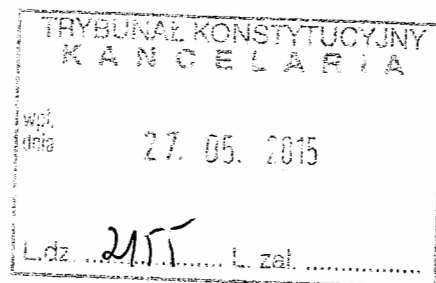




TK-81/15

Bydgoszcz, dnia 22 maja 2015 r.

Trybunał Konstytucyjny
Al. Jana Christiana Szucha 12a
00-918 Warszawa



Wnioskodawca: Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z siedzibą w Bydgoszczy, ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz.

WNIOSEK

w trybie art. 191 ust. 1 pkt 4 oraz art. 191 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej

Niniejszym, działając na podstawie art. 191 ust.1 pkt 4 oraz art.191 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wnosi o stwierdzenie, że:

1. przepisy § 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)
 - są niezgodne z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z powodu naruszenia zasady ochrony praw nabytych,
2. przepisy § 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)
 - są niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – tekst jednolity z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 618) i art. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej.

UZASADNIENIE

1. Wykazanie zdolności wnioskowej, koniecznej z punktu widzenia wszczęcia postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym

Przesłanka zdolności wnioskowej określona w art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji:

Zgodnie z art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji Rzeczypospolitej z wnioskiem w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji, do Trybunału Konstytucyjnego wystąpić mogą ogólnokrajowe organy związków zawodowych oraz ogólnokrajowe władze organizacji pracodawców i organizacji zawodowych.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy z siedzibą w Bydgoszczy (dalej jako OZZL) jest organizacją związkową ogólnokrajową, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000100032.

Załącznik nr 1 – odpis aktualny KRS Wnioskodawcy

Ponadto, zgodnie z postanowieniem Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy jest reprezentatywną organizacją związkową w rozumieniu art. 241¹⁷ § 1 pkt 2 Kodeksu pracy. Powyższe dodatkowo potwierdza, że działalność OZZL ma charakter ogólnokrajowy.

Załącznik nr 2 – postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01)

Zarząd Krajowy OZZL (dalej ZK OZZL) jest organem statutowym Władz Krajowych Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, co wynika z § 17 ust. 2 Statutu OZZL.

Załącznik nr 3 – Statut OZZL

Zgodnie z § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL do zakresu działania Zarządu Krajowego OZZL należy między innymi występowanie do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami, o których mowa w § 7 ust. 4 statutu i reprezentowanie Związku w postępowaniu przed Trybunałem.

Natomiast zgodnie z § 7 ust. 4 Statutu OZZL - *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.

Z powyższego wynika, że Zarząd Krajowy OZZL posiada status ogólnokrajowego organu związku zawodowego. Dodatkowo Zarząd Krajowy OZZL posiada nie tylko kompetencje do bieżącego reprezentowania osoby prawnej i prowadzenia jej spraw, ale przede wszystkim posiada także kompetencję do występowania do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji. Powyższe wynika wprost z treści § 7 ust. 4, § 17 ust. 2 oraz § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL.

Statut OZZL w aktualnym brzmieniu został zarejestrowany przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XIII Wydział Gospodarczy postanowieniem z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIIINs-Rej.KRS/014410/14/029.

Załącznik nr 4 – postanowienie SR w Bydgoszczy z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIIINs-Rej.KRS/014410/14/029

Zarząd Krajowy OZZL, jako organ kolegialny podejmuje decyzje w formie uchwał. Jak wynika z bogatego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego – skierowanie wniosku w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji, jest czynnością o charakterze nadzwyczajnym, która z tego powodu nie może być dokonana samodzielnie przez organ wykonawczy organizacji bez wyraźnego i jednoznacznego umocowania, które musi wynikać bądź z treści przepisów prawa, bądź z aktów konstytuujących lub statutu danej organizacji.

W związku z powyższym działając w oparciu o kompetencję wynikającą z § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL w związku z § 7 ust. 4 Statutu OZZL - w dniu 17 kwietnia 2015 roku Zarząd Krajowy OZZL podjął Uchwałę nr 07/04/2015 z dnia 17 kwietnia 2015r w sprawie wniosku ZK OZZL do TK dotyczącego niezgodności niektórych przepisów Rozporządzenia MZ z 20 grudnia 2012r w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z Konstytucją RP.

Na podstawie w/w uchwały, podjętej jednogłośnie, Zarząd Krajowy OZZL postanowił, że wystąpi do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie, że przepisy § 8 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą – są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP z powodu naruszenia zasady ochrony praw nabytych.

Jednocześnie Zarząd Krajowy upoważnił sekretarza Prezydium ZK OZZL Ryszarda Kijaka oraz radcę prawnego związku Kajetana Komar – Komarowskiego do reprezentowania Zarządu Krajowego OZZL przed Trybunałem w przedmiotowej sprawie.

Załącznik nr 5 – Uchwała Zarządu Krajowego OZZL nr 07/04/2015 z dnia 17 kwietnia 2015 r.

Załącznik nr 6 – Protokół (skrótowy) z posiedzenia ZK OZZL w dniu 17 kwietnia 2015r. wraz z listą obecności

Tym samym spełniona została przesłanka określona w art.191 ust.1pkt 4 Konstytucji RP:

Przesłanka zdolności wnioskowej określona w art. 191 ust. 2 Konstytucji

Przedmiotem wniosku Zarządu Krajowego OZZL są przepisy ograniczające prawa podmiotowe lekarzy, mających tzw. pierwszy stopień specjalizacji z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, wynikające z nabytych wcześniej uprawnień zawodowych. W ocenie Wnioskodawcy istnieje prawo podmiotowe polegające na gwarancji utrzymania zakresu uprawnień zawodowych potwierdzonych złożonym egzaminem państwowym, co przez dziesięciolecia było powszechnie akceptowane. Niedopuszczalna w ocenie Wnioskodawcy jest ingerencja zaskarżonych przepisów w zakres uprawnień zawodowych poprzez jego uszczuplenie. Bezpośrednią i jedną z najważniejszych konsekwencji naruszenia praw podmiotowych lekarzy, posiadających tzw. pierwszy stopień specjalizacji z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, jest istotne ograniczenie możliwości zatrudnienia i zarobkowania ww. lekarzy. Jest to materia, która w sposób oczywisty należy do spraw objętych zakresem działania związku zawodowego skupiającego lekarzy.

Spełniony zatem jest warunek zawarty w art.191 ust.2 Konstytucji RP.

* * *

2. Uzasadnienie merytoryczne wniosku w zakresie punktu 1 petitum wniosku

Tryb uzyskiwania specjalizacji przez lekarzy i uprawnienia do leczenia, wynikające ze specjalizacji

Na początek przedstawimy wyjaśnienia dotyczące specjalizacji lekarskich, niezbędne dla zrozumienia dalszej części wniosku.

Do r. 1999 obowiązywał w Polsce dwustopniowy system specjalizacji lekarskich. Najpierw lekarz zdobywał specjalizację pierwszego stopnia w danej dziedzinie, a następnie – jeśli chciał

– drugiego stopnia w tej samej dziedzinie lub dziedzinie węższej (np. pierwszy i drugi stopień z chorób wewnętrznych lub pierwszy stopień z chorób wewnętrznych, a drugi z chorób płuc). Egzamin na pierwszy stopień specjalizacji był egzaminem państwowym, lekarz odbywał „szkolenie specjalizacyjne pierwszego stopnia”, otrzymywał „dyplom pierwszego stopnia specjalizacji” i uzyskiwał „pierwszy stopień specjalizacji” oraz nabywał prawo do używania tytułu „lekarza danej specjalizacji” np. lekarza chorób wewnętrznych. Po uzyskaniu drugiego stopnia specjalizacji (również w trybie egzaminu państwowego), lekarzowi przysługiwał tytuł „lekarza specjalisty danej specjalizacji” np. lekarza specjalisty chorób wewnętrznych. Lekarz, który uzyskał pierwszy stopień specjalizacji nie miał obowiązku zdobywania drugiego stopnia. Mógł zakończyć swoją specjalizację na pierwszym stopniu. Niektóre – węższe – specjalizacje można było uzyskiwać dopiero wtedy gdy miało się specjalizację drugiego stopnia z szerszej dziedziny – np. specjalizację z kardiologii - po „dwójce” z chorób wewnętrznych. Szczegóły dotyczące specjalizacji zmieniały się przez lata, ale zasadniczy tryb dwustopniowy pozostał do r. 1999. Był on określony i modyfikowany w kolejnych zarządzeniach ministra zdrowia i opieki społecznej oraz zarządzeniach ministra spraw wewnętrznych lub obrony narodowej (w odniesieniu do lekarzy resortowych). W załączeniu przedstawiamy zestawienie aktów prawnych, na podstawie których lekarze zdobywali specjalizację do r. 1999.

Co istotne dla przedmiotowej sprawy: żadne przepisy prawne nie różnicowały kompetencji lekarzy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli leczenia pacjentów, w zależności od posiadania pierwszego czy drugiego stopnia specjalizacji. Np. „jedynkowicz” z chorób wewnętrznych miał takie same prawa do leczenia określonych schorzeń, jak „dwójkowicz” z tej dziedziny. Podobnie było z anestezjologami, których dotyczy niniejszy wniosek. Wynikało to z programów specjalizacyjnych, które obowiązywały lekarzy specjalizujących się. W przypadku lekarzy pierwszego i drugiego stopnia były one takie same. Różnice pojawiały się dopiero w dodatkowych uprawnieniach, dotyczących nie tyle samego leczenia, co pełnienia różnych funkcji. Przewidywał je już program studiów specjalizacyjnych, jak i przepisy prawa powszechnie obowiązującego. Przykładowo: w programie studiów specjalizacyjnych I stopnia z dziedziny, która jest przedmiotem niniejszego wystąpienia czyli z anestezjologii i intensywnej terapii z roku 1983, w dziale „D. Zakres uprawnień” zapisano: „Po uzyskaniu I stopnia specjalizacji lekarzowi przysługuje tytuł „anestezjolog”. Może on uzyskać stanowisko kierownicze w jednostce służby zdrowia, gdy wyrazi na to zgodę specjalista wojewódzki”. W przypadku „dwójkowicza” taka zgoda już nie była potrzebna. Podobne różnice przewidywało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300, z późn. zm.), na podstawie którego funkcję ordynatora oddziału szpitalnego lub zastępcy dyrektora ds. lecznictwa szpitala mógł pełnić tylko lekarz z drugim stopniem specjalizacji, a z pierwszym – nie. „Jedynkowicz” nie mógł też być kierownikiem specjalizacji lekarza specjalizującego się w danej dziedzinie, ani nadzorować pracy lekarzy szkolących się. Także dostęp do niektórych bardziej szczegółowych

specjalizacji był możliwy tylko dla „dwójkowiczów” (np. specjalizację z kardiologii można było uzyskać wyłącznie po „dwójce” z interny, a nie po „jedynce”).

To właśnie te dodatkowe uprawnienia dotyczące pełnienia funkcji administracyjno – kierowniczych w służbie zdrowia oraz chęć uzyskania specjalizacji z kolejnej, węższej dziedziny motywowały wielu lekarzy do robienia „dwójki”. Często czynnikiem decydującym było też miejsce pracy i miejsce zamieszkania lekarza, co wiązało się z istnieniem lub brakiem określonych trudności w spełnieniu wszystkich wymogów studiów specjalizacyjnych, zwłaszcza odrabianiu staży w klinikach.

Od roku 1999 istnieje jednostopniowy system specjalizacji lekarskich. Lekarz po zakończeniu szkolenia w ramach specjalizacji i po zdaniu stosownych egzaminów od razu uzyskuje tytuł „specjalisty w danej dziedzinie” – np. specjalisty chorób wewnętrznych. System ten został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 31, poz.302, z późn. zm.). Rozporządzenie to było zmieniane jeszcze parę razy, ale system jednostopniowy – co do zasady – pozostaje.

Niezależnie jednak od tego jakie zmiany następowały w trybie zdobywania specjalizacji, nadal – w odniesieniu do wszystkich specjalizacji lekarskich (oprócz anestezyjologii i intensywnej terapii) – nie ma przepisów prawnych, które określają, a tym bardziej różnicują, kompetencje dotyczące leczenia (udzielania świadczeń zdrowotnych) specjalistów (wg nowego lub starego trybu) i lekarzy „jedynkowiczów” (wg starego trybu). Nadal kompetencje te są - na podstawie programów specjalizacyjnych - tożsame.

Zakres uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy anestezyjologów

Jak wspomnieliśmy wyżej, wyjątkiem w tym przedmiocie jest specjalizacja z dziedziny anestezyjologii i intensywnej terapii. To jedyna specjalizacja, w której określono w przepisie rangi rozporządzenia uprawnienia anestezyjologów. Stało się to za przyczyną wydanego przez ministra zdrowia rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215).

Rozporządzenie to różnicowało jednakowe do tej pory (jeśli chodzi o udzielanie świadczeń medycznych) uprawnienia lekarzy posiadających pierwszy i drugi stopień specjalizacji z dziedziny anestezyjologii i intensywnej terapii. Zakres tego różnicowania był jednak ograniczony i dotyczył wyłącznie intensywnej terapii. Zgodnie z § 18 pkt 3., lekarz anestezyjolog z pierwszym stopniem specjalizacji stracił uprawnienia do samodzielnego prowadzenia intensywnej terapii, nawet jeśli przedtem robił to przez dwadzieścia czy więcej lat.

Rozporządzenie zezwalało mu na udzielanie tego typu świadczeń tylko wtedy, gdy jego praca była nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia.

Poza intensywną terapią, rozporządzenie z r. 1998 nie różnicowało jednak uprawnień i kompetencji lekarzy anesteziologów z pierwszym czy drugim stopniem specjalizacji odnośnie wykonywania rozmaitych procedur anesteziologicznych.

Dotyczyło to m.in. uprawnień do prowadzenia anestezji, to jest wykonywania znieczulenia ogólnego lub przewodowego (regionalnego) do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych. Podkreślamy ten zakres szczególnie, bo jest to najczęściej wykonywane świadczenie przez anesteziologów i w tym właśnie zakresie anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji zostali pozbawieni swoich uprawnień przez zaskarżone przez Wnioskodawcę przepisy.

Pozbawienie praw nabytych anesteziologów – „jedynkowiczów”

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej zostało zastąpione przez nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą a bezpośrednią przyczyną jego wydania była zmiana upoważnienia ustawowego (uchwalenie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - Dz. U. Nr 112, poz.654, z późn. zm. - i uchylenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Przepisy § 8 ust. 1 i 2 przedmiotowego rozporządzenia wprowadzają ograniczenia kompetencji (uprawnień) lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z anesteziologii.

Zgodnie z § 8 ust. 1, przyjęto jako zasadę, że „świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii.” Wcześniej, na mocy uchylonego rozporządzenia MZIOS z dnia 27 lutego 1998 r., świadczenia te mogły być udzielane zarówno przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii, jak i lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji. Obu (tych lekarzy) określano w tamtym rozporządzeniu wspólnym mianem: lekarza anesteziologa.

Przepis § 8 ust. 2 dopuszcza udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, samodzielnie przez lekarza anesteziologa z pierwszym stopniem specjalizacji

– ale tylko w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według 5-stopniowej skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniom I, II lub III. W pozostałych przypadkach „jedynkowicz” może to robić wyłącznie „za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem” anestezjologii lub anestezjologii dla dzieci.

Powyższe przepisy oznaczają, że lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – na mocy rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r. – stracili prawo do samodzielnego wykonywania znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego – dzieciom do 3 roku życia (włącznie) oraz wszystkim pacjentom, niezależnie od wieku, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniom wyższym niż III (czyli IV i V). W powyższym zakresie anestezjodzy z pierwszym stopniem specjalizacji mają prawo ograniczone, zależne od – wyrażonej na piśmie – zgody ordynatora oddziału anestezjologii. Nie ulega wątpliwości, że jest to istotne uszczuplenie ich uprawnień zawodowych, nabytych wcześniej. **Jeszcze wyraźniej widoczne jest to w odniesieniu do lekarzy anestezjologów zatrudnionych poza szpitalami, gdzie nie ma ordynatora oddziału anestezjologii i nie ma komu wyrazić na piśmie zgody na wykonywanie powyższych zabiegów przez anestezjologa – „jedynkowicza”. Tam utrata ww. uprawnień przez „jedynkowiczów” jest całkowita i bezwzględna.**

Brak uzasadnienia dla pozbawienia praw nabytych

Dodatkowym czynnikiem wymagającym podkreślenia jest fakt, że Minister Zdrowia nie przedstawił żadnego merytorycznego uzasadnienia dla pozbawienia lekarzy anestezjologów z pierwszym stopniem specjalizacji ich dotychczasowych uprawnień dotyczących znieczulania (praw przez nich nabytych). W uzasadnieniu do ostatecznego projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.*, datowanym na 11 lipca 2012 r. (w załączeniu), omawiając przedmiotowy przepis, zaznaczono jedynie: *„Szczegółowo dookreślono również kompetencje lekarza anestezjologa do realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji wskazując, iż lekarz anestezjolog znieczula chorych powyżej 3. roku życia, których stan ogólny wg skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III., natomiast w pozostałych przypadkach, lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem albo działem anestezjologii i intensywnej terapii”.*

W ogóle nie zaznaczono, że w ten sposób pozbawiono lekarzy anestezjologów z pierwszym stopniem specjalizacji prawa do samodzielnego znieczulania określonych pacjentów, ani tym bardziej nie przedstawiono merytorycznego uzasadnienia dla tego faktu. Jeżeli nie podano żadnego powodu wprowadzenia powyższych ograniczeń, to nie ma podstawy do uznania, że istniały po temu przyczyny na tyle ważne, aby uzasadniało to złamanie konstytucyjnej zasady ochrony praw nabytych.

Co ważne, restrykcje rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. dotknęły lekarzy anestezjologów z co najmniej 14-letnim doświadczeniem nabytym po uzyskaniu specjalizacji, bo nowych lekarzy „jedynkowiczów” przestało przybywać od r. 1999, czyli od czasu wprowadzenia nowego systemu specjalizacji. Nagle więc okazało się, że lekarze anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji nie mogą (nie potrafią?) wykonywać tego, czym się zajmowali przez ostatnich kilkanaście albo nawet kilkadziesiąt lat. Taka decyzja jest niezrozumiała i nieracjonalna, żeby nie powiedzieć – absurdalna.

Na marginesie można dodać, że skutkiem odebrania lekarzom anestezjologom części ich praw nabytych – pod postacią uprawnień do wykonywania określonych świadczeń – będzie ograniczenie dostępu chorych do tych świadczeń, bo zmniejszy się liczba lekarzy mogących je wykonywać.

Skutki pozbawienia anestezjologów ich praw nabytych – w zakresie spraw pracowniczych

Powyższe ograniczenia mają swoje skutki w zakresie, który jest przedmiotem szczególnego zainteresowania związków zawodowych, to jest prawa do pracy i do wynagrodzenia. Spowodowały one bowiem, że lekarze anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji stali się z dnia na dzień pracownikami o istotnie mniejszych (formalnych) uprawnieniach niż byli dotychczas, a zatem stracili oni (faktycznie lub potencjalnie) możliwość pracy w wielu miejscach, nawet w tych, w których dotychczas pracowali i z powodzeniem wykonywali swoje zadania. Jest bowiem oczywiste, że szpital nie będzie chciał zatrudniać anestezjologa, który nie może – legalnie – wykonywać wszystkich świadczeń anesteziologicznych, nawet jeżeli potrafi to robić.

Szczególną formą pracy lekarza, do której dostęp dla anestezjologów-„jedynkowiczów” został przez przedmiotowe rozporządzenie mocno ograniczony są dyżury lekarskie. Praca na dyżurach jest bowiem szczególnie „nieprzewidywalna” i trudno z góry powiedzieć z jakimi pacjentami lekarz anestezjolog się zetknie. Nawet jeżeli tylko od czasu do czasu będą to tacy pacjenci, których – wg nowego rozporządzenia – anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji nie mają prawa samodzielnie znieczulać – to wystarczy aby wyeliminować tych anestezjologów z możliwości pełnienia dyżurów. A trzeba tutaj dodać, że wynagrodzenie za dyżury, czyli za pracę dodatkową, jest najczęściej dla lekarzy głównym elementem całkowitego wynagrodzenia, bo pensja za normalny czas pracy jest niska. Dlatego ograniczenia te są tak dotkliwe dla lekarzy „jedynkowiczów” .

Zdajemy sobie sprawę, że mogą pojawić się argumenty, iż lekarze anesteziolodzy z pierwszym stopniem specjalizacji są – w pewnym sensie – sami sobie winni, że nie mają pełnych – jak „dwójkowicze” – uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny anesteziologii i intensywnej terapii, bo zakończyli swoją specjalizację na pierwszym stopniu, podczas, gdy mogli zrobić jeszcze „dwójkę”. Jednak jest to argument chybiony. Trzeba bowiem wiedzieć, że lekarze, którzy wybierali uzyskanie wyłącznie pierwszego stopnia specjalizacji działali w

pewnym, określonym stanie prawnym i nie mieli podstaw do przypuszczenia, że może on się zmienić. Jak przedstawiliśmy wcześniej, uzyskanie pierwszego stopnia specjalizacji dawało „od zawsze” takie same uprawnienia dotyczące leczenia (udzielania świadczeń zdrowotnych) jak uzyskanie drugiego stopnia specjalizacji w danej dziedzinie. Jediną różnicę stanowiły uprawnienia w dziedzinie zarządzania („jedynkowicz” nie mógł być ordynatorem ani zastępcą dyrektora szpitala ds. leczenia ani kierownikiem specjalizacji innego lekarza) oraz w zakresie dalszego specjalizowania się w węższych dziedzinach. Jeżeli zatem lekarz anestezjolog, nie zamierzał być ordynatorem, ani sprawować innych funkcji kierowniczych a także nie myślał o innych, węższych specjalizacjach, a jedynie chciał dobrze wykonywać zawód anestezjologa, to mógł z pełnym przekonaniem zakończyć swoją specjalizację na pierwszym stopniu. Biorąc zaś pod uwagę fakt, że Polska jest państwem prawnym, w którym obowiązuje przestrzeganie konstytucyjnej zasady ochrony praw nabytych, anestezjolog – „jedynkowicz” mógł mieć pewność, że jego uprawnienia jako lekarza (uprawnienia do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych) nie zostaną uszczuplone. Tym bardziej, że pracując w swoim zawodzie, lekarz anestezjolog doskonalił się w nim stale i poszerzał swoje umiejętności, a nie cofał się. Nieuzyskiwanie przez niego drugiego stopnia specjalizacji z danej dziedziny nie oznaczało bowiem w żadnym razie niekontynuowania szkolenia podyplomowego na różnych kursach, kongresach, konferencjach itp. Nie ma zatem żadnych merytorycznych podstaw, aby traktować grupę „jedynkowiczów” – w całości – jako tych lekarzy, którzy – po uzyskaniu specjalizacji – zaczęli stopniowo tracić umiejętności, które zdobyli.

Trybunał Konstytucyjny o ochronie praw nabytych

Trybunał Konstytucyjny wypowiadał się wielokrotnie o konstytucyjnej zasadzie ochrony praw nabytych. Ochrona praw nabytych dotyczy nie tylko praw majątkowych, ale różnego rodzaju praw podmiotowych, także takich, które nie mają podstawy konstytucyjnej. Jest ona ściśle związana z zasadami bezpieczeństwa prawnego i ochrony zaufania do państwa i prawa, a więc wynika z zasady państwa prawnego wyrażonej w art. 2 Konstytucji (wyrok z 4 kwietnia 2006 r., K 11/04). Nie ulega zatem wątpliwości, że uprawnienia, jakie nabyli lekarze anestezjodolodzy uzyskując pierwszy stopień specjalizacji mieszczą się w kategorii praw nabytych, chronionych konstytucyjnie.

Jakkolwiek zasada ochrony praw nabytych nie ma charakteru absolutnego, to jednak zakazane jest arbitralne i nieproporcjonalne ograniczanie praw nabytych, a ich uszczuplenie może nastąpić tylko „w szczególnych okolicznościach” – bądź to z uwagi na wartości konstytucyjne, bądź pewne okoliczności gospodarczo-społeczne. Trybunał Konstytucyjny wymieniał wśród nich najczęściej: równowagę finansową państwa, kryzys gospodarczy i niekorzystne trendy demograficzne (wyrok z 16 marca 2010 r., K 17/09). W innym wyroku Trybunał stwierdził, że ograniczenie praw nabytych lub ich znoszenie jest dopuszczalne pod warunkiem, że jest to konieczne dla realizacji innych wartości konstytucyjnych, które w danej sytuacji mają pierwszeństwo (wyrok z 25 czerwca 2002 r., K 45/01).

Takie „szczególne okoliczności” lub „konieczność realizacji innych wartości konstytucyjnych” – w omawianym przypadku nie zachodzą (wręcz przeciwnie – ograniczenie formalnych uprawnień anestezjologów „jedynkowiczów” powoduje utrudnienie dostępu obywateli do niektórych świadczeń zdrowotnych, co może być odebrane jako złamanie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia). Należy zatem uznać, iż ograniczenie uprawnień lekarzy anestezjologów pierwszego stopnia w zakresie świadczeń zdrowotnych, jakie mogą samodzielnie wykonywać, łamie konstytucyjną zasadę ochrony praw nabytych. Tym bardziej, że Minister Zdrowia nie przedstawił jakiegokolwiek uzasadnienia dla wprowadzenia tych ograniczeń.

3. Uzasadnienie merytoryczne wniosku w zakresie punktu 2 petitum wniosku

Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - *Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.*

Powyższy przepis określa delegację ustawową do wydania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wskazując zakres (**standardy postępowania medycznego**), jak i cel tegoż rozporządzenia (**potrzeba zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych**).

Rozporządzenie jako akt wykonawczy może zostać wydane tylko na podstawie konkretnego przepisu upoważniającego, zawartego w ustawie, ponadto upoważnienie musi mieć charakter szczegółowy, tzn. musi „określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu” (art. 92 ust. 1 Konstytucji RP).

Sposób formułowania upoważnień znalazł bogate rozwinięcie w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. Przyjęło ono następujące ustalenia podstawowe:

- upoważnienie musi być wyraźne: nie można domniemywać udzielenia upoważnienia, brak wyraźnego upoważnienia do uregulowania jakiejś materii należy rozumieć jako nieudzielenie upoważnienia, upoważnienie nie podlega wykładni rozszerzającej ani celowościowej;
- upoważnienie musi być ujęte w sposób odpowiadający wymaganiom szczególności podmiotowej (wskazanie konkretnego organu), przedmiotowej (wskazanie zakresu spraw odesłanych do uregulowania) i treściowej (wskazanie podstawowych treści tego uregulowania);

- nieprawidłowo sformułowane upoważnienie narusza art. 92 ust. 1 Konstytucji RP; daje to podstawę do uznania niekonstytucyjności (więc – uchylecia) przepisu upoważniającego, a niekonstytucyjność przepisu upoważniającego pociąga za sobą niekonstytucyjność rozporządzeń wydanych na jego podstawie.

Wskazać należy, że przekroczenie zakresu delegacji ustawowej powinno stanowić o niekonstytucyjności konkretnego przepisu rozporządzenia.

W niniejszej sprawie § 8 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przekracza zakres delegacji ustawowej poprzez uszczuplenie prawa podmiotowego lekarzy anestezjologów, polegającego na gwarancji utrzymania zakresu uprawnień zawodowych potwierdzonych złożonym egzaminem państwowym.

Ustawodawca w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie wydał upoważnienia do ograniczenia uprawnień zawodowych lekarzy anestezjologów, lecz upoważnienie do określenia standardów postępowania medycznego w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Jak opisano powyżej, przepis § 8 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w zasadzie pozbawia lekarzy anestezjologów „jedynkowiczów” możliwości wykonywania świadczeń - stracili oni prawo do samodzielnego wykonywania znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego – dzieciom do 3 roku życia (włącznie) oraz wszystkim pacjentom, niezależnie od wieku, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniom wyższym niż III (czyli IV i V).

Ograniczenie uprawnień zawodowych lekarzy anestezjologów („jedynkowiczów”) z pewnością nie mieści się w delegacji do określenia standardów postępowania medycznego oraz przekracza upoważnienie ustawowe w postaci wytycznej polegającej na potrzebie zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych nie może być równoznaczne z prawem Ministra Zdrowia do ograniczania uprawnień zawodowych lekarzy w drodze przepisów rozporządzenia.

Podsumowanie

Przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wprowadzają ograniczenia uprawnień w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla lekarzy z pierwszym stopniem

specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, których wcześniej nie było. Stanowi to bez wątpienia arbitralne i nieproporcjonalne ograniczanie praw nabytych lekarzy anestezjologów i zostało wprowadzone bez należytego uzasadnienia. Są zatem podstawy do stwierdzenia, że powyższe przepisy są niezgodne z konstytucyjną zasadą państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP).

Ponadto, przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w ocenie Wnioskodawcy zostały wydane z przekroczeniem zakresu delegacji ustawowej wynikającej z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, gdyż delegacja ustawowa nie upoważnia Ministra Zdrowia do ograniczania uprawnień zawodowych lekarzy anestezjologów w drodze przepisów rozporządzenia.

Zarząd Krajowy

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

RADCA PRAWNY
Kajetan Kowar-Komarowski

PRZEWODNICZĄCY
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy
lek. Krzysztof Bakiel

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – odpis aktualny KRS Wnioskodawcy
2. Załącznik nr 2 - postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01)
3. Załącznik nr 3 - Statut OZZL
4. Załącznik nr 4 – postanowienie SR w Bydgoszczy z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIIINs-Rej.KRS/014410/14/029
5. Załącznik nr 5 – Uchwała Zarządu Krajowego OZZL nr 07/04/2015 z dnia 17 kwietnia 2015r.
6. Załącznik nr 6 – Protokół (skrótowy) z posiedzenia ZK OZZL w dniu 17 kwietnia 2015r. wraz z listą obecności
7. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz, lekarz dentysta uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia w okresie od 1951 r. do 1999 roku (na podstawie informacji ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej).

8. Program studiów specjalizacyjnych I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii z r. 1983.
9. Projekt zaskarżonego rozporządzenia z dnia 11 lipca 2012 r. wraz z jego uzasadnieniem: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia ... 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.