



ORZECZNICTWO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO ZBIÓR URZĘDOWY

Seria A

Warszawa, dnia 2 sierpnia 2016 r.

Pozycja 70

POSTANOWIENIE

z dnia 27 lipca 2016 r.

Sygn. akt U 5/15

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Stanisław Biernat – przewodniczący

Leon Kieres – sprawozdawca

Zbigniew Jędrzejewski,

po rozpoznaniu, na posiedzeniu niejawnym w dniu 27 lipca 2016 r., wniosku Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w Bydgoszczy o zbadanie zgodności:

§ 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15) z art. 2 Konstytucji i art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.) oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji,

p o s t a n a w i a:

na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643, z 2000 r. Nr 48, poz. 552 i Nr 53, poz. 638, z 2001 r. Nr 98, poz. 1070, z 2005 r. Nr 169, poz. 1417, z 2009 r. Nr 56, poz. 459 i Nr 178, poz. 1375, z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 i Nr 197, poz. 1307 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) **w związku z art. 134 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym** (Dz. U. z 2016 r. poz. 293) **umorzyć postępowanie.**

UZASADNIENIE

I

1. Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w Bydgoszczy (dalej: wnioskodawca lub ZK OZZL) wystąpił 22 maja 2015 r. z wnioskiem o zbadanie zgodności § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15; dalej: kwestionowane rozporządzenie) z art. 2 Konstytucji i art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.; dalej: u.d.l.) oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji.

1.1. W uzasadnieniu wnioskodawca przypomniał, że do 1999 r. obowiązywał dwustopniowy tryb specjalizacji lekarskiej (tzw. stary tryb). Niemniej jednak przepisy nie różnicowały kompetencji lekarzy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych (leczenia pacjentów) w zależności od posiadania I lub II stopnia specjalizacji, a więc od tego, czy jest to – odpowiednio – „lekarz danej specjalizacji” lub „lekarz specjalista danej specjalizacji”. Różnice w sytuacji prawnej były związane jedynie z możliwością pełnienia dodatkowych funkcji, np. tylko lekarz mający drugi stopień specjalizacji mógł zostać ordynatorem oddziału szpitalnego. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 31, poz. 302, ze zm.) wprowadzono jednostopniowy system specjalizacji, funkcjonujący zasadniczo do dnia dzisiejszego. Lekarz po zakończeniu szkolenia w ramach danej specjalizacji i zdaniu stosownych egzaminów od razu uzyskuje tytuł „specjalisty w danej dziedzinie”, a zatem tytuł analogiczny do tego, którym przed 1999 r. posługiwał się lekarz drugiego stopnia specjalizacji. Nie ma przy tym przepisów prawnych, które różnicowałyby uprawnienia w zakresie leczenia (udzielania świadczeń zdrowotnych) przez lekarzy specjalistów „nowego trybu” i lekarzy z I stopniem specjalizacji uzyskanym w „starym” trybie – oprócz anestezjologii i intensywnej terapii.

Wnioskodawca stwierdził, że § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia wprowadza ograniczenie uprawnień lekarzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (uzyskanym w „starym” trybie) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z anestezjologii. Zgodnie bowiem z § 8 ust. 1 kwestionowanego rozporządzenia, świadczenia tego typu, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego – zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Przed wejściem w życie kwestionowanego rozporządzenia świadczenia te mogły zaś być udzielane zarówno przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, jak i lekarza z I stopniem specjalizacji. Z kolei § 8 ust. 2 kwestionowanego rozporządzenia dopuszcza udzielanie wskazanych świadczeń przez lekarza anestezjologa z I stopniem specjalizacji tylko w sytuacji znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według 5-stopniowej skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III. W pozostałych wypadkach wspomniany lekarz może tego dokonywać wyłącznie „za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem” anestezjologii lub anestezjologii dziecięcej.

W ocenie wnioskodawcy na mocy kwestionowanego rozporządzenia lekarzom z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w istotny sposób ograniczono nabyte wcześniej uprawnienia zawodowe. Stracili oni (faktycznie lub potencjalnie) możliwość pracy u wielu pracodawców, w tym u pracodawców dotychczas ich zatrudniających, przy czym Minister Zdrowia, wydając kwestionowane rozporządzenie, nie przedstawił żadnego merytorycznego uzasadnienia pozbawienia tych lekarzy ich dotychczasowych uprawnień (praw przez nich nabytych).

1.2. W kontekście naruszenia art. 92 ust. 1 Konstytucji i art. 22 ust. 5 u.d.l. wnioskodawca zaznaczył, że delegacja ustawowa do wydania kwestionowanego rozporządzenia wskazuje m.in. zakres regulacji tego rozporządzenia, tj. „standardy postępowania medycznego”, oraz jego cel w postaci „zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych”. Tymczasem § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia, przewidując ograniczenia uprawnień zawodowych lekarzy anestezjologów, wykracza poza granice upoważnienia ustawowego.

2. W piśmie z 17 listopada 2015 r. Rzecznik Praw Obywatelskich (dalej: RPO) zgłosił udział w postępowaniu w sprawie o sygn. U 5/15.

Stanowisko w tej sprawie zajął w piśmie z 14 grudnia 2015 r. wnosząc o stwierdzenie, że § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia w zakresie, w jakim ogranicza uprawnienia lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do udzielania w podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegających na wykonywaniu znieczulenia ogólnego i znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, jest niezgodny z art. 2 Konstytucji (z uwagi na naruszenie praw nabytych lekarzy) oraz z art. 22 ust. 5 u.d.l. i – w konsekwencji – z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

W ocenie RPO na podstawie zaskarżonego unormowania nastąpiło znaczące ograniczenie dotychczasowych uprawnień lekarzy mających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Nastąpiło to bez wskazania przez prawodawcę szczegółowego uzasadnienia merytorycznego oraz skutków regulacji (dla lekarzy anestezjologów, szpitali, pacjentów). Nie można więc uznać, że za odstąpieniem od zasady ochrony praw nabytych przemawiają „inne zasady, normy lub wartości konstytucyjne” czy „szczególne okoliczności”, które legitymowałyby ingerencję prawodawcy. Nie sposób też przyjąć, że lekarzom zapewniono bezpieczeństwo prawne i umożliwiono racjonalne planowanie przyszłych działań zawodowych.

Nawiązując do art. 22 ust. 5 u.d.l. zawierającego delegację do wydania kwestionowanego rozporządzenia, RPO wyjaśnił pojęcie „standardu postępowania medycznego”, które jest elementem szerszej kategorii „standardów medycznych”, i stwierdził, że ustalenie (ograniczenie) uprawnień lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie mieści się w pojęciu standardów postępowania medycznego. Przez to wykracza też poza upoważnienie zawarte w art. 22 ust. 5 u.d.l. i narusza art. 92 ust. 1 Konstytucji. Dodatkowo unormowanie zawarte w kwestionowanym przepisie jest materią ustawową, a władza wykonawcza nie może samodzielnie decydować o przesłankach, zasadach i trybie wkraczania w konstytucyjnie chronione prawa jednostki.

3. W piśmie z 17 grudnia 2015 r. stanowisko w sprawie przedstawił Prokurator Generalny, który wniósł o:

1) stwierdzenie, że § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia jest zgodny z art. 22 ust. 5 u.d.l. i art. 92 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą ochrony praw nabytych,

2) umorzenie postępowania w pozostałym zakresie z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.

W uzasadnieniu Prokurator Generalny wskazał, że zakwestionowany przepis nie różnicuje kompetencji lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji – wszyscy oni mogą je wykonywać samodzielnie. Jediną różnicą jest to, że lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii na wykonywanie świadczeń nie potrzebują zgody lekarza kierującego oddziałem.

Zdaniem Prokuratora Generalnego z § 8 ust. 2 kwestionowanego rozporządzenia nie wynika konieczność uzyskiwania przez lekarza z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii pisemnej zgody lekarza kierującego oddziałem na udzielenie konkretnego, indywidualnie oznaczonego świadczenia zdrowotnego imiennie wskazanemu pacjentowi. Pisemna zgoda jest zatem jednorazowa i ma charakter generalny – obejmuje wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji wykonywane przez tego lekarza wobec wszystkich pacjentów (zgoda obowiązuje na stałe, do czasu ewentualnego jej cofnięcia). Tym samym lekarz mający I stopień specjalizacji, który otrzyma taką zgodę, może samodzielnie wykonywać świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji. Zmiana unormowań wynikająca z zakwestionowanych przepisów nie ograniczyła przez to praw nabytych wskazanych lekarzy. Mogą oni bowiem wykonywać takie same świadczenia zdrowotne jak w poprzednio obowiąz-

zującym stanie prawnym, a § 8 ust. 2 kwestionowanego rozporządzenia zmienił jedynie nieznacznie zasady ich realizowania.

Prokurator Generalny, powołując się na orzecznictwo Trybunału, zaznaczył, że zasada ochrony praw nabytych zapewnia ochronę praw podmiotowych. W tym kontekście trudno jest przyjąć, że istnieje prawo podmiotowe do niezmienności zasad wykonywania zawodu (niezależnie od charakteru wprowadzonej zmiany). Nie występuje też bezpośredni związek między zaskarżonym przepisem a utratą prawa do pracy lub wynagrodzenia. Sam fakt pogorszenia sytuacji prawnej określonej grupy zawodowej nie oznacza jeszcze naruszenia konstytucyjnie gwarantowanych praw.

Jak dodatkowo stwierdził Prokurator Generalny, art. 22 ust. 5 u.d.l. upoważnił Ministra Zdrowia do „określenia przeciętnej normy, wzorca, modelu zachowania się w określony sposób w związku z nauką o zdrowiu człowieka, jego chorobach oraz metodach ich leczenia”. Należy zatem uznać, że ustawodawca przyznał Ministrowi Zdrowia kompetencję do wskazania w rozporządzeniu także osób wykonujących działalność leczniczą, które w określonych sytuacjach mają zachowywać się w określony sposób. Taki wniosek jest oczywisty, ponieważ trudno uznać, że minister mógł jedynie ustalić, w jaki sposób winny się zachowywać osoby wykonujące działalność leczniczą, bez jednoczesnego wskazania adresatów nakazu. Prokurator Generalny przypomniał też, że zaskarżony przepis nie narusza i nie ogranicza praw podmiotowych nabytych przez lekarzy mających I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ani ich konstytucyjnych wolności (w tym wolności wykonywania zawodu). Dlatego mógł on zostać zamieszczony w rozporządzeniu.

Jednocześnie wnioskodawca nie wykazał, zdaniem Prokuratora Generalnego, w jaki sposób zaskarżony przepis narusza art. 2 Konstytucji w związku z ewentualnym przekroczeniem w nim delegacji ustawowej. Brak uzasadnienia w tym zakresie skutkuje zaś koniecznością umorzenia postępowania.

4. Minister Zdrowia zajął stanowisko w sprawie w piśmie z 21 grudnia 2015 r. Stwierdził, że wniosek ZK OZZL nie zasługuje na uwzględnienie.

Przypomniał, nawiązując do orzecznictwa Trybunału, że zasada ochrony praw nabytych odnosi się do przysługującego określonej osobie prawa podmiotowego. Wnioskodawca zaś, zdaniem Ministra Zdrowia, niedostatecznie sformułował prawo podmiotowe lekarzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, co umożliwiałoby ocenę naruszenia tego prawa w świetle wzorców konstytucyjnych. Wskazuje to na konieczność umorzenia postępowania z uwagi na zbędność wydania wyroku.

Gdyby jednak próbować odkodować na podstawie wniosku wspomniane prawo podmiotowe, to – w ocenie Ministra Zdrowia – należy zauważyć, że nie obejmuje ono prawa do niezmienności zasad wykonywania zawodu abstrahującego od stałego i dynamicznego rozwoju wiedzy medycznej. Nie można bowiem przyjmować, że raz uzyskane kwalifikacje w ramach specjalizacji, bez względu na to, kiedy to nastąpiło, predestynują lekarza do udzielania świadczeń w dziedzinie objętej specjalizacją na zawsze, a wszelkie działania legislacyjne mające zapewnić pacjentom udzielanie świadczeń zdrowotnych o jakości odpowiedniej do stanu aktualnej wiedzy medycznej przez lekarzy o kwalifikacjach zapewniających tę jakość, odbierane są jako zamach na prawo podmiotowe. Takie rozumienie prawa podmiotowego nie zasługuje na ochronę wynikającą z art. 2 Konstytucji.

Minister Zdrowia rozważył również ewentualność przyjęcia, że jednak zaskarżony przepis ingeruje w prawa nabyte w rozumieniu konstytucyjnym. Zaznaczył, że taka ingerencja jest dopuszczalna, o ile znajduje podstawę w innych normach, zasadach lub wartościach konstytucyjnych. Z art. 22 ust. 5 u.d.l. wynika zaś wytyczna, dotycząca treści kwestionowanego rozporządzenia, w postaci zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Tym samym wprowadzone w zaskarżonym przepisie ograniczenia mają na celu realizację prawa do

ochrony zdrowia wskazanego w art. 68 ust. 1 Konstytucji. Jednocześnie art. 31 ust. 3 Konstytucji przewiduje ochronę zdrowia jako jedną z przesłanek umożliwiających wprowadzenie ograniczeń w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw, przy czym, w ocenie Ministra Zdrowia, ustrojodawca stawia wyżej prawo do ochrony zdrowia niż prawo lekarza o określonym wykształceniu do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie. Zdaniem Ministra Zdrowia lekarz mający I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie gwarantuje tym samym udzielania świadczeń zdrowotnych o jakości odpowiedniej do aktualnej wiedzy medycznej; może to powodować „potencjalne zagrożenie dla realizacji konstytucyjnego prawa pacjentów do ochrony zdrowia”. Żaden z przepisów ustawowych nie przyznaje też lekarzowi, który odbył specjalizację, prawa do udzielania wszelkich świadczeń. Nie zostało zatem przyznane prawo do udzielania wszelkich świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Analizując zakres upoważnienia ustawowego do wydania kwestionowanego rozporządzenia (art. 22 ust. 5 u.d.l.), Minister Zdrowia wyjaśnił, że w „standardach postępowania medycznego” mieści się określenie minimalnych wymagań w zakresie lokalowym, organizacyjnym, funkcjonalnym, sprzętowym, opisu (algorytmu) czynności, a także w zakresie kwalifikacji personelu, który wykonuje poszczególne czynności. Wydaje się bezdyskusyjne, że niemożliwe jest określenie standardu podejmowania określonych czynności, który miałby na celu zapewnić ich odpowiednią jakość, bez wskazania umiejętności czy też kwalifikacji osób wykonujących te czynności, kwantyfikowanych przez tytuły uzyskane w ramach sformalizowanego kształcenia podyplomowego.

5. W piśmie z 4 listopada 2015 r. Rada Ministrów poinformowała, że nie zgłasza udziału w postępowaniu w sprawie o sygn. U 5/15.

II

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Trybunał na każdym etapie postępowania bada, czy nie zaistniała negatywna przesłanka procesowa, wyłączająca dopuszczalność merytorycznej kontroli. Nadanie wnioskowi dalszego biegu nie oznacza jego konwalidacji; wydanie przez sędziego odpowiedniego zarządzenia w tej kwestii nie usuwa ani braku legitymacji czynnej, ani braków formalnych, ani oczywistej bezzasadności wniosku (zob. postanowienia TK z: 20 marca 2002 r., sygn. K 42/01, OTK ZU nr 2/A/2002, poz. 21; 16 października 2002 r., sygn. K 23/02, OTK ZU nr 5/A/2002, poz. 76; 8 lipca 2008 r., sygn. K 40/06, OTK ZU nr 6/A/2008, poz. 113; 26 lutego 2014 r., sygn. K 52/12, OTK ZU nr 2/A/2014, poz. 25).

W tym kontekście należy przypomnieć, że Trybunał w wyroku z 9 marca 2016 r., sygn. K 47/15 (OTK ZU nr A/2016, poz. 2) stwierdził niekonstytucyjność ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2217) w całości. Skutkiem wyroku Trybunału jest to, że obowiązująca ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 293; dalej: ustawa o TK z 2015 r.) podlega stosowaniu w wersji nieuwzględniającej zmian wprowadzonych w zakwestionowanej nowelizacji. Zgodnie przy tym z art. 134 pkt 3 ustawy o TK z 2015 r., w sprawach wszczętych i niezakończonych przed jej wejściem w życie, w postępowaniu przed Trybunałem – jeżeli zachodzą przesłanki umorzenia postępowania – stosuje się przepisy dotychczasowe, czyli przepisy ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643, ze zm.; dalej: ustawa o TK z 1997 r.). Ponieważ postępowanie w niniejszej sprawie zostało wszczęte na podstawie wniosku z 22 maja 2015 r. i jednocześnie zachodzą w nim

okoliczności umorzenia, to w tym zakresie konieczne jest uwzględnienie ustawy o TK z 1997 r.

2. Kwestionowany w niniejszej sprawie § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15; dalej: kwestionowane rozporządzenie) był już przedmiotem wniosku skierowanego do Trybunału przez Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (dalej: wnioskodawca lub ZK OZZL). W postanowieniu z 13 grudnia 2013 r., sygn. Tw 19/13 (OTK ZU nr II/B/2014, poz. 684), Trybunał odmówił jednak nadania wnioskowi dalszego biegu z uwagi na to, że statut wnioskodawcy nie przewidywał kompetencji ZK OZZL do samodzielnego wystąpienia o hierarchiczną kontrolę zgodności przepisów. W związku z tym w statucie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (dalej: statut OZZL) z 4 października 2014 r. wprowadzono zmiany: dodano m.in. § 7 ust. 4 („Związek realizuje swoje cele przez (...) występowanie do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami o zbadanie zgodności ustaw z Konstytucją RP i ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, których ratyfikacja wymagała uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie oraz zgodności przepisów prawa, wydawanych przez centralne organy państwowe, z Konstytucją RP, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi i ustawami, jeżeli akt normatywny dotyczy spraw objętych zakresem działania OZZL”) oraz zmieniono § 19, który aktualnie stanowi w ust. 2 lit. f, że do zakresu działania ZK OZZL należy występowanie do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami określonymi w § 7 ust. 4 statutu OZZL i reprezentowanie Związku w postępowaniu przed Trybunałem.

3. Trybunał zauważył, że kwestionowane przez wnioskodawcę rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.; dalej: u.d.l.). To upoważnienie ustawowe uległo następnie zmianie w związku z wejściem z życie 15 lipca 2016 r. art. 1 pkt 11 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960; dalej: ustawa nowelizująca). Zgodnie jednak z art. 41 ustawy nowelizującej, dotychczasowe przepisy wykonawcze, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 u.d.l., zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 u.d.l. w brzmieniu nadanym ustawą nowelizującą, jednak nie dłużej niż do 31 grudnia 2018 r. Tym samym nie zachodzi przesłanka umorzenia postępowania w niniejszej sprawie wynikająca z art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy o TK z 1997 r.

W świetle § 8 ust. 1 kwestionowanego rozporządzenia, świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane w podmiocie leczniczym wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, a więc przez lekarza, który albo posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, albo uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (por. art. 2 pkt 3 kwestionowanego rozporządzenia). W konsekwencji § 8 ust. 2 kwestionowanego rozporządzenia stanowi, że lekarz anestezjolog (lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) może samodzielnie udzielać powyższych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji tylko w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (*American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System*) odpowiada stopniom I, II lub III, a w pozostałych wypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem ane-

stejzjologii albo oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dzieci lub oddziałem anestezjologii dziecięcej.

4. Wzorcem kontroli wskazanego przepisu wnioskodawca uczynił art. 2 Konstytucji i wywodzoną z niego zasadę ochrony praw nabytych. W ocenie wnioskodawcy, na mocy § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia, lekarzom mającym I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii bez żadnego uzasadnienia ograniczono nabyte wcześniej uprawnienia zawodowe, ponieważ do momentu wejścia w życie zaskarżonego przepisu wskazane w nim świadczenia mogły być udzielane przez takich lekarzy bez konieczności spełnienia dodatkowych warunków.

Odnosząc się do tego zarzutu, Trybunał przypomniał, że zgodnie z jego utrwalonym orzecznictwem i w świetle ustaleń przedstawicieli doktryny prawa, przedmiotem zasady ochrony praw nabytych są prawa podmiotowe, zarówno publiczne, jak i prywatne, oraz tzw. ekspektatywy maksymalnie ukształtowane (zob. np. wyroki TK z: 24 lutego 2010 r., sygn. K 6/09, OTK ZU nr 2/A/2010, poz. 15; 19 listopada 2008 r., sygn. Kp 2/08, OTK ZU nr 9/A/2008, poz. 157; 22 czerwca 1999 r., sygn. K 5/99, OTK ZU nr 5/1999, poz. 100; K. Działocha, *Zasada ochrony praw nabytych w orzecznictwie polskiego Trybunału Konstytucyjnego*, [w:] *Prawa człowieka. Geneza, koncepcje, ochrona*, red. B. Banaszak, Wrocław 1993, s. 17; M. Jackowski, *Ochrona praw nabytych w polskim systemie konstytucyjnym*, Warszawa 2008, s. 76; M. Pszczyński, *Ochrona praw nabytych i ochrona interesów w toku a gminne uchwały podatkowe*, [w:] *Środki ochrony praw słusznie nabytych w świetle Konstytucji RP i prawa Unii Europejskiej*, red. H. Zięba-Załucka, P. Chmielnicki, Warszawa 2012, s. 260-261). Natomiast, jak stwierdził Trybunał w postanowieniu o sygn. Tw 19/13, który to pogląd podtrzymuje również w niniejszej sprawie, „trudno (...) przyjąć, że istnieje prawo podmiotowe do niezmienności zasad wykonywania zawodu (niezależnie od charakteru wprowadzonej zmiany). Nie można się również doszukać bezpośredniego związku między przepisem, którego dotyczy wniosek, a utratą prawa do pracy lub wynagrodzenia, o których wspomina wnioskodawca. Lekarze anestezjolodzy w dalszym ciągu mają możliwość samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji na rzecz chorych poniżej 3 roku życia i wszystkich tych, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi wyższemu od III. Wymaga to jedynie przestrzegania przez lekarzy anestezjologów określonej procedury, tj. uzyskania uprzedniej zgody ich przełożonego”. Z kolei wskazanie, że z zakwestionowanego przez ZK OZZL przepisu nie może wynikać ingerencja w prawa podmiotowe lekarzy anestezjologów z uwagi na nieistnienie określonego prawa, jest okolicznością stanowiącą podstawę umorzenia postępowania w zakresie zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji ze względu na oczywistą bezzasadność wniosku (art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK z 1997 r.) – (zob. sygn. Tw 19/13).

5. Drugim wzorcem kontroli § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia jest art. 22 ust. 5 u.d.l. (w brzmieniu sprzed wejścia w życie ustawy nowelizującej) oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji. Istotą zarzutu niezgodności jest to, że treść zaskarżonego przez wnioskodawcę przepisu nie mieści się w ramach upoważnienia ustawowego do określenia „standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą”. Także w tym zakresie wniosek nie zasługuje na uwzględnienie, gdyż jest oczywiście bezzasadny.

Pojęcie „standardów postępowania medycznego” nie jest określeniem prawnym, ale często występuje na gruncie nauk medycznych (także jako tzw. standardy medyczne), mając tam ugruntowane znaczenie, i w takiej konwencji powinno być rozumiane w kontekście art. 22 ust. 5 u.d.l. w brzmieniu sprzed nowelizacji. Oznacza ono zbiór rekomendacji (wytycznych, „ścieżek postępowania medycznego”) odnoszących się do całości działań zapobiegaw-

czych, diagnostycznych i leczniczych. Tego typu standardy mogą obejmować wskazania dotyczące: metod diagnostycznych (rodzaju badań, częstości ich wykonywania); metod leczniczych (leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym zabiegów i interwencji chirurgicznych); metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne) oraz kontroli procesu leczenia (badania kontrolne) – (zob. A. Lella, *Lekarze i lekarze dentyści chcą wyłączenia świadczeń medycznych z projektu rozporządzenia w sprawie normalizacji europejskiej*, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2012/n201204/n20120410>). Są one, co do zasady, opracowywane przez odpowiednie gremia specjalistów z różnych dziedzin medycyny jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami *Evidence-Based Medicine* (EBM); w miarę postępów wiedzy są okresowo modyfikowane oraz publikowane w odpowiednich czasopismach specjalistycznych, będąc przez to ważną wskazówką merytoryczną w codziennej praktyce medycznej (zob. *ibidem*; *Stanowisko Nr 67/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 października 2015 r. w sprawie projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia: 1) w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą, 2) w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie patomorfologii*, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0018/103473/ps067-15-VII.pdf). Tym samym standardy medyczne to model uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służących ocenie jakości świadczeń (zob. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne/>).

Na tle przedstawionych definicji należy stwierdzić, że istotnym elementem standardów postępowania medycznego w danej dziedzinie powinno być określenie kwalifikacji osób, które są zdolne do podejmowania tych „modelowych” działań. Rzeczywiście, w praktyce wskazanie adresatów wspomnianych reguł postępowania stanowi ważny element standardów medycznych tworzonych przez zespoły eksperckie (zob. np. *Standardy postępowania i procedury medyczne w hospicjach domowych dla dzieci*, red. T. Dangel, Warszawa 2015, s. 15-16; *Zasady rozpoznawania i leczenia mukowiscydozy. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy 2009 Poznań – Warszawa – Rzeszów*, „Standardy Medyczne. Pediatria” nr 6/2009, s. 373). Wobec tego dookreślenie w § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia kwalifikacji lekarskich wymaganych do dokonywania wskazanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, a więc wymogów specjalizacyjnych, które są niezbędne do samodzielnego lub warunkowego udzielania świadczeń, bez wątpienia mieści się w upoważnieniu ustawowym wynikającym z art. 22 ust. 5 u.d.l. w brzmieniu sprzed nowelizacji. Wskazanie podmiotu działania leczniczego to bowiem stały element „standardów postępowania medycznego”. Jednocześnie słuszność powyższego wniosku znajduje dodatkowe potwierdzenie w tym, że rekomendacja o treści identycznej do tej, która znalazła się w § 8 ust. 1 i 2 kwestionowanego rozporządzenia, została sformułowana w zaleceniach przyjętych przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii 28 września 2012 r. (zob. *Wytoczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady, warunki oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*, „Anestezjologia Intensywna Terapia” nr 4/2012, s. 207). Co więcej, także projekt kwestionowanego rozporządzenia został przygotowany pod względem merytorycznym, w uzgodnieniu z Ministerstwem Zdrowia, przez zespół – powołany przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dr. hab. n. med. Krzysztofa Kuszę – w składzie: prof. dr. hab. n. med. Andrzej Kübler; dr. hab. n. med. Dariusz Maciejewski; dr. hab. n. med. Mariusz Piechota; dr. n. med. Adam Mikstacki; dr. hab. n. med. Krzysztof Kusza (zob. M. Piechota, K. Kusza, *Standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*, „Anestezjologia i Ratownictwo” nr 1/2013, s. 100-101). Trudno zatem obronić pogląd, że wskazana grupa ekspertów nie miała wiedzy na temat znaczenia

pojęcia „standardów postępowania medycznego”, które wyznaczało zakres przedmiotowy jej prac.

Z powyższych względów Trybunał Konstytucyjny postanowił jak w sentencji.

Zdanie odrębne

sędziego TK Zbigniewa Jędrzejewskiego
do postanowienia Trybunału Konstytucyjnego
z dnia 27 lipca 2016 r., sygn. akt U 5/15

Na podstawie art. 99 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 293; dalej: ustawa o TK), zgłaszam zdanie odrębne do postanowienia z dnia 27 lipca 2016 r. o sygn. U 5/15.

1. Uważam, że postanowienie zostało wydane niezgodnie z przepisami ustawy o TK. Trybunał oparł swoje orzeczenie na niewłaściwym reżimie prawnym.

2. W niniejszej sprawie Trybunał przyjął, że tryb postępowania przed Trybunałem reguluje ustawa o TK w kształcie określonym wyrokiem TK z dnia 9 marca 2016 r., sygn. K 47/15. To założenie jest sprzeczne z art. 190 ust. 3 w związku z art. 190 ust. 2 Konstytucji.

3. Zgodnie z art. 190 ust. 2 Konstytucji, orzeczenia Trybunału w sprawach wymienionych w art. 188 Konstytucji podlegają niezwłocznemu ogłoszeniu w organie urzędowym, w którym akt normatywny był ogłoszony. Jeżeli akt nie był ogłoszony, orzeczenie ogłasza się w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Z art. 190 ust. 3 zdanie pierwsze Konstytucji wynika, że orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, jednak Trybunał może określić inny termin utraty mocy obowiązującej aktu normatywnego.

Zakładając, że ustawodawca konstytucyjny działał racjonalnie i używał w przepisach prawnych tych samych wyrażen na określenie tych samych instytucji prawnych nie można różnicować znaczenia pojęć „ogłoszenie” występujących w ust. 2 i 3 art. 190 Konstytucji.

Wynika z tego, że określone w art. 190 ust. 3 Konstytucji sformułowanie, iż orzeczenie TK wchodzi w życie z dniem ogłoszenia należy interpretować zgodnie z art. 190 ust. 2 Konstytucji. Oznacza to, że w art. 190 ust. 3 Konstytucji chodzi o ogłoszenie orzeczenia TK w tym organie urzędowym, w którym będący przedmiotem orzeczenia Trybunału akt normatywny był opublikowany.

4. W wypadku orzeczenia TK z 9 marca 2016 r., mogłoby ono wejść w życie po jego ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw. Od tego momentu wywoływałoby skutki derogacyjne w nim przewidziane, a tym samym doprowadziłoby do zmian w systemie prawa.

Skoro jednak w momencie wydawania postanowienia o sygn. U 5/15, wyrok o sygn. K 47/15 nie został ogłoszony w Dzienniku Ustaw, jego sentencja nie może określać trybu postępowania przed Trybunałem, gdyż orzeczenie to nie weszło w życie.

Z tego względu, orzekając w niniejszej sprawie, Trybunał powinien stosować przepisy ustawy o TK, w brzmieniu wynikającym z tekstu jednolitego ogłoszonego 8 marca 2016 r. oraz odpowiednie przepisy przejściowe ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2217; dalej: ustawa o zmianie ustawy o TK).

5. Z powyższych względów, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o TK w związku z art. 44 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK, postanowienie wydane w niniejszej sprawie powinno zapaść w pełnym składzie.