. W sprawach poważniejszych, o znacznym stopniu społecznej szkodliwości postępowanie mediacyjne będzie stosowane raczej

⁶ A.Marek, S.Waltoś: *Podstawy prawa i procesu karnego*, Wyd. Lexis Nexis, Warszawa 1999 r.

⁷ K. Buchała, A.Zoll: *Kodeks karny, Komentarz do art. 1-116*, Zakamycze 2000 r.

⁸ E. Bieńkowska: *Postępowanie mediacyjne w świetle kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego – Nowa kodyfikacja karna. Krótkie komentarze.*, zeszyt 14, Warszawa 1998 r.

⁹ A. Marek: *Prawo Karne*, Warszawa 2000 r.

sporadycznie, co wynika na przykład z utrudnień związanych z stosowaniem tymczasowego aresztowania. Jak wynika z przepisów §11 pkt 3 i §12 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych (Dz.U. Nr 108, poz. 1020) postępowanie to może odbywać się tylko i wyłącznie przy osobistym kontakcie stron co najmniej z mediatorem.

Wraz z wprowadzeniem mediacji do polskiego prawa karnego poszerzony został zakres stosowności dwóch wskazanych we wstępie instytucji, a mianowicie nadzwyczajnego złagodzenia kary (art.60 §2 pkt 1 k.k.) oraz warunkowego umorzenia postępowania karnego (art.66 §3 k.k.).

Instytucja nadzwyczajnego złagodzenia kary opiera się na założeniu, że różnorodność przypadków mieszczących się w ramach tej samej kwalifikacji prawnej powoduje, że w niektórych sytuacjach nawet najniższa kara przewidziana w sankcji przepisu byłaby za surowa.¹⁰ Przesłanka nadzwyczajnego złagodzenia kary zawarta w art. 60 §2 pkt 1 k.k. polegająca na pojednaniu się sprawcy przestępstwa z pokrzywdzonym, naprawieniu szkody albo poczynieniu przez sprawcę i pokrzywdzonego uzgodnień dotyczących sposobu naprawienia szkody, nie była znana kodeksowi z 1969 r.

Kazimierz Buchała podkreśla, iż Kodeks karny zorientowany jest na rozwiązanie konfliktu między sprawcą przestępstwa a pokrzywdzonym wysuwając na pierwsze miejsce pojednanie sprawcy i pokrzywdzonego oraz naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem. Pojednanie takie zdaniem tego autora oznacza zakończenie konfliktu między sprawcą a pokrzywdzonym i ma ogromne znaczenie dla kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa. Autor ten podkreśla, iż pojednanie sprawcy z pokrzywdzonym może stanowić podstawę nadzwyczajnego złagodzenia kary wtedy, gdy wiąże się z naprawieniem szkody lub uzgodnieniem między pokrzywdzonym i sprawcą przestępstwa sposobu naprawienia szkody. Mimo, że obie te dodatkowe przesłanki z punktu widzenia rozwiązania konfliktu mają różną wagę, gdyż ustalenie sposobu naprawienia szkody nie kończy ostatecznie konfliktu, gdyż wymaga od sprawcy jeszcze pewnego zachowania, to wystąpienie którejkolwiek z nich może stanowić podstawę zastosowania instytucji nadzwyczajnego złagodzenia kary.¹¹ Nie musi wszakże do momentu decydowania o karze nastąpić rzeczywiste naprawienie szkody przez sprawcę, może to nastąpić później. Wystarczy aby w momencie decydowania o rekcji prawnokarnej został ustalony sposób naprawienia szkody. Jeżeli została przeprowadzona mediacja, to sąd powinien dysponować stosowaną dokumentacją: sprawozdaniem i ewentualnie ugodą w oparciu o którą

¹⁰ L.Gardocki: Prawo karne, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2002 r.

¹¹ K. Buchała, A. Zoll: „Kodeks Karny – Część Ogólna – Komentarz”, Kraków 2000r.

dokonuje ustalenia, czy doszło do naprawienia szkody w całości albo uzgodnienia sposobu naprawienia szkody. W oparciu o tę dokumentację sąd może poczynić ustalenia jeszcze w innym zakresie, a mianowicie czy sprawca czynił staranie o naprawienie szkody bądź zadośćuczynienie w innej formie, nawet gdy z uwagi na negatywną postawę pokrzywdzonego nie doszły one do rezultatu. Sam udział oskarżonego w mediacji może bowiem pozytywnie świadczyć o jego zachowaniu po popełnieniu przestępstwa będąc wyrazem starań o naprawienie szkody.¹² To z kolei ma również przełożenie na wymiar kary, albowiem o takich sytuacjach traktują przepisy art. 53 §2 k.k. i art. 60 §2 pkt 2 k.k.

Szczególną rolę ugoda między sprawcą a ofiarą osiągnięta w toku mediacji odgrywa w mającym probacyjny charakter warunkowym umorzeniu postępowania. Zdaniem A. Marka nie jest to uwolnienie od odpowiedzialności, lecz swoisty środek karny, o czym przesądza oparcie orzeczenia na stwierdzeniu winy sprawcy i nałożeniu na niego obowiązków próby przewidzianych w kodeksie karnym.¹³ Art. 66 §2 k.k. formułuje formalny zakaz stosowania warunkowego umorzenia postępowania karnego w stosunku do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 3 lata pozbawienia wolności. Jednakże zakres stosowania tej instytucji został poszerzony w przypadku, gdy pokrzywdzony pojednał się ze sprawcą, sprawca naprawił szkodę lub pokrzywdzony i sprawca uzgodnili sposób naprawienia szkody. W takiej sytuacji zgodnie z treścią art. 66 §3, warunkowe umorzenie może być stosowane do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Jak podkreśla E. Bieñkowska, stanowi to realizację postulatu uwzględniania mediacji jako sposobu rozwiązywania konfliktów, powiązanego z restytucją szkody.¹⁴

Oczywiście każdorazowo muszą być spełnione ogólne wymogi pozwalające na sięgnięcie w danym przypadku do warunkowego umorzenia. Jak wskazuje A. Zoll wymienione w art. 66 §3 k.k. przesłanki stosowania warunkowego umorzenia postępowania w stosunku do sprawców przestępstw zagrożonych karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, są przesłankami dodatkowymi, uzupełniającymi w stosunku do przesłanek zawartych w art. 66 §1 k.k. W żadnym wypadku więc przesłanek tych nie zastępują.¹⁵ Tak więc każdorazowo należy badać, czy w danym przypadku

¹² P. Hofmański, L. Paprzycki: *Zasady wymiaru kary i środków karnych*, Kodeks karny-Krótkie komentarze, zeszyt 26, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 1999 r.

¹³ A. Marek: *Prawo karne*, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2000 r.

¹⁴ E. Bieñkowska: *Mediacja i porozumienie oskarżonego z pokrzywdzonym*, Jurysta 1/1998.

¹⁵ A. Zoll w: K. Buchała, A. Zoll: *Kodeks Karny – Część Ogólna – Komentarz*, Kraków 2000 r.

zachodzą przesłanki z art. 66 §1 k.k., zgodnie z treścią którego sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy nie karanego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa. Niemniej art. 66 §3 k.k. poszerza katalog czynów, przy których może wchodzić w grę warunkowe umorzenie postępowania o 76 typów przestępstw. Jak podkreśla E. Bieńkowska czynnikiem ograniczającym stosowanie omawianej instytucji jest rodzaj strony konfliktu. Aby mogła wchodzić w grę instytucja mediacji lub porozumienia stron, strony konfliktu powinny być identyfikowalne, skonkretyzowane, ściśle określone a sam konflikt dokładnie zdefiniowany.¹⁶

Jeśli zatem przestępstwo godzi w dobro abstrakcyjne, jak na przykład integralność państwa czy dobro wymiaru sprawiedliwości, postępowanie medacyjne nie będzie miało w takim przypadku zastosowania. Nie wyklucza to oczywiście stosowania instytucji mediacji w sytuacji, gdy osobą pokrzywdzoną nie jest osoba fizyczna. Także i w przypadku warunkowego umorzenia podkreśla się, iż istotą warunkowego umorzenia, zgodnie z założeniami ustawodawcy, jest likwidacja konfliktu wywołanego przestępstwem i powinno być ono stosowane w sytuacji gdy nie ma potrzeby wymierzania kary, a także kontynuowania postępowania karnego i doprowadzenia do wyroku skazującego.¹⁷

Na koniec należy podkreślić ogromne znaczenie przepisu zawartego w art. 68 §2 k.k. Przepis ten ma zapewnić prawidłowe wykonanie zawartej ugody i wypełnienie przez sprawcę przyjętych na siebie zobowiązań. Zgodnie z treścią tego przepisu, sąd może podjąć warunkowo umorzone postępowanie karne między innymi w sytuacji, gdy sprawca nie wykonuje zawartej z pokrzywdzonym ugody. Tak więc niewykonanie przez sprawcę postanowień ugody zawartej w postępowaniu medacyjnym niesie dla niego zagrożenie podjęcia przez sąd umorzonego postępowania karnego. Trzeba jednak zaznaczyć, iż podjęcie warunkowo umorzonego postępowania może nastąpić jedynie na podstawie okoliczności, które zaistniały w czasie trwającego okresu próby. W związku z tym wskazany w ugodzie termin wypełnienia przez sprawcę przyjętych na siebie obowiązków nie powinien moim zdaniem być

¹⁶ E. Bieńkowska: Postępowanie medacyjne w świetle kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego – Nowa kodyfikacja karna. Krótkie komentarze, zeszyt 14, Warszawa 1998 r.

¹⁷ A. Zoll w: K. Buchała, A. Zoll: „Kodeks Karny – Część Ogólna – Komentarz”, Kraków 2000r.

zbyt odległy, aby nie przekroczył on momentu zakończenia okresu próby. W przeciwnym razie uchylanie się przez sprawcę od wykonania postanowień ugody nie pociągało by dla niego żadnych negatywnych konsekwencji.

Karnoprosesowa regulacja instytucji mediacji

Podstawę prawną dla mediacji stanowi art. 23a Kodeksu postępowania karnego. Przepis art. 23a k.p.k. stanowi, że „Sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, może z inicjatywy lub za zgodą pokrzywdzonego i oskarżonego, skierować sprawę do instytucji lub osoby godnej zaufania w celu przeprowadzenia postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i oskarżonym” (§1). Przepis ten dodany do działu I zastąpił art. 320 k.p.k., który poświęcony był tej instytucji. Przesunięcie tego przepisu do działu I i usytuowanie go wśród przepisów normujących naczelne zasady i podstawowe instytucje procesu karnego niewątpliwie podniosło rangę, jak również poszerzyło zakres stosowania instytucji mediacji. Jak podkreśla się w literaturze, takie miejsce w systematyce ustawy karnoprosesowej nadaje przepisom o mediacji ogólniejszy charakter, wręcz dyrektywy procesu.¹⁸ Równocześnie została przemodelowana cała instytucja mediacji. Art. 23a k.p.k. „może mieć zastosowanie w całym procesie karnym”.¹⁹ Jedną z najbardziej widocznych zmian jest zatem rozszerzenie kompetencji do kierowania sprawą do postępowania mediacyjnego na całe postępowanie przed sądem. Zniesiono równocześnie warunek, który pozwalał na skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego na etapie dochodzenia lub śledztwa tylko wtedy, jeśli miało to znaczenie dla wystąpienia do sądu z odpowiednim wnioskiem. Ponadto do korzystania z tej instytucji upoważniono nieprokuratorskie organy dochodzeniowe, w tym Policję (art. 325 i §2).²⁰

Obecne postępowanie karne w znacznie większym stopniu kładzie nacisk na rozwiązywanie konfliktów międzyludzkich.²¹

Przyczyna wprowadzenia instytucji mediacji wiąże się ze wzrostem znaczenia pojednania się pokrzywdzonego ze sprawcą w prawie karnym materialnym. Tak więc na podstawie obecnie obowiązującego art. 23a, decyzję o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego mogą podjąć: prokurator w postępowaniu przygotowawczym, a także sąd w postępowaniu

¹⁸ T. Grzegorzcyk: *Kodeks postępowania karnego- Komentarz*, Kraków 2003 r., s. 130.

¹⁹ J. Grajewski: w: J. Grajewski, L. K. Paprzycki, M. Płachta: *Kodeks postępowania karnego, t. I, Komentarz do art. 1-424 k.p.k.*, Kraków 2003 r.

²⁰ T. Grzegorzcyk: *Kodeks postępowania karnego- Komentarz*, Kraków 2003 r.

²¹ P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek: *Kodeks postępowania karnego, Tom I, Komentarz do art. 1-296*, Warszawa 2004 r.

jurysdykcyjnym. Ponadto decyzję taką mogą podjąć na podstawie art. 325 i §2 inne organy pozaprokuratorskie prowadzące dochodzenie.

Obecnie kodeks postępowania karnego nie ogranicza działań prokuratora dotyczących skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego, powinien on rozważyć skierowanie sprawy do mediacji w sytuacji gdy uzna, że ewentualne pojednanie pomiędzy oskarżonym a pokrzywdzonym może mieć znaczenie dla treści decyzji, które zapadną w toku postępowania sądowego.²²

Sąd natomiast może skierować do postępowania mediacyjnego każdą sprawę, w której dojdzie do przekonania, że istnieje szansa zawarcia ugody oskarżonego z pokrzywdzonym i naprawienie wyrządzonej przez przestępstwo szkody. Nie istnieją już także żadne ograniczenia czasowe do podjęcia przez sąd takiej decyzji. Może to nastąpić aż do momentu wydania przez sąd orzeczenia. Tak więc kodeks nie wyklucza również sytuacji skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego w postępowaniu odwoławczym. Kodeks postępowania karnego nie wyklucza także wielokrotnego kierowania sprawy na drogę postępowania mediacyjnego.²³

Jak wynika z powyższego, ustawodawca starał się zlikwidować wszelkie istniejące pod rządami poprzednio obowiązującej regulacji ograniczenia związane z podjęciem decyzji procesowej o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego. Tym samym obecna regulacja dała organom prowadzącym postępowanie karne dużo większą swobodę w podjęciu takiej decyzji.

Zwrócić także należy uwagę na treść art. 23a stanowiącą, iż skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego może nastąpić „z inicjatywy lub za zgodą pokrzywdzonego i oskarżonego”. Konieczna zatem jest zgoda obu stron konfliktu, aby organ procesowy mógł podjąć taką decyzję.

Podmiotami inicjującymi postępowanie mediacyjne mogą być zatem:

- pokrzywdzony, jeżeli oskarżony popiera taką inicjatywę,
- oskarżony, gdy pokrzywdzony popiera taką inicjatywę,
- organ procesowy, gdy zarówno pokrzywdzony, jak i oskarżony wyrażą zgodę w tym zakresie.

Ustawodawca nie przewidział możliwości skierowania sprawy do postępowania bez zgody stron postępowania uznając, iż w przypadku

²² P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek: Kodeks postępowania karnego, Tom I, Komentarz do art.1-296, Warszawa 2004,

²³ P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek: Kodeks postępowania karnego, Tom I, Komentarz do art.1-296, Warszawa 2004 r. s. 175.

sprzeciwu choćby jednej ze stron brak jest szans, aby postępowanie mediacyjne zakończyło się pozytywnie.²⁴

Bardzo istotną zmianę w stosunku do poprzednio obowiązującej regulacji stanowi art. 23a §2 k.p.k.. Zakreśla on miesięczny termin, w którym postępowanie mediacyjne powinno zostać zakończone, a także stanowi, iż „jego okresu nie wlicza się do czasu trwania postępowania przygotowawczego”. Ta zmiana miała na celu zachęcenie prokuratorów, którzy wcześniej obawiali się, że przekazanie sprawy do mediacji wydłuży nadmiernie czas trwania postępowania przygotowawczego. W praktyce zmiana ta zaowocuje skróceniem całego postępowania karnego, co jest pożądane z punktu widzenia ekonomii procesowej.²⁵

Postępowanie mediacyjne zgodnie z treścią art. 23a k.p.k. prowadzi instytucja lub osoba godna zaufania. Wymagania jakim instytucja ta lub osoba powinna odpowiadać oraz reguły dotyczące przebiegu postępowania mediacyjnego, określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych z dnia 13 czerwca 2003 r. (Dz. U. 03.108.1020). Rozporządzenie to czerpie swą moc z delegacji normy karnoprosesowej (art.23a §5 k.p.k.).

Selekcja spraw skierowanych do mediacji

Skierowanie spraw do postępowania mediacyjnego poprzedzone jest ich selekcją. Czynności tej dokonuje organ, przed którym toczy się postępowanie karne, a więc prokurator i organy, o których mowa w art. 325d w związku z art. 325i §2 k.p.k. w postępowaniu przygotowawczym, a w postępowaniu jurysdykcyjnym kierujący sprawę na posiedzenie w tej kwestii sędzia. Czynnikiem ograniczającym stosowalność omawianej instytucji jest w pierwszej kolejności to, aby obie strony konfliktu były identyfikowalne i ściśle określone oraz skonkretyzowane, jak również i to, aby dokładnie można było zdefiniować sam konflikt. Okoliczności sprawy nie powinny budzić wątpliwości ani sprawa nie powinna być wielowątkową i to zarówno pod względem podmiotowym jaki i przedmiotowym, albowiem trudne do przeprowadzenia mediacji są sprawy, w których występuje zbyt wielu sprawców lub wielu pokrzywdzonych. Sprawcy nie mogą kwestionować zarzucanych im czynów. Mediacja jest bowiem bezprzedmiotowa, gdy sprawca neguje całość lub część zarzutów. Mediator nie jest osobą powołaną do

²⁴ Por. A. Murzynowski: Ocena nowelizacji przepisów Kodeksu postępowania karnego w odniesieniu do instytucji mediacji, *Mediator* nr 25/2003.

²⁵ G. Skrzypczak: „Szanse rozwoju mediacji w świetle nowelizacji Kodeksu postępowania Karnego” *Monitor Prawniczy* 8/20003.

ustalania prawdy materialnej i stopnia zawinienia sprawcy. Nie wyklucza to możliwości skierowania do mediacji spraw, w których występuje spór co do pewnych faktów, albowiem w toku prowadzonych mediacji niektóre kwestie można wyjaśnić. Ponieważ w posiedzeniach mediacyjnych strony działają osobiście i muszą mieć świadomość podejmowanych w jego trakcie czynności, nie powinny do mediacji trafiać sprawy stron chorych psychicznie, upośledzonych, o głęboko zaburzonej strukturze osobowości.

Osobisty udział stron w procedurach mediacyjnych ze względów technicznych raczej wyklucza udział w nich osób pozbawionych wolności, w takich sytuacjach możliwa jednak jest mediacja pośrednia.

Ograniczenia o których wyżej mowa, wynikają ze standardów określonych w Aneksie do Zaleceń nr R (99) 19 Rady Europy z 15.09.1999 r. dotyczących mediacji w sprawach karnych, w których czytamy:

- proces pojednawczy nie powinien być kontynuowany, jeżeli którakolwiek ze stron głównych nie jest w stanie zrozumieć znaczenia tego procesu,

- podstawą procesu pojednawczego winno być zazwyczaj uznanie przez obie strony podstawowych faktów związanych ze sprawą. Udział w procesie pojednawczym nie powinien być użyty jako dowód przyznania się do winy w późniejszym postępowaniu prawnym,

- przed wszczęciem procesu pojednawczego należy wziąć pod uwagę widoczny brak równości partnerów pod takimi względami jak wiek, dojrzałość i potencjał intelektualny.

Nie ma żadnych podstaw do tego, aby stosowanie mediacji ograniczyć do określonej kategorii spraw, nie mówiąc o wyłączeniach odnoszących się do możliwości identyfikacji pokrzywdzonych.

Niemniej w oparciu o własne badania oraz dostępne publikacje²⁶ mogę stwierdzić, że mediacja najlepiej sprawdza się w sprawach, w których podłożem są konflikty międzyludzkie, z tym zastrzeżeniem, że niezwykle trudno osiągnąć pozytywny wynik mediacji wówczas, gdy będący podłożem przestępstwa konflikt trwa wiele lat i często generuje wiele spraw sądowych. Należy jednak próby konsensualnego rozstrzygnięcia tych spraw podejmować już chociażby ze względu na efekty jakie w razie zawarcia w tych sprawach ugody można osiągnąć. Przykładem takim może być ugoda zawarta w sprawie, sygn. akt II K 1091/02, toczącej się przed Sądem Rejonowym w Zabrze, w konsekwencji której doszło do zakończenia postępowania w innych sprawach. Dobre rokowania odnośnie pozytywnego wyniku mediacji istnieją w sprawach,

²⁶ A. Rekas: Mediacja w praktyce wymiaru sprawiedliwości – szanse i zagrożenia, *Mediator* 3/202, G. Stankiewicz-Chimiak: Zastosowanie instytucji mediacji w SR w Gliwicach, *Mediator* 25/2003.

w których strony łączą jakieś stosunki: rodzinne, sąsiedzkie, koleżeńskie. Często w taki przypadkach dochodzi do pojednania stron pomimo tego, że nie jest to warunkiem *sine qua non* pozytywnie zakończonej mediacji.

Jak już podkreślono nie ma podstaw do tego, aby do mediacji kierować tylko określoną kategorię spraw niemniej w praktyce najlepsze efekty mediacyjne występują w sprawach: o znęcanie (art. 207 k.k.), bójki i pobicia (art. 158 k.k.), uszkodzenie ciała (art. 157 k.k.), groźby karalne (art. 190 k.k.), zmuszanie o określonego zachowania (art. 191 k.k.), przeciwko mieniu (art. 278 k.k., art. 279 k.k., art. 284 k.k., art. 286 k.k., art. 288 k.k.) oraz przestępstwo z art. 177 §1 k.k. godzące w bezpieczeństwo komunikacji.

Jak podkreśla sędzia Sądu Rejonowego w Częstochowie A. Rękas do kryteriów określających warunki jakim powinna odpowiadać sprawa karna, którą warto skierować do mediacji należy dodać doświadczenie i intuicję sędziego, który decyduje czy w danej sprawie należy wdrożyć postępowanie mediacyjne.²⁷

W oparciu o wyniki badań mogę sformułować tezę, że do mediacji kierowane są sprawy o przestępstwa zagrożone karami do 5 lat pozbawienia wolności, co może świadczyć o pragmatycznym podejściu sędziów stosujących tę instytucję. Ewentualne pojednanie się pokrzywdzonego ze sprawcą lub uzgodnienie sposobu naprawienia szkody przy zaistnieniu przesłanek określonych w art. 66 §1 k.k. umożliwia bowiem warunkowe umorzenie postępowania wobec sprawców przestępstw zagrożonych karą przekraczającą 3 lata pozbawienia wolności, ale nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności.

Za takim stanowiskiem przemawia również wypowiedź sędziego na Konferencji zorganizowanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich „Mediacja w Polskiej rzeczywistości” we wrześniu 2002 r. „... Jestem jednak realistką i dostrzegając aktualne potrzeby wymiaru sprawiedliwości proponuję stosowanie mediacji w tych sprawach, w których będzie ona satysfakcjonująca dla stron, nie będzie ranić społecznego poczucia sprawiedliwości, a jednocześnie umożliwi zakończenie postępowania w sprawie bez potrzeby prowadzenia czasochłonnego postępowania sądowego”.

Po uzyskaniu zgody na mediację obu zainteresowanych stron to jest sprawcy i pokrzywdzonego, uprawniony organ procesowy kieruje sprawę do instytucji lub osoby godnej zaufania w celu przeprowadzenia właściwego postępowania mediacyjnego.

²⁷ A. Rekas: Mediacja w praktyce wymiaru sprawiedliwości – szanse i zagrożenia, *Mediator* 3/2002, G. Stankiewicz-Chimiak: Zastosowanie instytucji mediacji w SR w Gliwicach, *Mediator* 25/2003.

Trzeba jednak podkreślić, że na tym organie procesowym spoczywa obowiązek wyjaśnienia stronom istoty postępowania mediacyjnego i korzyści z niego wynikających, jak również konsekwencji związanych z wykonaniem bądź nie wykonaniem podjętych przez sprawcę zobowiązań. Niezależnie od tego, że uczyni to również mediator, organ procesowy winien poinformować strony jaka jest ich sytuacja prawna w przypadku nie wyrażenie zgody na poddanie się mediacji.²⁸

* * *

W piśmiennictwie dotyczącym problematyki mediacji podkreśla się, że instytucja ta jest wykorzystywana w praktyce w niewielkim stopniu. Aby przybliżyć nieco kształt i sens instytucji mediacji, oraz spróbować odpowiedzieć na pytanie o jej istotę oraz rolę w polskim prawie karnym przeprowadziłem badania o charakterze statystycznym. Ich celem było określenie w jakim stopniu i w jakim zakresie mediacja jest wykorzystywana w postępowaniach przygotowawczych i w postępowaniach jurysdykcyjnych, a także ocena czy i jaki wpływ na rozstrzygnięcia w sprawach karnych miały wyniki przeprowadzonych postępowań mediacyjnych.

Badania polegały na analizie danych statystycznych uzyskanych w prokuraturach rejonowych okręgu gliwickiego oraz sądach rejonowych w okręgu gliwickim i katowickim dotyczących liczby spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego w latach 1999-2003, oraz na analizie akt sądowych w sądach rejonowych w Gliwicach, Rudzie Śląskiej oraz Zabrze w kwietniu i w maju 2004 r. Uwzględniono także informacje od jednego z mediatorów dotyczące wyników mediacji w sprawach o poszczególne rodzaje przestępstw.

Na wstępie przedstawiono dane ze Statystyki Sądowej Ministerstwa Sprawiedliwości o liczbie i wyniku przeprowadzonych postępowań mediacyjnych w latach 1999 – 2003.

²⁸ E. Bieńkowska: „Postępowanie mediacyjne w świetle kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego” – Nowa kodyfikacja karna. Krótkie komentarze, zeszyt 14, Warszawa 1998 r.

Tabela 1. Sprawy skierowane przez sądy do postępowania mediacyjnego w latach 1999-2003.²⁹

Rok	Załatwiono spraw	%	Ugoda	%	Brak ugody	%	Inne decyzje	%
1999	366	100,0	232	63,4	115	31,4	19	5,2
2000	723	100,0	474	65,5	200	27,7	49	6,8
2001	800	100,0	486	60,8	249	31,1	65	8,1
2002	929	100,0	539	58,0	337	36,3	53	5,7
2003	1838	100,0	1108	60,3	617	33,6	113	6,1

Od 1999 r. do 2003 r. można zaobserwować tendencję wzrostową liczby spraw kierowanych na drogę postępowania mediacyjnego. Szczególnie intensywny rozwój tej instytucji przypada na rok 2003, co może wiązać się z wzrostem zainteresowania sędziów tą instytucją jak również dokonaną nowelizacją kodeksu postępowania karnego. Podkreślić należy, iż liczba spraw kierowanych na drogę postępowania mediacyjnego w okręgach sądowych na terenie całej Polski jest bardzo zróżnicowana. Istnieją takie sądy, gdzie od 1999 r. do 2003 r. nie skierowano ani jednej sprawy do postępowania mediacyjnego (np. okręg bielsko-bialski). W niektórych okręgach sytuacja ta jest diametralnie inna (np. okręg gliwicki).

Analiza danych w prokuraturach rejonowych okręgu gliwickiego wykazała, że w latach 1999-2003 instytucja mediacji na poziomie postępowania przygotowawczego była stosowana niezmiernie rzadko: w 2001 r. skierowano do mediacji dwie sprawy, w 2002 r. – jedną, a w 2003 r. - siedem spraw. W żadnej z tych spraw nie złożono wniosku w trybie art. 335 k.p.k. Podobnie dzieje się zresztą w skali całego kraju.

Sytuacja w sądach jest pod tym względem o wiele lepsza. Jak wynika z prezentowanych powyżej danych statystyki sądowej oraz z przeprowadzonych przeze mnie badań – sądy rejonowe korzystają z instytucji mediacji w o wiele większym zakresie.

²⁹ Dla jasności obrazu uwzględniono tylko sprawy, w których w danym roku przeprowadzono postępowanie mediacyjne oraz jego wynik

Tabela 2. Liczba spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego w okręgach katowickim i gliwickim.

Okręg	Katowicki			Gliwicki		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Liczba postępowań mediacyjnych	19	14	37	15	101	561
Uгода	16	10	26	2	51	306
Brak ugody	3	4	10	4	15	93
Pozostałość na następny rok	-	-	1	7	39	126

Należy podkreślić, iż we wszystkich sądach, w których mediacja jest stosowana, można zaobserwować tendencję wzrostową liczby takich postępowań. W oparciu o dane statystyczne oraz rozmowy z sędziami Sądów Rejonowych w Gliwicach, Zabrze i Rudzie Śląskiej można postawić tezę, że stosując mediację sędziowie dostrzegają jej pozytywne efekty, czego dowodem jest fakt, iż we wskazanych powyżej sądach od momentu skierowania pierwszych spraw do mediacji sytuacja ulegała radykalnej zmianie. Sędziowie coraz częściej sięgali po tę instytucję. Ze wszystkich przebadanych sądów rejonowych największą aktywność w stosowaniu mediacji wykazuje Sąd Rejonowy w Gliwicach.

Szczegółowe badania akt spraw, w których stosowana była mediacja, przeprowadzone w wymienionych sądach wykazały, iż skuteczność tej instytucji jest stosunkowo wysoka i kształtuje się na poziomie 70-80 %.

Rozstrzygnięcia jakie zapadały po przeprowadzonym postępowaniu mediacyjnym są następujące. Średnio w 90 % spraw, w których strony porozumiały się i zawarły ugodę, sąd warunkowo umorzył postępowanie karne na podstawie art. 66 §3 k.k. Tylko w jednym przypadku na 370 zakończonych spraw, w których doszło do ugody pomiędzy oskarżonym a pokrzywdzonym, sąd zastosował wobec sprawcy nadzwyczajne złagodzenie wymierzonej mu kary, wydaje się więc, że postępowanie mediacyjne ma znikomy wpływ na stosowanie przez sąd tej instytucji. 7% spraw, w których strony zawarły ugodę, zakończyło się wymierzeniem sprawcy kary. Resztę stanowią sprawy

zakończone bezwarunkowym umorzeniem w związku z zawarciem ugody w postępowaniu mediacyjnym w sprawach wszczętych z oskarżeniem prywatnego lub cofnięciem wniosku w sprawach ściganych na wniosek pokrzywdzonego. W związku z powyższym można postawić tezę, iż w znacznej większości przypadków mediacja stosowana jest w sprawach, w których zachodzą przesłanki do warunkowego umorzenia postępowania. Nieznaczny odsetek spraw stanowią te, w których zawarta ugoda miała wpływ na wymiar kary. Należy przypuszczać, iż są to przypadki, w których pomimo pozytywnego rezultatu mediacji nie było możliwości zakończenia sprawy bez przeprowadzenia rozprawy poprzez jej warunkowe umorzenie, ponieważ nie zachodziła któraś z pozostałych obligatoryjnych przesłanek warunkowego umorzenia postępowania karnego.

Tabela 3. Mediacja w sprawach karnych w latach 1997-2003 w Sądach Rejonowych w: Gliwicach, Rudzie Śląskiej, Zabrze.

	Sąd rejonowy w Gliwicach			Sąd rejonowy w Rudzie Śląskiej			Sąd rejonowy w Zabrzu		
Rok	Liczba postępowań mediacyjnych.	Ugoda	Warunkowe umorzenie postępowania	Liczba postępowań mediacyjnych	Ugoda	Warunkowe umorzenie postępowania	Liczba postępowań mediacyjnych	Ugoda	Warunkowe umorzenie postępowania
1999	2	2	2	1	0	0	0	0	0
2000	3	3	2	0	0	0	0	0	0
2001	7	3	2	9	3	2	0	0	0
2002	52	43	40	47	32	32	0	0	0
2003	241	179	135	132	102	85	50	36	31

Tabela 4. Kwalifikacja prawna czynu i liczba spraw (na przykładzie wykazu postępowań mediacyjnych prowadzonych przez jednego z mediatorów)³⁰

Rodzaj przestępstwa (art. k.k.)	Ilość spraw skierowanych do mediacji	Ugoda	Brak ugody	Skuteczność przeprowadzonych mediacji
207 §1	69	51	18	74 %
190 §1	30	24	6	80 %
157 §1	28	19	9	68 %
177 §1	12	12	0	100%
158 §1	10	6	4	60 %
286 §1	5	5	0	100 %
212 §1	5	4	1	80 %
278 §1	7	3	4	43 %
209 §1	3	3	0	-
191 §1 i 2	3	3	0	-
270 §1	2	2	0	-
284 §2	2	2	0	-
224 §2	1	0	1	-
160 §1 i 3	3	0	3	-
226 §1	1	0	1	-
276	2	1	1	-
216 §1	3	1	2	-
217 §1	1	1	0	-
271 §1	2	1	1	-
288 §1	1	1	0	-
193	1	1	0	-

Jak wynika z tabeli 4 – najczęściej (45 %) skierowano do mediacji spraw o przestępstwa znęcania (art. 207 k.k.). Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, iż w takich sytuacjach zarówno sądowi, jak również stronom bardzo zależy na zlikwidowaniu zaistniałego konfliktu i na właściwym uregulowaniu stosunków pomiędzy osobami, które z reguły zamieszkują wspólnie. Należy stwierdzić, że skuteczność mediacji (oceniana na podstawie zawarcia ugody) w tych sprawach jest stosunkowo wysoka i wynosi ok. 75 %. Można przypuszczać, że jest to konsekwencją związków łączących strony postępowania. Dość często kieruje się do mediacji sprawy o przestępstwa przeciwko zdrowiu i przeciwko wolności.

³⁰ Kryterium oceny skuteczności mediacji było zawarcie przez strony ugody. (Nie obliczano procentów przy małej liczbie przypadków).

Osiemdziesięcioprocentową skuteczność mediacji w sprawach o groźby karalne, oraz zdarzające się właśnie w tych sprawach wycofanie wniosku o ściganie po przeprowadzonej mediacji może nasuwać wątpliwości, czy istotnie w momencie zawiadamiania o przestępstwie groźba wzbudzała w zagrożonym uzasadnioną obawę, a może konflikt nie był zbyt poważny.

W sprawach o pobicia i uszkodzenie ciała skuteczność mediacji jest mniejsza i wynosi od 60-70%. Można przypuszczać, iż ma to związek z dużym natężeniem negatywnych emocji związanych z tego rodzaju stanami faktycznymi.

Pełna skuteczność mediacji w sprawach dotyczących wypadków drogowych jest najprawdopodobniej konsekwencją tego, iż zazwyczaj przestępstwa te mają charakter przypadkowy, czego obie strony mają pełną świadomość i co za tym idzie natężenie konfliktu pomiędzy nimi nie jest tak wysokie, jak w innych sytuacjach. Poza tym stronom zależy, aby sprawa taka była jak najszybciej zakończona, co wiąże się z uzyskaniem przez pokrzywdzonego rekompensaty za wyrządzoną szkodę, czy to w formie zadośćuczynienia pieniężnego od sprawcy, czy też odszkodowania należnego od ubezpieczyciela.

Bardzo natomiast rzadko do mediacji kierowane są sprawy o przestępstwa przeciwko mieniu. Jest to o tyle niezrozumiałe, że na przykład w sprawach o drobne kradzieże dzięki tej instytucji pokrzywdzony mógłby szybko uzyskać zadośćuczynienie. Wydaje mi się, że skoro w tym przypadku źródłem konfliktu jest strata materialna, to jej wyrównanie mogłoby w wielu sprawach spowodować szybkie zakończenie postępowania karnego.

W dwóch przypadkach stwierdzono niewłaściwe zastosowanie mediacji. Skierowano bowiem do mediacji sprawę o przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości, oraz sprawę w której pokrzywdzony z zaburzeniami osobowości nie miał możliwości prawidłowego uczestniczenia w takim postępowaniu.

* * *

W oparciu o przeprowadzone badania można stwierdzić, że w większości przypadków do mediacji kierowane są sprawy zagrożone karą pozbawienia wolności nie przekraczającą 5 lat. W związku z powyższym należy postawić tezę, że sędziowie, którzy stosują mediację podchodzą do tej instytucji w sposób pragmatyczny, widząc w niej środek dający przede wszystkim możliwość szybkiego zakończenia postępowania karnego.

Aby mediacja na dobre zakorzeniła się w praktyce polskiego wymiaru sprawiedliwości nie wystarczają same uregulowania prawne. Do tego potrzebni

są odpowiedni ludzie, w których gestii leży podjęcie decyzji o zastosowaniu w konkretnym przypadku mediacji. Ludzie doskonale znający istotę tej instytucji, którzy potrafią się nią w odpowiedni sposób posługiwać, a przede wszystkim mający świadomość jej pozytywnych skutków dla stron konfliktu a zwłaszcza dla wymiaru sprawiedliwości.

Informacja o krajowej i międzynarodowej współpracy kryminologów

Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego i Research Center for Group Dynamics of the Institute for Social Research at the University of Michigan in Ann Arbor zorganizowały w dniu 15 stycznia 2004 r. w Warszawie konferencję pt. „Pathways to Aggression”. Referaty wygłosili: Brad Bushman, Lucyna Kirwil, L. Rowell Huesmann, Adam Frączek.

Sesja naukowa ku czci prof. Lecha Falandysza zorganizowana została przez Dziekana Wydziału Prawa i Administracji UW oraz Zakład Kryminologii Instytutu Prawa Karnego WPiA UW w dniu 18 lutego 2004 r.

Konferencja Wydziału Prawa i Administracji UW nt. „Wykładnia prawa” odbyła się w Warszawie, w dniu 27 lutego 2004 r. Referaty wygłosili:

prof. dr hab. Michał Pietrzak: Wokół prac nad projektem Konstytucji RP. Współpraca z prof. Lechem Falandyszem,

dr Władysław Kulesza: Wacław Makowski – Lech Falandysz. Podobieństwo losu,

prof. dr hab. Genowefa Rejman: Prawo karne a elementy romantyczne w myśli ludzkiej,

prof. dr hab. Andrzej Murzynowski: Instytucja mediacji jako czynnik humanizacji w stosowaniu prawa karnego w Polsce

Dziekan Wydziału Prawa i Administracji UW oraz Zakład Kryminologii Instytutu Prawa Karnego WPiA UW zorganizowali w dniu 24 marca 2004 r. seminarium naukowe na temat: „Are Crime and Punishment the Form of Civil War?”. Seminarium odbyło się z udziałem: Prof. Harolda Pepinsky’ego (Department of Criminal Justice, Indiana University), prof. Jacka Hołówki (Instytut Filozofii, Wydział Filozofii i Socjologii UW), dra Janusza Kochanowskiego (Instytut Prawa Karnego, Wydział Prawa i Administracji UW), dr Moniki Płatek (Instytut Prawa Karnego, Wydział Prawa i Administracji UW).

Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW zorganizował w dniu 22 marca 2004 r. konferencję nt. „Handel ludźmi – zapobieganie i ściganie”. W czasie konferencji wygłoszono następujące referaty: Jyothi Kanics (OBWE) „Plan działania OBWE w zakresie zwalczania handlu ludźmi – międzynarodowe zobowiązania państwa wobec ofiar”, Maria Grazia Giammarinaro (Rada Europy) „Społeczne i prawne środki podejmowane w celu eliminowania handlu ludźmi w Europie”, Krzysztof Karsznicki (Ministerstwo Sprawiedliwości) „Problemy wyłaniające się w toku postępowań karnych prowadzonych przeciwko sprawcom przestępstwa handlu ludźmi”, Piotr Mierecki (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji) „Prezentacja Krajowego Programu Zwalczania i Zapobiegania Handlowi Ludźmi”, Stana Buchowska (Fundacja La Strada) „Zapobieganie i ściganie handlu ludźmi z perspektywy społeczeństwa obywatelskiego”.

Fundacja Batorego w ramach Programu Przeciw Korupcji zorganizowała seminarium, podczas którego dyskutowany był problem odpowiedzialności politycznej osób publicznych. Seminarium odbyło się w dniu 7 kwietnia 2004 r. W spotkaniu wzięli udział: Piotr Koryś (Wydział Nauk Ekonomicznych UW), Richard Jarvis (Committee on Standards in Public Life), prof. dr Zbigniew Hołda (Uniwersytet Jagielloński, Helsińska Fundacja Praw Człowieka) oraz dr hab. Wojciech Łukowski (Uniwersytet Warszawski).

W dniach 16-17 kwietnia 2004 r. z inicjatywy Prezydenta Warszawy Lecha Kaczyńskiego została zorganizowana konferencja nt. „Bezpieczeństwo Wielkomiejskie. Obrady przebiegały w 3 sesjach:

- „Bezpieczeństwo wielkomiejskie priorytetem polityki rządu i samorządu terytorialnego”,
- „Jak integrować zarządzanie kryzysami na obszarach metropolitalnych”,
- „Porządek publiczny podstawą bezpieczeństwa obywateli i przeciwdziałania przestępczości młodzieży”.

W czasie sesji wypowiadali się przedstawiciele kilku miast w Polsce, działacze samorządowi oraz uczeni.

Zakład Pedagogiki Resocjalizacyjnej Uniwersytetu Rzeszowskiego zorganizował w dniach 7-8 maja 2004 r. konferencję nt. „Optymalizacja oddziaływań resocjalizacyjnych w Polsce i innych krajach europejskich”.

VI Kongres Stowarzyszenia Sędziów Sądów Rodzinnych w Polsce odbył się w Zakopanem w dniach 11-14 maja 2004 r. Tematem Kongresu były „Sprawy rodzinne i opiekuńcze w prawie europejskim”.

W trakcie Kongresu ogłoszono m.in. następujące referaty:

- „Sprawy rodzinne i opiekuńcze w prawie europejskim” – sędzia Małgorzata Kalemba-Jabłońska,
- „Dziecko w prawie polskim” – dr Janusz Gajda,
- „Stosowanie prawa unijnego przez niemieckiego sędziego rodzinnego” – sędzia z Niemiec Werner Kockler,
- „Stosowanie prawa unijnego przez włoskiego sędziego rodzinnego” – sędzia z Włoch dr Melita Cavallo,
- „Zastępcze formy opieki nad małoletnimi” – Victoria Biederman (MGPiPS),
- „Stosowanie wobec nieletnich środka wychowawczego w postaci MOW i MOS” – Teresa Kaniowska (MENiS).

W obradach wziął udział prof. Andrzej Zoll Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Paweł Jaros Rzecznik Praw Dziecka.

Sekcja Polska Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawa Karnego (AIDP) oraz Towarzystwo Naukowe Prawa Karnego zorganizowały w dniu 27 maja 2004 r. Sesję Naukową poświęconą tematyce Sekcji II-IV Międzynarodowego Kongresu Prawa Karnego AIDP, Pekin 2004 r.

Prof. dr hab. Stanisław Waltoś i dr Dobrosława Szumiło-Kulczycka przedstawili referat przygotowany w ramach Sekcji III Kongresu: „Zasady procesu karnego i ich zastosowanie w procedurach dyscyplinarnych”.

Prof. dr hab. Leszek Kubicki przedstawił referat w ramach Sekcji IV Kongresu: „Zbieg kompetencji międzynarodowych i krajowych i zasada *ne bis in idem*” oraz projekt rezolucji kongresowej na ten temat.

Prof. dr hab. Barbara Kunicka-Michalska przedstawiła referat przygotowany w ramach Sekcji II Kongresu: „Korupcja i przestępstwa podobne związane z międzynarodową działalnością ekonomiczną (międzynarodowymi transakcjami handlowymi)” oraz projekt rezolucji kongresowej na ten temat.

Ministerstwo Sprawiedliwości i Polskie Centrum Mediacji zorganizowało w dniach 14 i 15 czerwca 2004 r. sesję i warsztaty „Sprawiedliwość naprawcza a mediacja”.

Referaty wygłosili:

dr Janina Waluk, Prezes Polskiego Centrum Mediacji: „Mediacja jako sprawiedliwość naprawcza – znaczenie dla stron postępowania”,

sędzia Agnieszka Rękas, sędzia Barbara Wajerowska-Oniszczyk, prokurator Eugeniusz Wildner: „Korzyści z mediacji”.

Fundacja Dzieci Niczyje i redakcja kwartalnika „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” zorganizowała w dniu 16 czerwca 2004 r. seminarium pt.: „Czy dziecko może być wiarygodnym świadkiem?” poświęcone problematyce zeznań dzieci – ofiar przestępstw w procesie interwencji prawnej.

Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie zorganizował w dniach 7-10 lipca 2004 r. 14th European Conference on Psychology and Law. Facing the Challenges of a Changing World.

- ocen aktualnego stanu prawa i propozycji zmian w tym zakresie,
- rozeznania a poczytalności,
- specyfiki badania dzieci wykorzystywanych seksualnie,
- pornografii dziecięcej,
- przemocy domowej,
- ofiar pedofilów
- epidemiologii i diagnozy zespołu Münchausena „per procura” (munchauses syndrome by proxy),
- dziecka jako świadka,
- ośrodki diagnostyczno-selekcyjne osiągnięcia i potrzeby,
- organizacji i funkcjonowania oddziałów psychiatrii sądowej dzieci i młodzieży.

W dniu 28 września 2004 r. w Warszawie odbyła się konferencja naukowa pt.: „Mediacja w prawie karnym – doświadczenia Wielkiej Brytanii i Polski” zorganizowana przez Instytut Nauk Prawnych PAN.

Program konferencji:

dr Martin Wright, Visiting Research Fellow University of Sussex Law School, V-ce Chair of the Restorative Justice Consortium UK, *„Czy sprawiedliwość naprawcza może ograniczyć obciążenie wymiaru sprawiedliwości”*,

dr Guy Masters, Wansworth Youth Offending Team, *„Zasadnicze kierunki praktyki sprawiedliwości naprawczej”*,

prof. Dobrochna Wójcik, Instytut Nauk Prawnych PAN, *„Skuteczność mediacji w sprawach nieletnich – wyniki programu eksperymentalnego”*,

Agnieszka Rękas, sędzia Sądu Okręgowego w Częstochowie, *„Mediacja w prawie karnym – problemy praktyki”*,

Marzena Kruk, mediator, *„Wyniki badań mediacji w sprawach karnych”*,

dr Janina Waluk, Przewodnicząca Polskiego Centrum Mediacji, *„Mediator – profesjonalista czy wolontariusz”*

W dniach 8-10 października 2004 r. odbyła się w Szczyrku konferencja Katedr Prawa Karnego i Kryminologii. Program był następujący,

sesja karnistyczna:

prof. dr hab. L. Tyszkiewicz: Referat wprowadzający,

prof. dr hab. A. Siemaszko: Dylematy polskiej polityki kryminalnej,
prof. dr hab. J. Skupiński: Amnestia w Polsce – problem aktualny,
mgr A. Sakowicz: Dorobek wspólnoty UE a polskie prawo karne.

Wybrane zagadnienia,

prof. dr hab. K. Indeck: Z problematyki tzw. podwójnej bezprawności czynu,

prof. dr hab. J. Majewski: O przemyślany, spójny system sankcji karnych,

prof. dr hab. M.J. Lubelski, mgr Piotrowski: Środki karne,
mgr K. Skowroński: Dyrektywa indywidualno-prewencyjna a wytyczne środków karnych z art. 39 kk.,

dr J. Wyrembek: Wyznaczenie granic kryminalizacji na podstawie wykładni znamion ustawowych przestępstwa (na podstawie praktyki wykładni znamienia „osoba pełniąca funkcję publiczną”),

prof. dr hab. T. Bojarski: Możliwe praktyczne znaczenie ogólnych dyrektyw wymiaru kary dla polityki karnej,

dr A. Liszewska: Współdziałanie przestępne przy przestępstwach nieumyślnych,

dr O. Sitarz, mgr A. Sołtysiak, dr S. Słabicka: Granica wieku odpowiedzialności karnej. Teoria i praktyka – dwugłos,

prof. dr hab. S. Lelental: Polityka karna związana z orzekaniem kary pozbawienia wolności na podstawie kk z 1997 r. i jej wpływ na wykonanie tej kary,

dr W. Cieślak: Niektóre problemy stosowania nawiązki w polskim prawie karnym,

dr W. Filipkowski: Polskie regulacje w zakresie przeciwdziałania finansowaniu terroryzmu,

prof. dr hab. S. Hoc: Polityka kryminalna w sprawach o przestępstwo przeciwko RP (niektóre problemy),

dr hab. A. Adamski: Karalność oszustw na szkodę interesów finansowych UE na podstawie prawa polskiego,

dr J. Bojarski: Ewolucja penalizacji korupcji w polskim prawie karnym od 1997 r.,

dr J. Piskorski: (De)kryminalizacja działalności artystycznej,

dr R. Zawłocki: Kryminalizacja obrotu gospodarczego w Polsce,

dr hab. J. Warylewski: Konsekwencje nowelizacji kk z dn. 18.03.04 w zakresie przestępstw seksualnych,

prof. dr hab. W. Kulesza: Odpowiedzialność sędziów i prokuratorów za zbrodnie sądową w świetle prawa polskiego,

mgr P. Piątek: Wybrane zagadnienia odpowiedzialności karnej za zbrodnie komunistyczne,

dr W. Zalewski: Sytuacja prawna pokrzywdzonego w świetle nowelizacji prawa karnego,

sesja kryminologiczno-wykonawcza:

dr B. Gruszczyńska: Trendy przestępczości w Europie. Zagadnienia metodologiczne European Sourcebook,

mgr T. Krawczyk: Teoria wybitych szyb i koncepcja community policing – różnice, podobieństwa, wnioski dla polityki kryminalnej,

dr M. Płatek: Pojęcie przestępstwa we współczesnych badaniach kryminologicznych w Skandynawii na przykładzie pracy N. Christie – A suitable Mount of crime,

prof. dr hab. K. Krajewski: Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2000 i jej efekty. Przyczynek do kwestii racjonalnej kryminalizacji,

mgr K. Gradoń: Analiza kulturowa zjawiska przemocy w W. Brytanii, Kanadzie i USA,

doc. dr hab. I. Rzeplińska: Sylwetka współczesnego nieletniego sprawcy przestępstwa – sprawozdanie z badań kryminologicznych,

mgr D. Woźniakowska, mgr W. Klaus: Nieletni – jacy są i co z nimi robić?

dr T. Bulenda: Polityka wykonywania kar i innych środków kryminalnych,

dr hab. M. Melezini: Stan populacji więziennej a problem spójności orzekania karnego na szczeblu europejskim,

prof. dr hab. A. Rzepliński: Skazani na karę śmierci i nie straceni – dalsze losy w latach 1978-2004,

dr hab. G.B. Szczygieł: Rola pomocy społecznej w zapobieganiu przestępczości powrotnej.

W dniach 25-26 października 2004 r. odbyła się ogólnopolska konferencja nt. „Pomoc dzieciom – ofiarom przestępstw” zorganizowana przez Fundację Dzieci Niczyje.

Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW zorganizował w dniach 15-17 listopada 2004 r. międzynarodową konferencję pt. „Czego

obawiają się ludzie? Współczesne zagrożenia społeczne – diagnoza i przeciwdziałanie”.

Instytut Prawa Karnego Wydziału Prawa i Administracji UW zorganizował w dniu 16 listopada 2004 r. wykład światowej sławy kryminologa prof. Nilsa Christie z Uniwersytetu w Oslo na temat: „Wzrost przestępstw – mity czy rzeczywistość?”.

Polskie Towarzystwo Kryminologiczne im. prof. Stanisława Batawii zorganizowało w dniu 22 listopada 2004 r. posiedzenie naukowe, na którym prof. dr hab. Andrzej Gaberle wygłosił referat: „Projekt reformy Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich”.

Biuro Polityki Społecznej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy zorganizowało w dniu 26 listopada 2004 r. seminarium nt. „Wykonywanie kary ograniczenia wolności oraz pracy społecznie użytecznej”.

67 Międzynarodowy Kurs Kryminologiczny pod auspicjami Międzynarodowego Stowarzyszenia Kryminologicznego został zorganizowany w dniach 28 kwiecień – 2 maj 2004 r. w Bukareszcie przez Rumuńskie Ministerstwo Sprawiedliwości, Narodowy Instytut Kryminologii oraz Rumuńskie Stowarzyszenie Kryminologii i Psychiatrii na temat: „Criminology and security policies: How to prevent and to control the menace of criminality in the rule of law state”.

Tematy sesji plenarnych:

1. „Crime and deviance in times of globalization”,
2. „Prevention policies under the rule of law”
3. „New types of crime in Central and Eastern Europe”
4. „Drug trafficking and new democracies”.

W dniach 9-11 maja 2004 r. w Agen (Francja) odbyło się kolejne IX seminarium Międzynarodowego Stowarzyszenia Kryminologów Języka Francuskiego pt. „Le phénomène criminel: Nouvelles questions? Nouvelles réponses?”.

Tematy warsztatowe były następujące:

- Dispositif de contrôle et réseaux de sécurité,
- Jeunes,
- Sens de la peine,
- Victime et justice pénale,
- Polices de proximité,
- Femmes et criminalité,
- Alternative à l’incarcération,
- Médiation,
- Gouvernances et politiques locales,
- Drogues,
- Violence en detention,
- Les formes variées de violence,
- Récidive.

W dniach 12-19 sierpnia 2004 r. w Beijing w Chinach odbył się XVII Międzynarodowy Kongres Prawa Karnego. Tematyka sesji plenarnych była następująca:

1. Criminal Responsibility of Minors in National and International Legal Order,
2. Corruption and Related Crimes in International Economic Activities,
3. Principles of Criminal Procedure and their Application in Disciplinary Proceedings,
4. Concurrent National and International Jurisdiction and the Principle „Ne bis in idem”,
5. Regional and National Patterns in the International Trafficking in Women and Children
6. Computer Crimes, Cyber-Terrorism, Child Pornography and Financial Crimes.

W dniach 25-28 sierpnia 2004 r. w Amsterdamie odbyła się czwarta doroczna konferencja Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego (ESC) nt. „Global Similarities, Local differences”.

22 Międzynarodowe Sympozjum na temat przestępczości ekonomicznej pt. „The Financial War on Terror and Organised Crime” zostało zorganizowane w Cambridge w dniach 5-12 września 2004 r. przez Jesus College, Uniwersytetu w Cambridge.

Trzecia Konferencja Europejskiego Forum Mediacji między Ofiarą a Sprawcą oraz Sprawiedliwości Naprawczej została zorganizowana w Budapeszcie w dniach 14-16 października 2004 r. nt.: „Restorative Justice in Europe: Where are we heading?”.

**Piąta doroczna konferencja
Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego
Kraków, 31 sierpnia – 3 września 2005**

Temat konferencji:

**Challenges of european integration.
Challenges for criminology**

Europejskie Towarzystwo Kryminologiczne, Katedra Kryminologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Polskie Towarzystwo Kryminologiczne im. prof. Stanisława Batawii uprzejmie informują, iż piąta doroczna konferencja Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego odbędzie się w Polsce, w Krakowie, w okresie od 31 sierpnia (środa), do 3 września (sobota) 2005 r.

Program konferencji

Na program konferencji złożą się tradycyjnie sesje plenarne, sesje panelowe dwojakiego rodzaju (a mianowicie sesje zgłaszane o charakterze monograficznym oraz sesje o ogólnym charakterze), sesje „autor spotyka się z czytelnikami”, oraz sesje plakatowe.

Sesje plenarne:

Przewidziane są trzy sesje plenarne, na następujące tematy:

- Współczesna teoria penologiczna i rzeczywistość europejska,
- Problemy więzi społecznej i wykluczenia społecznego we współczesnej kryminologii,
- Problemy reformy prawa karnego i wymiaru sprawiedliwości w Europie Centralnej i Wschodniej.

Do wygłoszenia referatów w ich trakcie Komitet Programowy w porozumieniu z Zarządem ESC zaprosił najwybitniejszych kryminologów z Europy oraz spoza niej.

Sesje panelowe zgłaszane:

Osoby pragnące zorganizować sesję panelową proszone są o zgłoszenie propozycji panelu organizatorom do dnia **15 marca 2005 r.** Zgłoszenie powinno zawierać temat panelu, nazwiska proponowanych referentów oraz tytuły referatów. Przewiduje się, iż w trakcie sesji panelowych, które trwać będą 1 godzinę i 15 minut, wygłaszane będą trzy, a w zupełnie wyjątkowych sytuacjach cztery, referaty po 15–20 minut. Osoby proponujące panele zgłaszane będą odpowiedzialne za ich stronę merytoryczną. Informacja o zaakceptowaniu panelu będzie przekazana zgłaszającym do połowy kwietnia 2005 r. Po zaakceptowaniu referencji w ramach paneli zgłaszanych zobowiązani będą do przesłania streszczenia swego wystąpienia według zasad przewidzianych dla paneli zwyczajnych.

Sesje panelowe zwyczajne:

Każda osoba pragnąca wygłosić w trakcie konferencji referat w ramach sesji panelowej zwyczajnej proszona jest o zgłoszenie streszczenia swego wystąpienia w języku angielskim do dnia **15 maja 2005 r.** Zgłoszenie będzie mogło nastąpić wyłącznie w trybie online, poprzez wypełnienie stosownego formularza na stronie internetowej konferencji. Zgłaszający zostaną poinformowani o zaakceptowaniu referatu do końca czerwca 2005 r. Do końca lipca 2005 r. ogłoszony zostanie szczegółowy program konferencji, wraz z przydziałem poszczególnych referatów do poszczególnych sesji panelowych.

Sesje plakatowe:

Powyższe terminy dotyczą również zgłaszania sesji plakatowych.

Informujemy, iż językiem roboczym konferencji jest język angielski i wszystkie referaty i inne wystąpienia muszą być wygłaszane i prezentowane w tym języku.

Skład Komitetu Naukowego Konferencji

prof. Janina Błachut
prof. Marian Filar
prof. Andrzej Gaberle
prof. Beata Gruszczyńska
prof. Zbigniew Hołda
prof. Bogusław Janiszewski
prof. Anna Kossowska
prof. Krzysztof Krajewski
prof. Stefan Lelental
prof. Andrzej Marek
prof. Emil Pływaczewski
prof. Andrzej Rzepliński
prof. Andrzej Siemaszko
prof. Teodor Szymanowski
prof. Leon Tyszkiewicz
prof. Dobrochna Wójcik

Skład Komitetu Programowego Konferencji

prof. Janina Bałachut
prof. Andrzej Gaberle
dr Beata Gruszczyńska
prof. Anna Kossowska
prof. Krzysztof Krajewski
prof. Irena Rzeplińska

Kwestie organizacyjne:

Rejestracja uczestników:

Opłaty konferencyjne w euro powinny być wnoszone bądź to poprzez dokonanie rejestracji w trybie *online* na stronie internetowej Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego (European Society of Criminology) bądź to poprzez przesłanie stosownego formularza rejestracyjnego do biura Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego i jego Sekretarza Generalnego, na adres:

Prof. Marcelo Aebi
University of Sevilla
Institute of Criminology
Avda Reina Mercedes s/n
41012 Spain
Tel: +34 954 55 13 96
Fax: +34 954 55 13 97
E-mail: aebi@us.es

Zgodnie z uchwałą Zgromadzenia Ogólnego Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego wysokość opłat konferencyjnych ustalona została na następującym poziomie:

Opłata wniesiona przed 1 lipca 2005 r.:

Członkowie ESC	100.00 €
Studenci będący członkami ESC	60.00 €
Osoby nie będące członkami ESC	150.00 €
Studenci nie będący członkami ESC	100.00 €

Opłata wniesiona po 1 lipca 2005 r.:

Członkowie ESC	150.00 €
Studenci będący członkami ESC	100.00 €
Osoby nie będące członkami ESC	200.00 €
Studenci nie będący członkami ESC	150.00 €

Opłata konferencyjna obejmuje: uczestnictwo w konferencji, materiały konferencyjne, recepcje oraz inne wyraźnie wskazane punkty programu.

Rezerwacja hoteli:

Rezerwacji hoteli, wykupu imprez towarzyszących etc. będzie można dokonać poprzez wypełnienie stosownego formularza zgłoszeniowego, jaki znajdować się będzie na stronie internetowej konferencji i przesłanie go faksem lub pocztą na adres Biura Organizacji Imprez Naukowych UJ:

Collegium Novum
Ul. Gołębia 24
Tel: 012 422 1033 wewn. 1107, 1200
Fax: 012 421 2662
E-mail: cbin@adm.uj.edu.pl

Więcej informacji na temat konferencji, rejestracji, rezerwacji hoteli na stronie internetowej konferencji:

www.eurocrim2005.com

oraz na stronie internetowej ESC:

www.esc-eurocrim.org

Kontakt:

W kwestiach programowych:

Prof. dr hab. Krzysztof Krajewski
Uniwersytet Jagielloński, Katedra Kryminologii
Ul. Olszewskiego 2, 31-007 Kraków
Tel: 012 422 1033 wew. 1350, Fax: 012 422 6306
E-mail: krajewsk@cicero.law.uj.edu.pl

W kwestiach organizacyjnych:

Sekretariat konferencji
Uniwersytet Jagielloński
Wydział Prawa i Administracji
Ul. Bracka 12, pok. 208, 31-005 Kraków
Tel: 012 422 3997, Fax: 012 422 3997
E-mail: eurocrim@cicero.law.uj.edu.pl

Uniwersytet Jagielloński
Biuro Organizacji Imprez Naukowych
Collegium Novum
Ul. Gołębia 24
Tel: 012 422 1033 wew. 1107, 1200, Fax: 012 421 2662
E-mail: cbin@adm.uj.edu.pl

NOTATKI

NOTATKI

NOTATKI