

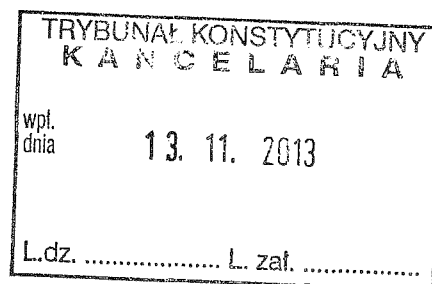


Rzeczpospolita Polska
PROKURATOR GENERALNY

PG VIII TK 24/13

K 6/13

Warszawa, dnia ¹² listopada 2013 r.



TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku z wnioskiem Naczelnej Rady Lekarskiej „o zbadanie zgodności:

1. art. 67j ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j. t. Dz. U. z 2012 r., Nr 30, poz. 159) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660) z art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2, art. 78 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 i art. 13 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.),
2. art. 67i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j. t. Dz. U. z 2012 r., Nr 30, poz. 159) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660) z

art. 45 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji oraz z art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)”

– na podstawie art. 33 w związku z art. 27 pkt 5 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.) –

przedstawiam następujące stanowisko:

1) art. 67i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity – Dz. U. z 2012 r., poz. 159) nie jest niezgodny z art. 45 ust. 1 w związku z art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, z 1995 r. Nr 36, poz. 175, 176 i 177, z 1998 r. Nr 147, poz. 962 oraz z 2003 r. Nr 42, poz. 364);

2) art. 67j ust. 7 ustawy powołanej w pkt 1 nie jest niezgodny z art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2 i art. 78 Konstytucji RP oraz art. 6 ust. 1 i art. 13 Konwencji, o której mowa w pkt 1.

U Z A S A D N I E N I E

Naczelna Rada Lekarska (dalej także: Wnioskodawca lub NRL) wniosła do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności art. 67i ust. 2 oraz art. 67j ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity – Dz. U. z 2012 r., poz. 159) [dalej: ustawa o prawach pacjenta i RPP] z powołanymi w *petitum* wniosku wzorcami konstytucyjnej kontroli oraz art. 6 ust. 1 i art. 13 Konwencji o ochronie praw

człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, z 1995 r. Nr 36, poz. 175, 176 i 177, z 1998 r. Nr 147, poz. 962 oraz z 2003 r. Nr 42, poz. 364) [dalej: Konwencja].

Zdaniem Wnioskodawcy, istota zaistniałego na gruncie zaskarżonych przepisów problemu konstytucyjnego polega na naruszeniu przysługującego lekarzom prawa do sądu i zamknięciu drogi sądowej w zakresie weryfikacji orzeczeń wojewódzkich komisji do spraw zdarzeń lekarskich (dalej: także wojewódzkich komisji), które to przepisy zostały wprowadzone na mocy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660) [dalej: ustawa zmieniająca]. Niekonstytucyjność tej regulacji, jak podnosi Wnioskodawca, wynika zatem z braku zapewnienia lekarzom prawa do sądu na skutek nieodpowiedniego ukształtowania ustroju i pozycji organu rozpoznającego sprawę.

Odnosząc się do treści art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP NRL stwierdza, że „[w]ydane przez wojewódzką komisję orzeczenie rozstrzyga o zdarzeniu medycznym, orzeczenie to kończy postępowanie w sprawie i jest rozstrzygnięciem co do istoty sprawy. Stwierdzenie zaistnienia zdarzenia medycznego jest jednoznaczne z ustaleniem popełnienia błędu lekarskiego. Tym samym, orzeczenie wojewódzkiej komisji wpływa na opinię i dobre imię lekarza, a w konsekwencji na zawodowy interes samorządu lekarzy. Kwestionowana regulacja w istocie pozbawia lekarzy konstytucyjnie gwarantowanego prawa do ochrony czci i dobrego imienia (art. 47 Konstytucji)” [uzasadnienie wniosku, s. 4–5].

Z kolei regulacja art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP narusza, w ocenie Wnioskodawcy, prawo do odpowiednio ukształtowanej

procedury sądowej, zgodnej z wymogami sprawiedliwości i jawności oraz prawo lekarzy do obrony, gdyż „prowadzi do nierówności stron w postępowaniu toczącym się przed wojewódzką komisją”, ponieważ „do udziału w postępowaniu nie jest uprawniony sam lekarz obwiniony o zdarzenie medyczne. Nie ma on też w konsekwencji, prawa do odwołania od orzeczenia wojewódzkiej komisji. W ten sposób, lekarze zostali pozbawieni prawa do sądu poprzez: pozbawienie ich możliwości obrony i przedstawienia swojego stanowiska w sprawie. Prowadzi to do naruszenia art. 45 ust. 1 Konstytucji oraz art. 32 ust. 1 Konstytucji odnoszącego się do konstytucyjnej zasady równości. Należy podkreślić, że w analizowanej sytuacji, lekarz jest pozbawiony prawa do bezpośredniego udziału w postępowaniu pomimo, że omawiane postępowanie dotyczy sfery jego praw i dóbr osobistych. Prowadzi to do naruszenia zasady obiektywizmu postępowania” [uzasadnienie wniosku, s. 5].

W dalszej części uzasadnienia wniosku NRL wskazała, że „[k]luczowym w sprawie wydaje się ustalenie czy w niniejszym przypadku możemy mówić o sprawie w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji” po czym, powołując się na wyrażaną w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego dyrektywę, aby prawem do sądu obejmować możliwie najszerszy zakres spraw, stwierdziła, że, Jej zdaniem, „w niniejszym przypadku – mimo, iż przedmiotem kontroli objęte są przepisy kształtujące procedurę postępowania przed organem pozasądowym – „mamy do czynienia ze sprawą w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji. Orzeczenie wojewódzkiej komisji kończy postępowanie w sprawie. Jest rozstrzygnięciem co do istoty sprawy. Wydane przez wojewódzką komisję orzeczenie rozstrzyga o zdarzeniu medycznym. Stwierdzenie zdarzenia medycznego jest jednoznaczne ze stwierdzeniem popełnienia błędu lekarskiego, a tym samym takie orzeczenie wpływa na opinię i dobre imię zarówno lekarza, jak też samego podmiotu – placówki medycznej, w której lekarz jest zatrudniony. Powyższy fakt w ocenie Wnioskodawcy, podkreśla potrzebę zapewnienia weryfikacji orzeczeń wojewódzkich komisji przez organ sądowy

lub co najmniej organ nadzorujący prawidłowość funkcjonowania komisji. W ocenie Wnioskodawcy, w niniejszym przypadku lekarze pozbawieni zostali konstytucyjnie gwarantowanego prawa do ochrony czci i dobrego imienia (art. 47 Konstytucji)” [uzasadnienie wniosku, s. 10 i 11].

Zdaniem Wnioskodawcy, „postępowanie przed wojewódzką komisją i postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej oraz postępowanie karne toczące się w związku z możliwością popełnienia błędu lekarskiego przez tę samą osobę lekarza są od siebie zależne. W każdym z wymienionych postępowań rozstrzyga się o prawidłowości działania i podjętych przez lekarza decyzji. Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne (art. 67i ust. 1 ustawy o prawach pacjenta), czyli czy mamy do czynienia z działaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną (art. 67a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). W przypadku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza oraz postępowania karnego lekarzowi, którego dotyczą te postępowania służą odpowiednie środki prawne umożliwiające wzruszenie wadliwego orzeczenia. W przypadku postępowania przed wojewódzką komisją, która orzeka w tym samym przedmiocie, tj. popełnienia błędu lekarskiego (zaistnienia zdarzenia medycznego), lekarzowi nie służą żadne środki prawne pozwalające na jakiegokolwiek zakwestionowanie orzeczenia. Nie sposób odmówić prawdziwości stwierdzeniu, że w sytuacji ustalenia zaistnienia zdarzenia medycznego przez wojewódzką komisję, niezakwestionowanego skutecznie przez którąkolwiek ze stron, takie orzeczenie będzie miało wpływ na odpowiedzialność lekarza, który jednak nie miał możliwości podjęcia polemiki z twierdzeniami komisji i pokrzywdzonego. Nie sposób pominąć okoliczności, że orzeczenie wojewódzkiej komisji stwierdzające popełnienie błędu lekarskiego, czyli stwierdzające działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną mimo iż nie przesądza winy lekarza, to jednak będzie miało wpływ na pozostałe dwa postępowania dotyczące

odpowiedzialności lekarza. W związku z tą kwestią podstawową dla sfery prawnej podmiotów prawa wykonujących zawód lekarza, niezwykle istotne jest zapewnienie tej grupie podmiotów zainteresowanych możliwości aktywnego udziału w postępowaniach przed wojewódzkimi komisjami, w tym przede wszystkim możliwości prawnego kwestionowania orzeczeń komisji” (uzasadnienie wniosku, s. 12–13).

Wnioskodawca dalej dowodzi, iż zaskarżone przepisy nie zapewniają nie tylko kontroli instancyjnej, ale również zaskarżalności wydanego przez wojewódzką komisję orzeczenia do innego podmiotu, co, w Jego ocenie, „stanowi (...) naruszenie nie tylko Konstytucji, ale również art. 6 ust. 1 Konwencji z 4 listopada 1950 r. o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. 1993 Nr 61, poz. 284 ze zm.), dalej <EKPCz> statuującego prawo do sądu oraz art. 13 EKPCz, gwarantującego prawo do skutecznego środka odwoławczego w postępowaniu publicznym. Z art. 13 EKPCz wynika wymóg, by prawo krajowe ustanawiało skuteczny środek odwoławczy na ewentualne naruszenie wynikającego z art. 6 ust. 1 EKPCz prawa do uzyskania wiążącego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd, oraz prawa do odpowiedniego ukształtowania ustroju i pozycji organu rozpoznającego sprawę” (uzasadnienie wniosku, s. 13).

Wnioskodawca zarzuca nadto, iż kwestionowane przepisy nie zapewniają kontroli rozstrzygnięć wojewódzkich komisji, „mimo, że mamy tu do czynienia z ingerencją w konstytucyjne prawa i wolności (prawo do ochrony czci i dobrego imienia), prowadząc tym samym do naruszenia art. 45 ust. 1 oraz art. 77 ust. 2 Konstytucji”, oraz, że „prawo do kontroli rozstrzygnięć wojewódzkiej komisji nie przysługuje samemu lekarzowi, godząc w jego prawo do obrony. Przyjęta regulacja nie zamyka drogi sądowej dochodzenia praw dla pacjenta, dyskryminując jednak wyraźnie lekarzy, którym odmawia prawa do wniesienia środka odwoławczego, a także prawa do rozpatrzenia sprawy w drodze postępowania sądowego” (uzasadnienie wniosku, s. 13–14).

Zdaniem Wnioskodawcy, „[p]owyższe naruszenia stanowią również o niezgodności analizowanej regulacji z podstawowymi zasadami demokratycznego państwa prawa wynikającymi z art. 2 Konstytucji, jak np. zasada zaufania obywateli do państwa i prawa, czy zasada sprawiedliwości społecznej. Ponowne rozpoznanie sprawy przez ten sam organ – wojewódzką komisję nie gwarantuje bowiem należytego prawa do weryfikacji rozstrzygnięcia decydującego o uznaniu, że w danej sprawie mamy do czynienia z błędem lekarskim i odpowiedzialnością podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych” (uzasadnienie wniosku, s. 14).

Z kolei zarzut niekonstytucyjności art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP jest uzasadniony, zdaniem NRL, tym, że, zgodnie z treścią tego przepisu, „do udziału w postępowaniu nie jest uprawniony sam lekarz obwiniony o zdarzenie medyczne. Nie ma on też w konsekwencji prawa do odwołania od orzeczenia wojewódzkiej komisji. Taka konstrukcja przepisu przeczy, zdaniem Wnioskodawcy, wywodzonej z art. 2 Konstytucji zasadzie sprawiedliwości społecznej oraz zasadzie prawa do sądu w związku z konstytucyjną zasadą równości. Lekarz jest pozbawiony prawa do bezpośredniego udziału w postępowaniu mimo, że w istocie stanowi stronę tego postępowania. Prowadzi to do naruszenia zasady obiektywizmu postępowania” (uzasadnienie wniosku, s. 15).

Wnioskodawca stwierdza, że „[w] niniejszej sprawie przedmiotem zarzutu jest pominięcie prawodawcze” oraz że niezgodność art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP z art. 45 ust. 1 Konstytucji polega na tym, że narusza on „składające się na prawo do sądu prawo do odpowiednio ukształtowanej procedury sądowej, zgodnej z wymogami sprawiedliwości i jawności oraz prawo do obrony. Przepis prowadzi do nierówności stron w postępowaniu toczącym się przed wojewódzką komisją (art. 32 ust. 1 Konstytucji). Prawo do obrony zostało wprawdzie ujęte w odrębnym przepisie art. 42 Konstytucji, jednakże co znajduje potwierdzenie w orzecznictwie

Trybunału Konstytucyjnego, ma ono zastosowanie do postępowania karnego. W innych dziedzinach postępowania sądowego prawo do obrony można wywodzić z prawa do sądu i zasady równości, co niniejszym Wnioskodawca czyni” (uzasadnienie wniosku, s. 16).

Uzasadniając zarzut nierówności wobec prawa Wnioskodawca stwierdził, że „cechę relewantną należy odnieść do stron postępowania przed wojewódzką komisją. Stroną jest pacjent, który występuje do komisji o stwierdzenie, że doszło w jego sprawie do zdarzenia medycznego, będącego następstwem udzielonych świadczeń zdrowotnych. Za zdarzenie medyczne bezpośrednio odpowiedzialnym jest lekarz udzielający pomocy, sprawujący opiekę medyczną nad pacjentem. Ustawodawca przyznał prawo do udziału w postępowaniu jedynie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym doszło do zdarzenia medycznego, odbierając samemu lekarzowi prawo do bezpośredniego udziału w postępowaniu. Zdaniem Wnioskodawcy, godzi to w powołane zasady konstytucyjne, to lekarz bowiem, który uczestniczył w zdarzeniu poddanemu ocenie wojewódzkiej komisji, bez wątplenia powinien mieć status strony w postępowaniu. Zaskarżona regulacja stwarza nierówność wobec prawa, gdyż pacjent i lekarz w postępowaniu przed wojewódzką komisją powinni być traktowani jako równoprawne strony tego sporu prawnego, mające równe prawa i równe obowiązki. Nierówność wobec prawa należy rozpatrywać, w tym przypadku, jako nierówność stron procesowych, ukształtowaną przez przepisy zaskarżonej ustawy” (uzasadnienie wniosku, s. 17).

Zdaniem Wnioskodawcy, „[p]rzyjęty w zaskarżonym przepisie model postępowania nie odpowiada również zasadom postępowania obowiązującym w demokratycznym państwie prawa. Przeczy również standardom wywodzonym z art. 6 ust. 1 Konwencji z dnia 4 listopada 1950 r. o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Prawo do obrony, jak wskazuje się w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka obejmuje, m.in. uprawnienie

oskarżonego do udziału w rozprawie. Gwarancja ta jest najszerzej pojmowana w postępowaniu karnym i ma najpełniejsze podstawy prawne, ale znajduje też globalne zastosowanie w postępowaniu cywilnym i postępowaniu pozasądowym” (uzasadnienie wniosku, s. 18–19).

Jak ocenia Wnioskodawca, „w niniejszym przypadku nie budzi wątpliwości, że zasada równości broni składająca się na zasadę rzetelnego procesu doznała zupełnego wyłączenia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami. Lekarze zostali pozbawieni prawa do występowania w charakterze strony postępowania, pozbawieni prawa do wyrażenia swojego stanowiska i przedstawienia własnych racji i argumentacji. Zostali pozbawieni prawa do komentowania twierdzeń i dowodów strony przeciwnej. W orzecznictwie ETPCz podkreśla się, że zasada równości broni ma zastosowanie nawet wówczas, gdy sprawa dotyczy kwestii wypadkowej (zob. wyrok ETPCz z dnia 18 lutego 1997 r. w sprawie Nideröst–Huber). W tym kontekście właściwym wydaje się odniesienie tej zasady do postępowania przed wojewódzkimi komisjami, zwłaszcza że orzeczenie komisji może mieć pośrednie przełożenie na odpowiedzialność karną i dyscyplinarną lekarzy” (uzasadnienie wniosku, s. 19).

Przed przystąpieniem do rozważań merytorycznych konieczne wydaje się ustalenie legitymacji Naczelnej Rady Lekarskiej do wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie kontroli przepisów art. 67i ust. 2 i art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP.

Zgodnie z art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji, legitymacja ogólnokrajowych organów związków zawodowych oraz ogólnokrajowych władz organizacji pracodawców i organizacji zawodowych w zakresie kontroli prawa ma ograniczony charakter. Podmioty wskazane w art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji mogą wystąpić z wnioskiem, jeżeli akt normatywny dotyczy spraw objętych ich zakresem działania (art. 191 ust. 2 Konstytucji).

Z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika, że art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji miał na celu objęcie ochroną tylko takich interesów wymienionych w nim podmiotów, „które mają pewien wspólny mianownik”; są to – odpowiednio – interesy pracodawców w związku z zatrudnianiem pracowników, interesy pracownicze oraz interesy związane z wykonywaniem zawodu (*vide* – postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 17 marca 2003 r., w sprawie o sygn. akt Tw 63/02, OTK ZU seria B nr 1/2003, poz. 11; 25 lutego 2003 r., w sprawie o sygn. akt Tw 77/02, OTK ZU seria B nr 3/2003, poz. 163; 19 marca 2003 r., w sprawie o sygn. akt Tw 73/02, OTK ZU seria B nr 2/2003, poz. 80; 21 maja 2003 r., w sprawie o sygn. akt Tw 6/03, OTK ZU seria B nr 2/2003, poz. 85 oraz 28 stycznia 2004 r., w sprawie o sygn. akt Tw 74/02, OTK ZU seria B nr 1/2004, poz. 2).

Zgodnie też z utrwaloną linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego, legitymacja ogólnokrajowych władz organizacji zawodowych, w tym samorządów zawodowych zrzeszających osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, koncentruje się wokół spraw dotyczących wykonywania określonego zawodu przez członków korporacji, szczególnie w aspekcie nałożonych obowiązków i przyznanych uprawnień, a zakres działania, o którym stanowi art. 191 ust. 2 Konstytucji, musi wynikać z Konstytucji, ustawy lub statutu, o ile ustawa zezwala na jego statutowe doprecyzowanie (*vide* – postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 8 stycznia 2008 r., w sprawie o sygn. akt Tw 39/07, OTK ZU seria B nr 2/2008, poz. 48 i 20 marca 2002 r., w sprawie o sygn. akt K 42/01, OTK ZU seria A nr 2/2002, poz. 21).

Zgodnie z art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.) [dalej: ustawa o izbach lekarskich], członkowie izb lekarskich stanowią samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyków, który reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentystry oraz sprawuje pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Ustawa o izbach lekarskich określa zadania poszczególnych organów występujących w imieniu tego samorządu zawodowego.

Zgodnie z art. 35 tej ustawy, jednym z organów Naczelnej Izby Lekarskiej jest Naczelna Rada Lekarska, która kieruje działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej w okresie między krajowymi zjazdami lekarzy. Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, do zakresu działania Naczelnej Rady Lekarskiej należy, między innymi: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez członków samorządu lekarzy (pkt 1); upowszechnianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie (pkt 2); reprezentowanie i ochrona interesów zawodowych członków samorządu lekarzy (pkt 3) oraz podejmowanie działań na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy (pkt 4 w związku z art. 5 pkt 14).

Z punktu widzenia przedmiotu niniejszej sprawy istotne znaczenie ma przede wszystkim umocowanie Wnioskodawcy do reprezentowania i ochrony interesów zawodowych członków samorządu lekarzy (art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich).

Zgodnie z dotychczasowym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, upoważnienie do kwestionowania przed Trybunałem aktu normatywnego jako dotyczącego „spraw objętych zakresem działania” organów samorządu zawodowego wiąże się z interesem prawnym danego samorządu oraz z interesem prawnym członków tej organizacji, do którego reprezentowania dany organ jest powołany (*vide* – postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 września 1996 r., w sprawie o sygn. akt T. 35/96, OTK ZU nr 5/1996, poz. 45).

W niniejszej sprawie Wnioskodawca skupia się na zagadnieniach dotyczących postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, wprowadzonymi na mocy ustawy zmieniającej.

Przedmiotem zaskarżenia uczynił On przepis ustawy o prawach pacjenta i RPP nieprzewidujący udziału lekarzy w posiedzeniach wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych, jak również przepis niezapewniający lekarzom prawa do odwołania się od orzeczeń tych komisji.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że kwestionowane unormowania mieszczą się w ramach umocowania NRL do reprezentowania i ochrony interesów lekarzy. Brak udziału lekarzy w postępowaniach zmierzających do ustalenia zdarzeń medycznych, a także brak możliwości odwołania się lekarzy od orzeczeń „o zdarzeniu medycznym” może bowiem dotyczyć interesów tych lekarzy bądź lekarzy dentystów (w ich subiektywnym odczuciu), którzy uczestniczyli w procesie, objętego postępowaniem komisji, świadczenia zdrowotnego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, zważywszy że zdarzenie medyczne zostało zdefiniowane w ustawie zmieniającej jako zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia lub zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego (art. 67a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

NRL jest zatem uprawniona do wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie jako reprezentacja samorządu lekarzy i lekarzy dentystów.

Reasumując, skoro treść przepisów kwestionowanych przez Wnioskodawcę mieści się w pojęciu spraw objętych zakresem działania Naczelnej Rady Lekarskiej, to możliwe jest ich zbadanie przez Trybunał Konstytucyjny zgodnie z art. 191 ust. 2 ustawy zasadniczej.

Przechodząc do rozważań merytorycznych należy stwierdzić, że ustawa zmieniająca wprowadziła nowe, **konkurencyjne wobec dotychczasowych,**

zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu powstania u pacjenta szkody w procesie świadczenia zdrowotnego udzielanego w szpitalu.

Przed wszystkim w oparciu o nowe przepisy możliwe jest pozasądowe dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienia z tego tytułu.

Pozasądowe dochodzenie roszczeń ma w tym przypadku niebagatelne znaczenie dla pacjenta, który do tej pory musiał latami oczekiwać na odszkodowanie lub zadośćuczynienie, ponieważ jedyną możliwą drogą ich uzyskania był zwykle długotrwały proces sądowy z powództwa cywilnego.

W stanie prawnym przed nowelizacją wszelkie roszczenia wynikające z tytułu powstania u pacjenta konkretnej szkody w procesie świadczenia zdrowotnego były bowiem sprawami cywilnymi w rozumieniu art. 1 k.p.c., ze wszelkimi tego konsekwencjami (dopuszczalność drogi sądowej, kognicja sądów powszechnych). Nowe przepisy ułatwiają więc w takich przypadkach uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia osobom poszkodowanym według zasad określonych w rozdziale 13a ustawy o prawach pacjenta i RPP.

Jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy zmieniającej, tworząc nowe przepisy wzorowano się na systemie nordyckim, uznawanym powszechnie za najbardziej przyjazny pacjentowi (*vide* – uzasadnienie ustawy zmieniającej, Sejm VI kadencji, druk sejmowy numer 3488).

W uzasadnieniu ustawy zmieniającej wskazano, że „system nordycki (który poza Szwecją wprowadziły: Finlandia – 1987 r., Norwegia – 1988 r. oraz Dania – 1992 r.) był wprowadzany stopniowo. Na początku (ze względu na brak konsensusu, a także z uwagi na brak podobnych regulacji w innych krajach, a więc i brak odniesienia do sprawdzonych doświadczeń) zamiast rozwiązania legislacyjnego wybrano koncepcję dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, które zaczęło funkcjonować w Szwecji od 1 stycznia 1975 r. Na tej podstawie ubezpieczenie pacjentów miało być wdrożone we wszystkich instytucjach publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. Do 31 grudnia 1994 r. takie ubezpieczenie było zarządzane przez konsorcjum (w składzie: Folksam,

Länsförsäkringsbolagen, Skandia i Trygg–Hansa), a podmioty świadczące publiczną i prywatną opiekę zdrowotną przyjęły dobrowolne zobowiązanie na rzecz rekompensat za szkody w leczeniu, mające bezpośredni związek z zastosowanym leczeniem. Takie rozwiązanie oznaczało znacznie większą szansę rekompensaty dla pacjentów poszkodowanych w trakcie leczenia, gdyż odszkodowanie było realizowane bez rozstrzygnięcia o błędzie (niedbalstwie) konkretnych osób (oddzielono kwestię odpowiedzialności od sprawy odszkodowania). Przedmiotem odszkodowania były początkowo tylko niektóre szkody o charakterze urazów fizycznych, w tym zakażenia szpitalne (żółtaczką została potraktowana odrębnie) i szkody związane z porodem. W 1994 r. konsorcjum ubezpieczeń pacjentów przestało funkcjonować (z uwagi na przepisy dotyczące konkurencji). W tym samym roku powołano przy Premierze Szwecji Komisję ds. Ubezpieczeń Pacjentów, która zajęła się przygotowaniem ustawy o Poszkodowanych Pacjentach, która weszła w życie dnia 1 stycznia 1997 r. Szwedzka Ustawa o Poszkodowanych Pacjentach nie zastępuje odpowiedzialności cywilnej, ale stanowi dlań alternatywę. **Takie samo rozwiązanie zaproponowano w projekcie, dokonując odpowiedniej zmiany w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, poprzez wprowadzenie art. 17a, który reguluje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, nie zawężając go do obowiązku zawarcia umowy OC. Ponadto w projektowanej ustawie, podobnie jak w systemie nordyckim, pacjent ma wybór co do możliwości skorzystania z drogi sądowej lub z pozasądowego sposobu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych (podkr. wł.)”** (uzasadnienie ustawy zmieniającej, op. cit.).

Zgodnie z art. 67k ust. 5 ustawy o prawach pacjenta i RPP, podmiot składający wniosek (pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo spadkobiercy pacjenta) podejmuje decyzję, czy przyjmie przedstawioną mu przez zakład ubezpieczeń propozycję odszkodowania, albo zadośćuczynienia, czy też skieruje powództwo do sądu cywilnego, co oznacza, że „[w] postępowaniu przed

wojewódzką komisją podmiot składający wniosek do końca rozporządza swoim prawem, może bowiem wycofać wniosek – bez ponoszenia dodatkowych kosztów oraz nie przyjąć propozycji odszkodowania albo zadośćuczynienia oferowanej przez zakład ubezpieczeń” (uzasadnienie ustawy zmieniającej, op. cit.).

Zgodnie z art. 67b ust. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta i RPP, postępowanie przed wojewódzką komisją **zawiesza się** w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo (po zakończeniu tych postępowań, postępowanie przed wojewódzką komisją podejmuje się z urzędu) albo **nie wszczyna się, a wszczęte umarza** w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie.

W uzasadnieniu ustawy zmieniającej wskazano, że „[p]ostępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o błędach medycznych (w toku prac parlamentarnych wyrażenie „błąd medyczny” zastąpiono wyrażeniem „zdarzenie medyczne” – przyp. wł.) **jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo–mediacyjnego** (podkr. wł.)” [uzasadnienie ustawy zmieniającej, op. cit.].

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o błędach medycznych w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zaistnieniu zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła jego śmierć, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia pacjenta albo śmiercią pacjenta (art. 67c ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Wojewódzka komisja składa się z 16 osób będących specjalistami z dziedzin medycyny i prawa, z których 14 powołuje wojewoda spośród

kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe zawodów medycznych (4 osoby) i prawniczych (4 osoby) oraz organizacje pacjentów działające na terenie województwa (6 osób), zaś po jednym członku komisji powołuje Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. 8 członków komisji musi posiadać co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych i wykonywać zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadać stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych, natomiast 8 członków – posiadać co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, przy czym osoby te musiały być przez okres co najmniej 5 lat zatrudnione na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa, albo posiadać stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych. Niezależnie od tego wszyscy członkowie wojewódzkiej komisji muszą posiadać wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystać z pełni praw publicznych. Komisje orzekają w terminie nie dłuższym niż 4 miesiące od dnia złożenia wniosku (art. 67e i art. 67j ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Wojewódzka komisja orzeka (pisemnie) o zdarzeniu medycznym, czyli o nieprawidłowym pod względem medycznym udzieleniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu, z którym wiąże się szkoda na osobie, albo o braku zdarzenia medycznego (wraz z uzasadnieniem) [art. 67j ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPP]. Wojewódzka komisja nie ustala natomiast wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, ponieważ kwestie te pozostawione zostały do uzgodnienia pomiędzy pacjentem a ubezpieczycielem, który zawarł odpowiednią umowę ubezpieczenia ze szpitalem, w którym doszło do zdarzenia medycznego i który jest obowiązany przedstawić pacjentowi propozycję naprawienia szkody, odnosząc się niejako do propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia zawartej we wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (*vide* – art. 67d ust. 1 pkt 9 i art. 67k ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Zgodnie z art. 67k ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP, wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji zakładu ubezpieczeń podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne, co oznacza, że w tym zakresie nie może już dochodzić od szpitala dalszych roszczeń ani w postępowaniu przed komisją, ani w postępowaniu cywilnym przed sądami powszechnymi.

W art. 67k ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP wprowadzono maksymalną wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta jest to kwota 100.000 złotych, zaś w przypadku śmierci pacjenta – 300.000 złotych.

Podmiotowi składającemu wniosek, szpitalowi oraz zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo do złożenia umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem i wniosek ten wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania (art. 67j ust. 7 i 8 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Podmiotowi składającemu wniosek, szpitalowi oraz zakładowi ubezpieczeń przysługuje również prawo do złożenia skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, przy czym skargę tę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. Skargę rozstrzyga komisja w powiększonym, sześciuosobowym składzie w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania (art. 67m ustawy o prawach pacjenta i RPP).

W doktrynie nowy, wprowadzony ustawą zmieniającą, tryb kompensacji szkód powstałych w procesie udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych w trakcie ich pobytu w szpitalu spotkał się z pozytywną oceną.

K. i H. Frąckowiak stwierdzają, że „założenia nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta są słuszne, propozycja zaś dochodzenia odszkodowań w alternatywnym do postępowania sądowego trybie – niezmiernie pożądana” (K. i H. Frąckowiak, *Organizacja i funkcjonowanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – rozważania na tle nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, PALESTRA, nr 9–10/2013, s. 136).

Wymienieni Autorzy podkreślają, że postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych „jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo–mediacyjnego. Jego celem jest zaś ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Znamienne jest, że komisja w ogóle nie rozstrzyga kwestii szkody, jej wysokości i należnych z tego tytułu roszczeń pieniężnych. Kwestie te zostały wyłączone z kompetencji komisji i należą do decyzji podmiotów najbardziej zainteresowanych – poszkodowanego zdarzeniem medycznym (jego przedstawiciela ustawowego bądź spadkobierców) oraz ubezpieczyciela”, a także, że ustawa zmieniająca „gwarantuje alternatywny sposób dochodzenia przez poszkodowanych pacjentów roszczeń odszkodowawczych za wymienione w niej zdarzenia medyczne”, zatem jedynie od decyzji poszkodowanego pacjenta „zależy, czy będzie dochodził należnych mu roszczeń przed komisją, czy też skieruje sprawę na drogę postępowania cywilnego przed właściwym sądem powszechnym” (ibidem, s. 134–135).

Jednocześnie K. i H. Frąckowiak wskazują, że „[o]gólnym kryterium decydującym o możliwości powstania odpowiedzialności jest wystąpienie okresowego uszczerbku (zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć) na skutek tylko takich decyzji, które są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną” oraz przypominają, że „przepisy dotyczące ustalania przez komisje odszkodowania i zadośćuczynienia stosuje się jedynie do zdarzeń medycznych

będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu” (ibidem, s. 133).

K. i H. Frąckowiak podnoszą również, że nie można pominąć (...) niezmiernie ważnego faktu, że **odpowiedzialność szpitala została zupełnie oderwana od pojęcia winy** (podkr. wł.)” [ibidem, s. 134].

Podobnie nową instytucję kompensacji „szkód medycznych” ocenia D. Karkowska, według której „[p]roponowany tryb rozpoznawania roszczeń odszkodowawczych ma stanowić alternatywę wobec zasad ogólnych określonych w kodeksie cywilnym. Oznacza to, iż od decyzji poszkodowanego zależy, czy będzie on dochodził odszkodowania i zadośćuczynienia przed jedną z wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, czy wybierze drogę sądową” (D. Karkowska, *Komentarz do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, <http://lex/lexcontent.rpc?reqId=138260306894792>).

D. Karkowska podkreśla, że „[o]gólnym kryterium decydującym o możliwości powstania **odpowiedzialności szpitala** (podkr. wł.) jest wystąpienie określonego uszczerbku (jak rozstrój zdrowia, uszczerbek ciała, zakażenie, śmierć) na skutek tylko takich decyzji, które są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną”, i wskazuje, że „[a]by komisja mogła wydać orzeczenie o zaistnieniu zdarzenia medycznego, muszą być spełnione następujące przesłanki:

- 1) zdarzenie medyczne wyrządzające szkodę, za które prawo czyni odpowiedzialnymi podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 2) szkoda mająca charakter majątkowy na osobie i/lub niemajątkowa (doznana krzywda);
- 3) związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem medycznym a szkodą” (ibidem).

W dalszej części komentarza do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i RPP D. Karkowska podnosi, że „[z]darzenie medyczne dotyczy czynów popełnianych przez każdą osobę, która w jakimś sensie uczestniczy w procesie

świadczenia zdrowotnego w trakcie pobytu w szpitalu, **a więc nie tylko lekarza** (podkr. wł.), ale także pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, salowej itd. **Komisja wojewódzka nie orzeka w kwestii rozmiaru szkody ani winy, ale ustala, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne** (podkr. wł.). Musi więc najpierw stwierdzić, że zdarzenie pozostaje w związku przyczynowym z jakąś szkodą, aby dokonać ustalenia, czy to zdarzenie było zdarzeniem medycznym, czy nie. **Nie jest konieczne wykazanie winy (w znaczeniu subiektywnym) członka personelu medycznego lub winy własnej szpitala. W trakcie postępowania zbędne będzie więc rozważanie umyślności czy niedbalstwa po stronie personelu medycznego czy szpitala** (podkr. wł.). Przesłanką odpowiedzialności ma być wyłącznie działanie niezgodne z zasadami wiedzy medycznej, **bez potrzeby ustalania przyczyny takiego postępowania** (podkr. wł.)” [ibidem].

Na marginesie należy odnotować, że D. Karkowska upatruje niekonstytucyjności komentowanej ustawy, ale tylko w tym, że ma ona zastosowanie **jedynie** do przypadków, które wydarzyły się w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) [dalej: ustawa o działalności leczniczej], co oznacza, że poza zakresem komentowanej regulacji pozostają przypadki wyrządzenia szkód przez osoby wykonujące zawody medyczne **poza szpitalami** w ramach działalności leczniczej innej niż szpitalna, działalności leczniczej ambulatoryjnej czy w ramach praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych (np. leczenie w prywatnym gabinecie lekarskim).

W takim wypadku, jak podnosi D. Karkowska, pacjentowi pozostaje dochodzenie odszkodowania na zasadach ogólnych przewidzianych w Kodeksie cywilnym. Argument, iż w szpitalach przeprowadzane są bardziej

skomplikowane procedury medyczne, w przypadku których istnieje większe ryzyko zaistnienia błędu medycznego (*vide* – powołane wcześniej uzasadnienie projektu ustawy zmieniającej) nie jest, w ocenie tej Autorki, „wystarczający do uzasadnienia zróżnicowania sytuacji pacjentów <szpitalnych> i <nieszpitalnych>” z tego względu, że „[r]ównież świadczenie usług medycznych w warunkach pozaszpitalnych niesie wiele zagrożeń” (*ibidem*).

W tym stanie rzeczy D. Karkowska uważa, iż „komentowany zapis ustawy nie zapewnia obywatelom polskim równego traktowania (narusza art. 32 Konstytucji RP – przyp. wł.). Osoba poszkodowana w szpitalu może skorzystać z szybszej i łatwiejszej formy kompensacji powstałej szkody, natomiast osoba poszkodowana przez podmiot wykonujący zawód medyczny poza szpitalem ma zamkniętą pozasądową drogę do uzyskania rekompensaty. Tym samym dochodzi do nierównego traktowania obywateli. Docelowo wszyscy poszkodowani powinni mieć wybór, czy dochodzą roszczeń przed wojewódzką komisją, czy przed sądem powszechnym” (*ibidem*).

Dla określenia istoty komentowanej instytucji kompensaty „szkód medycznych” ważne wydaje się odkodowanie treści wyrażenia „zdarzenie medyczne”, zawartego w art. 67a ustawy o prawach pacjenta i RPP.

Przepis ten brzmi:

„1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
 - 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
 - 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego
- zwanego dalej <zdarzeniem medycznym>.

2. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.”.

Zdarzenie medyczne to przede wszystkim następstwo podjętego w szpitalu działania leczniczego (świadczenia medycznego), niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Zdaniem D. Karkowskiej, „[z]darzenie medyczne to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej; jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie nauk medycznych. Ustalenie zdarzenia medycznego wymaga odwołania się do specjalistycznej wiedzy medycznej” (D. Karkowska, op. cit.).

Zdaniem D. Karkowskiej, „[p]rzyczyny zdarzeń medycznych mogą być następujące: 1) nieznanomość zasad wiedzy; 2) przeoczenie objawów choroby lub dających się stwierdzić właściwości organizmu, w tym także z powodu niewykorzystania środków pomocniczych; 3) niewłaściwe przyporządkowanie danego przypadku określonym regułom; 4) niedbałe wykonywanie czynności leczniczych.

W zakresie diagnozy zdarzenie medyczne polega na stwierdzeniu choroby nieistniejącej bądź na nierozpoznanie choroby rzeczywistej, co zazwyczaj wynika z wadliwych przesłanek, którymi kierował się lekarz. Niewłaściwe rozpoznanie może nie znajdować potwierdzenia w objawach, być konsekwencją nieprzeprowadzenia badań pomocniczych, niedokładnego zebrania wywiadu. W zakresie leczenia zdarzenie medyczne polega na wyborze niewłaściwego sposobu leczenia, na zaordynowaniu nieodpowiedniego leku, także przy prawidłowej diagnozie.

Zakażenie jest to wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego (art. 2 pkt 32 u.ch.z.) [chodzi tutaj o ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, tekst jednolity – Dz. U. z 2013 r., poz. 947]. Natomiast

zakażenie szpitalne jest to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania (art. 2 pkt 33 u.ch.z.)” [ibidem].

Według cytowanej wyżej Autorki, „komisja będzie musiała dokonywać wyraźnego rozróżnienia zdarzeń medycznych od szkód, które nie są takimi zdarzeniami. Jeżeli przykładowo przez pomyłkę zoperowany zostanie niewłaściwy pacjent, to chociaż sam zabieg będzie wykonany technicznie prawidłowo, nastąpi naruszenie reguł ostrożności. Nie będzie ono jednak oceniane w kategoriach zdarzenia medycznego, ponieważ lekarz nie zdawał sobie sprawy z tego, że nie wykonuje faktycznie zabiegu leczniczego. Zdarzeniem medycznym będą natomiast wszelkie przypadki niewłaściwego wykonania zabiegu operacyjnego, takie jak zbytne rozszerzenie pola operacyjnego albo uszkodzenie podczas zabiegu zdrowych narządów, zbędne przecinanie naczyń krwionośnych, nieopanowanie krwawienia. Przykładem może być tutaj odmowa leczenia czy posługiwanie się niesprawnym sprzętem. Działaniem niezgodnym z aktualną wiedzą może być odmowa leczenia, gdy lekarz podejmie nieodpowiednią decyzję na podstawie błędnej diagnozy i tym samym opóźni właściwe leczenie. W niektórych przypadkach szkoda wyrządzona niesprawnym sprzętem może być też kwalifikowana jako zastosowanie określonego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego” (ibidem).

Z kolei T. Sroka wskazuje, że zawarte w art. 67a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPP wyrażenie „zdarzenie medyczne” jest **pojęciem normatywnym** i przypomina, że definicja tego pojęcia „miała stanowić definicję błędu medycznego, jednak na etapie prac legislacyjnych pojęcie błędu medycznego zostało zastąpione terminem <zdarzenie medyczne>” (T. Sroka, *Tak zwany błąd medyczny w dotychczasowej literaturze i orzecznictwie*, [w:]

Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, <http://lex/lex/content.rpc?reqId=138260320047792>).

W ocenie T. Sroki, „[s]formułowanie <zdarzenie medyczne> jest zbliżone do pojęcia <błąd medyczny>, ale nie może być z nim utożsamiane, choćby ze względu na ograniczenie jego zastosowania jedynie do zdarzeń zaistniałych w szpitalu” (ibidem).

Wspomniany Autor, porównując ze sobą pojawiające się w literaturze terminy, takie jak: błąd w sztuce lekarskiej, błąd w sztuce medycznej, błąd lekarski czy błąd medyczny, zauważa, iż „niewątpliwie pojęcia <błąd w sztuce lekarskiej> czy <błąd lekarski> są zakresowo węższe od pozostałych. Odnoszą się one bowiem jedynie do działalności lekarzy, podczas gdy termin błąd medyczny może być wykorzystany w ocenie postępowania także innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Przykładowo w literaturze wskazuje się, że błąd w zakresie diagnozy lub terapii pacjenta może popełnić każda osoba uczestnicząca w tym procesie, a nie jedynie lekarz; przede wszystkim może to być osoba wykonująca inny zawód medyczny, jak pielęgniarka czy położna” (ibidem).

W konsekwencji T. Sroka opowiada się za używaniem terminu „**błąd medyczny**”, ponieważ, Jego zdaniem, „nie jest trafne takie konstruowanie pojęcia błędu, które ogranicza go jedynie do postępowania lekarza, pomijając inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych” takie jak, na przykład, pielęgniarki, położne czy ratownicy medyczni, „którzy również mają obowiązek postępować zgodnie ze wskazaniem wiedzy i praktyki medycznej” (ibidem).

Co do samego charakteru błędu medycznego (błędu w sztuce lekarskiej) do niedawna w doktrynie panował spór o to, czy stanowi on kategorię obiektywną czy subiektywną.

W myśl subiektywnego ujęcia błędu, stwierdzenie błędu po stronie lekarza (czyli stwierdzenie dokonania zabiegu niezgodnego z regułami *lege*

artis) przesądza o winie lekarza, a lekarz łamiący zasady wiedzy medycznej staje się odpowiedzialny za skutki spowodowane swoim nieprawidłowym działaniem. Zatem w tym ujęciu błąd ściśle łączy się z negatywną oceną postępowania lekarza, ponieważ błędny z punktu widzenia medycyny zabieg będzie równoznaczny z zawinieniem po stronie lekarza (*vide* – R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, <http://lex/lex/content.rpc?reqId=138314051331692>).

Na zasadnicze mankamenty subiektywnego ujęcia błędu wskazuje R. Kędziora, podnosząc, że utożsamianie błędu w sztuce medycznej z zawinieniem zaciera różnice pomiędzy „subiektywnymi a obiektywnymi elementami struktury przestępstwa, decydującymi o odpowiedzialności karnej lekarza” (*ibidem*).

Autorka ta podkreśla, że „[n]a gruncie prawa karnego, gdzie odpowiedzialność opiera się na zasadzie *nullum crimen sine culpa*, nie można pozwolić sobie na takie <uproszczenie> i stwierdzenie winy w ramach ustalania błędu. Zawinienie nie jest uboczną kwestią, o której można by rozstrzygać przy okazji badania naruszenia wiedzy medycznej. Podstawową wadą traktowania błędu jako kategorii subiektywnej są prawnokarne konsekwencje przyjęcia takiego stanowiska” polegające na niedopuszczalnej na gruncie prawa karnego „obiektywizacji odpowiedzialności lekarza” (*ibidem*).

Obecnie orzecznictwo i doktryna prawa karnego zgodnie odrzuciły subiektywną koncepcję błędu i wyraźnie oddzielają błąd od zawinienia. Zgodnie z tymi poglądami, błędem medycznym jest postępowanie lub zaniechanie, które jest niezgodne z zasadami współczesnej wiedzy medycznej oraz wskazaniem sztuki lekarskiej. Błąd rozumiany jako kategoria obiektywna oznacza jedynie sprzeczność pomiędzy działaniem lekarza a przyjętym modelem postępowania, bez dokonywania wartościowania tego postępowania. Inaczej mówiąc, **błąd medyczny jest kategorią obiektywną, odnoszącą się wyłącznie do płaszczyzny przedmiotowej czynu zabronionego. O zaistnieniu błędu**

medycznego nie decyduje spełnienie przesłanek strony podmiotowej, a ponadto stwierdzenie błędu medycznego nie przesądza o realizacji znamion strony podmiotowej (winy), i to w żadnej postaci (vide – T. Sroka, op. cit., a także M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Prokuratura i Prawo, numer 5/2013, s. 19 i n.).

Poglądy te znalazły swój wyraz w orzeczeniach Sądu Najwyższego (vide na przykład – wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 30 września 1960 r., w sprawie o sygn. akt II K 675/60, LEX nr 170024; 8 grudnia 1970 r., w sprawie o sygn. akt II CR 543/70, LEX nr 1220; 8 września 1973 r., w sprawie o sygn. akt I KR 116/72, LEX nr 18704 oraz 21 lutego 1974 r., w sprawie o sygn. akt Rw 50/74, LEX nr 18797).

Komentatorzy wskazują ponadto, że w doktrynie powszechnie przyjmuje się, iż błąd lekarski stanowi naruszenie ostrożności w postępowaniu lekarskim i stanowi przesłankę bezprawności czynu, przy czym dla przyjęcia, czy w określonym przypadku nastąpiło naruszenie zasad ostrożności, należy dokonać konkretyzacji obowiązujących reguł medycznego *lege artis* w odniesieniu do okoliczności, w jakich znajdował się lekarz. Takie podejście umożliwia w praktyce, w ich ocenie, dostosowanie zasad postępowania medycznego do okoliczności danego przypadku (błąd można stwierdzić tylko w odniesieniu do konkretnej sytuacji, nie jest zaś możliwe określenie, co jest błędem w ogóle), nie zmieniając obiektywnego charakteru błędu, który jest niekwestionowany, co prowadzi do prostej konkluzji, że niezachowanie w konkretnej sytuacji reguł ostrożności obowiązujących w postępowaniu medycznym stanowi naruszenie zasad *lege artis*, to jest błąd lekarski (vide na przykład – R. Kędziora, op. cit.).

Powracając na grunt wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej, należy zauważyć, iż Wnioskodawca zarzucił ustawodawcy, że do udziału w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach

medycznych nie dopuścił samego lekarza „obwinionego o zdarzenie medyczne” (art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP), jak również nie zapewnił temu lekarzowi prawa do odwołania się od orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym (art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP), czym pozbawił go prawa do sądu przez to, że wyłączył możliwość obrony i przedstawienia swojego stanowiska w sprawie.

Podstawowym wzorcem kontroli obu zaskarżonych przepisów ustawy o prawach pacjenta i RPP NRL uczyniła zatem, wyrażone w art. 45 ust. 1 Konstytucji, prawo do sądu.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, prawo do sądu jest jednym z podstawowych praw jednostki. Stanowi ono jedną z fundamentalnych gwarancji praworządności. Na konstytucyjne prawo do sądu składa się w szczególności: 1) prawo dostępu do sądu, tj. prawo do uruchomienia procedury przed sądem (niezależnym, bezstronnym i niezawisłym); 2) prawo do odpowiednio ukształtowanej procedury sądowej, zgodnej z wymogami sprawiedliwości i jawności; 3) prawo do wyroku sądowego, tj. prawo do uzyskania wiążącego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd, oraz 4) prawo do odpowiedniego ukształtowania ustroju i pozycji organów rozpoznających sprawy (*vide* na przykład – wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 2007 r., w sprawie o sygn. akt SK 7/06, OTK ZU seria A nr 9/2007, poz. 108).

W uzasadnieniu jednego z ostatnich orzeczeń – wyroku z dnia 8 października 2013 r., w sprawie o sygn. akt K 30/11 (treść wyroku wraz z uzasadnieniem została przekazana Prokuratorowi Generalnemu do wiadomości) – Trybunał Konstytucyjny wskazał, że *„zastosowanie gwarancji wynikających z prawa do sądu uzależnione jest zawsze od tego, czy rozpatrywane zagadnienie należy powiązać z pojęciem <sprawy> w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji. Pojęcie to było dotychczas wielokrotnie analizowane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i rozumiane jest na gruncie konstytucyjnym w sposób*

autonomiczny. Nie można go interpretować jedynie przez odwołanie się do podobnych pojęć funkcjonujących na poziomie ustawowym w ramach procedury karnej, cywilnej czy administracyjnej. Z treści art. 45 ust. 1 Konstytucji wynika, że w sferze przedmiotowej prawo do sądu dotyczy możliwie najszerszego zakresu spraw rozpatrywanych przez sądy w związku z ich podstawową funkcją – sprawowaniem wymiaru sprawiedliwości. W tym sensie zakres normowania art. 45 ust. 1 Konstytucji, jeśli chodzi o zastosowane przez ustrojodawcę pojęcie <sprawy>, obejmuje te wszystkie spory prawne, które dotyczą istoty funkcji sądowego wymiaru sprawiedliwości. Poza tym zakresem pozostają natomiast spory wewnątrz aparatu państwowego (np. sprawy stosunku nadrzędności i podporządkowania między organami państwa) oraz – co do zasady – sprawy podległości służbowej urzędników (...).

*Urzeczywistnienie konstytucyjnych gwarancji prawa do sądu dotyczy wszystkich sytuacji, w których dochodzi do rozstrzygnięcia o prawach danego podmiotu – w relacji zarówno do innych równorzędnych podmiotów, jak i władzy publicznej – a natura istniejącego stosunku prawnego wyklucza podejmowanie w tym zakresie arbitralnych decyzji. W rezultacie treść normatywna pojęcia „rozpatrzenie sprawy” utożsamiana jest z każdym rozstrzygnięciem o prawach lub obowiązkach danego podmiotu, zapadającym na podstawie norm prawnych zawartych w obowiązujących przepisach. **Chodzi tu o czynność polegającą na prawnej kwalifikacji określonego stanu faktycznego na podstawie konkretnej i indywidualnej normy adresowanej do danego podmiotu, która wywołuje skutki prawne w sferze uprawnień bądź obowiązków tego podmiotu** (podkr. wł.). Zgodnie z art. 45 ust. 1 Konstytucji każda czynność spełniająca wskazane kryteria zarezerwowana jest dla niezależnego, bezstronnego i niezawisłego sądu, którego rozstrzygnięcie ma być dokonane w sposób sprawiedliwy, jawny oraz bez nieuzasadnionej zwłoki” (op. cit.).*

Na tle powołanego wyroku Trybunału Konstytucyjnego, poglądów doktryny oraz orzecznictwa Sądu Najwyższego należy dojść do wniosku, że **w odniesieniu do lekarza** podejmującego w szpitalu działania lecznicze „niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną”, w wyniku których pacjent poniósł szkodę (majątkową lub niemajątkową), co doprowadziło tym samym do zdarzenia medycznego, rozstrzygnięcie wojewódzkiej komisji, stwierdzające owo zdarzenie medyczne, **nie jest „sprawą” w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji.**

W postępowaniu przed wojewódzką komisją nie chodzi bowiem o prawną kwalifikację określonego stanu faktycznego na podstawie konkretnej i indywidualnej normy **adresowanej do lekarza** – normy, która wywołuje skutki prawne w sferze **uprawnień bądź obowiązków tego lekarza.**

Konsekwencją wydania przez wojewódzką komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym jest uruchomienie procedury ugodowo–mediacyjnej, w trakcie której dochodzi do uzgodnienia (bądź nie) wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (kwoty nie wyższej niż określona w art. 67k ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP) pomiędzy podmiotem składającym wniosek, kierownikiem podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielem, przy czym ustalona w tym trybie kwota odszkodowania lub zadośćuczynienia **nie obciąża lekarza, lecz ubezpieczyciela**, i to ubezpieczyciel ma obowiązek ją wypłacić pacjentowi na podstawie zawartej ze szpitalem, z działalnością którego wiąże się orzeczenie o zdarzeniu medycznym, umowy **obowiązkowego** ubezpieczenia, o jakim mowa w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy o działalności leczniczej.

Orzeczenie wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym nie wywołuje zatem jakichkolwiek skutków w sferze **uprawnień bądź obowiązków lekarza**, którego działania lecznicze doprowadziły (bądź mogły doprowadzić) do powstania u pacjenta objętej tym zdarzeniem szkody lub krzywdy, ponieważ tego rodzaju skutków **orzeczenie to wywołać nie może.**

Inaczej mówiąc, orzeczenie wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym nie decyduje o prawach lub obowiązkach lekarza „na podstawie norm prawnych wynikających z przepisów prawnych”, lecz o prawach i obowiązkach podmiotu składającego wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela.

Orzeczenie wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym nie może wywołać skutków w sferze uprawnień bądź obowiązków lekarza, który doprowadził do niekorzystnych skutków dla zdrowia pacjenta, także dlatego, że bez poczynienia ustaleń co do winy nie jest możliwe przypisanie temu lekarzowi odpowiedzialności (indywidualnej) za te skutki (powstałą szkodę lub krzywdę) w jakimkolwiek zakresie [*vide* – art. 415 k.c.].

Zdarzenie medyczne, o czym wcześniej była mowa, to w gruncie rzeczy nic innego jak błąd medyczny ujmowany jako **kategoria obiektywna**, gdzie o zaistnieniu błędu **nie decyduje spełnienie przesłanek strony podmiotowej**.

Dlatego też, do wydania przez wojewódzką komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym muszą być spełnione określone przesłanki (zdarzenie medyczne wyrządzające szkodę, za które prawo czyni odpowiedzialnymi podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych; szkoda mająca charakter majątkowy na osobie i/lub niemajątkowa [doznana krzywda] oraz związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem medycznym a szkodą), **pośród których brak stwierdzenia winy** osoby (w tym lekarza), udzielającej świadczenia medycznego.

Skoro zatem w postępowaniu przed wojewódzką komisją, o czym wcześniej była mowa, wykazanie winy (w znaczeniu subiektywnym) członka personelu medycznego lub winy własnej szpitala nie nastąpi, to tym samym w postępowaniu przed wojewódzką komisją nie dojdzie do indywidualizacji odpowiedzialności za zdarzenie medyczne.

Indywidualizacja odpowiedzialności za zdarzenie medyczne będzie natomiast możliwa w postępowaniach prowadzonych na ogólnych zasadach

(cywilnym, karnym, zawodowym) przed sądem powszechnym bądź sądem dyscyplinarnym, które, w stosunku do postępowania w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego, mają pierwszeństwo (art. 67b ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Przykładowo, postępowania przed wojewódzką komisją nie wszczyna się, a wszczęte umarza w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie toczy się postępowanie cywilne (art. 67b ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP).

Konsekwencje prawne orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym należy odróżnić od konsekwencji moralnych.

Orzeczenie o zdarzeniu medycznym niewątpliwie może wpływać na opinię lekarza, którego działania lecznicze stanowiły przedmiot rozpatrzenia przez wojewódzką komisję, o własnej przydatności do zawodu, jak też na opinię o tym lekarzu w jego środowisku zawodowym.

Prawo do sądu nie gwarantuje jednak jednostce „spokoju moralnego” czy też wyłącznie pozytywnych ocen etycznych środowiska zawodowego, lecz zapewnia określone standardy w przypadku, gdy zastosowanie wobec jednostki procedury prawnej (konkretnych przepisów) wywołuje skutki w sferze jej praw lub obowiązków.

Reasumując, należy stwierdzić, że skoro w odniesieniu do lekarza podejmującego w szpitalu działania lecznicze, w wyniku których pacjent poniósł szkodę (majątkową lub niemajątkową), rozstrzygnięcie wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym **nie jest „sprawą” w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji**, to przewidziane w procedurze ustalania zdarzenia medycznego, a zaskarżone przez Wnioskodawcę, przepisy art. 67i ust. 2 oraz art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP nie mogą podlegać badaniu pod względem ich zgodności z powołanym wzorcem kontroli.

Inaczej mówiąc, na gruncie wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej, art. 45 ust. 1 Konstytucji nie jest odpowiednim (adekwatnym) wzorcem kontroli art. 67i ust. 2 oraz art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP, co oznacza, że zaskarżone przepisy nie są niezgodne z art. 45 ust. 1 Konstytucji.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, art. 45 ust. 1 Konstytucji (w zakresie, w jakim dotyczy prawa do odpowiedniego ukształtowania procedury) uwzględnia treść art. 6 ust. 1 zdanie pierwsze Konwencji, który gwarantuje każdemu <prawo do sprawiedliwego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy w rozsądnym terminie przez niezawisły i bezstronny sąd ustanowiony ustawą przy rozstrzygnięciu o jego prawach i obowiązkach o charakterze cywilnym albo o zasadności każdego oskarżenia w wytoczonej przeciwko niemu sprawie karnej> (*vide* na przykład – wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 2 kwietnia 2001 r., w sprawie o sygn. akt SK 10/00, OTK ZU nr 3/2001, poz. 52 oraz z dnia 19 lutego 2008 r., w sprawie o sygn. akt P 49/06, OTK ZU seria A nr 1/2008, poz. 5). W orzecznictwie Trybunału użyto nawet stwierdzenia o identyczności treści art. 45 ust. 1 Konstytucji i art. 6 Konwencji (*vide* – wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 września 2004 r., w sprawie o sygn. akt P 4/04, OTK ZU seria A nr 8/2004, poz. 81).

W związku z powyższym, skoro art. 45 ust. 1 Konstytucji nie jest adekwatnym wzorcem kontroli art. 67i ust. 2 oraz art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP, to nieadekwatnym wzorcem kontroli tychże przepisów pozostaje również art. 6 ust. 1 Konwencji.

Kolejną konsekwencją uznania art. 45 ust. 1 Konstytucji za nieadekwatny wzorzec kontroli art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP jest również uznanie za nieadekwatne – w odniesieniu do tego kwestionowanego przepisu – wzorców kontroli z art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji. W przypadku art. 67i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i RPP powołane wzorce Wnioskodawca wskazał bowiem jako pozostające w związku z art. 45 ust. 1 Konstytucji.

Natomiast w przypadku art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP Wnioskodawca, poza art. 45 ust. 1 Konstytucji i art. 6 ust. 1 Konwencji, jako samodzielne wzorce kontroli wskazał też art. 77 ust. 2 i art. 78 Konstytucji oraz art. 13 Konwencji,

Treścią art. 77 ust. 2 Konstytucji jest ustanowienie **zakazu zamykania drogi sądowej** dla dochodzenia **naruszonych** wolności i praw (*vide* – komentarz L. Garlickiego do art. 77 Konstytucji, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Wydawnictwo Sejmowe, Tom V, Warszawa 2007).

Tymczasem kwestionowana regulacja, o czym wcześniej była mowa, nie narusza wolności i praw lekarzy. Tym samym domaganie się wprowadzenia sądowej drogi dochodzenia praw tych podmiotów w postępowaniu w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego, skoro prawa te nie doznają uszczerbku, nie znajduje konstytucyjnego umocowania.

Podobnie rzecz się ma z wzorcami kontroli z art. 78 Konstytucji i art. 13 Konwencji.

Treścią art. 78 Konstytucji jest ustanowienie **prawa stron każdego postępowania** do uruchomienia procedury weryfikującej prawidłowość wszelkich rozstrzygnięć wydawanych przez organ działający w pierwszej instancji (*vide* – komentarz L. Garlickiego do art. 78 Konstytucji, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Wydawnictwo Sejmowe, Tom V, Warszawa 2007).

Tymczasem lekarz, ani też żaden inny podmiot udzielający świadczenia medycznego w szpitalu, nie jest stroną postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Z kolei art. 13 Konwencji brzmi:

„Każdy, czyje prawa i wolności zawarte w niniejszej konwencji zostały naruszone, ma prawo do skutecznego środka odwoławczego do właściwego

organu państwowego także wówczas, gdy naruszenia dokonały osoby wykonujące swoje funkcje urzędowe.”.

Tymczasem orzeczenie wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym, o czym wcześniej była mowa, nie wywołuje jakichkolwiek skutków w sferze **uprawnień bądź obowiązków lekarza**, którego działania lecznicze doprowadziły (czy mogły doprowadzić) do powstania u pacjenta objętej tym zdarzeniem szkody lub krzywdy.

Mając powyższe na uwadze, należy dojść do wniosku, że w odniesieniu do art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP przepisy art. 77 ust. 2 i art. 78 Konstytucji oraz art. 13 Konwencji, podobnie jak w przypadku wzorców kontroli z art. 45 ust. 1 Konstytucji i art. 6 ust. 1 Konwencji, nie są odpowiednimi (adekwatnymi) wzorcami kontroli w niniejszej sprawie, co w konsekwencji oznacza, że zaskarżony przez Wnioskodawcę przepis 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP nie jest niezgodny również z art. 77 ust. 2 i art. 78 Konstytucji oraz art. 13 Konwencji.

Jedynie na marginesie należy podnieść, iż wypłata przez ubezpieczyciela odszkodowania (i ewentualnie zadośćuczynienia) w zasadzie (o ile pacjent nie zgłosi zarzutu, iż złożył oświadczenie o zrzeczeniu się tych roszczeń np. pod wpływem błędu lub groźby) zamyka pacjentowi sądową drogę dochodzenia roszczeń kompensacyjnych (art. 67k ust. 6 ustawy o prawach pacjenta i RPP), powstałych z tytułu zdarzenia medycznego. Tego rodzaju rozwiązanie, w przypadku zdarzenia medycznego „zawinionego” przez lekarza, jest dla lekarza korzystniejsze, zważywszy choćby na maksymalną wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) „z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta”, **ponieważ ogranicza odpowiedzialność za wyrządzoną z winy tego lekarza szkodę (krzywdę)** [art. 67k ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i RPP].

Należy przy tym zauważyć, iż w przypadku zdarzenia medycznego ustawodawca nie uczynił zastrzeżenia, o którym mowa w art. 25 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym przepis dotyczący umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej „nie narusza przepisów art. 120 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)”.

T. Rek przepis art. 25 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej interpretuje w ten sposób, że „w sytuacji, gdy do szkody u osoby trzeciej (pacjenta) doprowadził pracownik podmiotu objętego ubezpieczeniem (od odpowiedzialności cywilnej – przyp. wł.) przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca – w tym wypadku za pracodawcę szkodę naprawi ubezpieczyciel. To znaczy odpowiedzialność nie spada na pracownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lecz ponosi ją pracodawca, a za niego naprawia szkodę ubezpieczyciel. Wobec pracodawcy pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach Rozdziału I Działu Piątego k.p. (Kodeksu pracy – przyp. wł.)” [T. Rek, *Komentarz do art. 25 ustawy o działalności leczniczej*, <http://lex/lex/content.rpc?reqId=138364797250356>].

Warto dodać, że, zgodnie z art. 120 Kodeksu pracy, w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca (§ 1), oraz że wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach Rozdziału I tego Kodeksu, zatytułowanego „Odpowiedzialność pracownika za szkodę wyrządzoną pracodawcy” (§ 2).

Natomiast, zgodnie z art. 114 Kodeksu pracy, pracownik, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych **ze swej winy** wyrządził pracodawcy szkodę, ponosi odpowiedzialność materialną według zasad określonych w przepisach Rozdziału I tego Kodeksu,

zatytułowanego „Odpowiedzialność pracownika za szkodę wyrządzoną pracodawcy”.

Należy podkreślić, że lekarz podejmujący w szpitalu działania lecznicze może pozostawać z tym szpitalem (podmiotem leczniczym prowadzącym szpital) w stosunku pracy. Pozostawanie w stosunku pracy podlega zaś od chwili nawiązania tego stosunku reżimowi dwustronnie zobowiązującemu. Od tej chwili bowiem przysługują lekarzowi nie tylko uprawnienia, ale spoczywają również na nim obowiązki wobec pracodawcy, w tym także określony w art. 100 § 2 pkt 4 Kodeksu pracy obowiązek dbałości o dobro zakładu pracy, ochrony jego mienia oraz zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę. Z obowiązku tego wynika dla pracownika powinność powstrzymania się od działań lub działalności narażających pracodawcę na szkodę lub mogących grozić powstaniem szkody, niezależnie od ich formy prawnej (*vide* – wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2002 r., w sprawie o sygn. akt I PKN 221/01, LEX nr 84079).

Brak zastrzeżenia w art. 25 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej w odniesieniu do zdarzeń medycznych jest, jak się wydaje, uzasadniony tym, że wojewódzka komisja, orzekając o zdarzeniu medycznym, pomija kwestię winy lekarza, którego działania (zaniechania) lecznicze przyczyniły się do powstania tego zdarzenia. Skoro bowiem dowodu winy lekarza za spowodowanie zdarzenia medycznego w ogóle nie przeprowadza się, to pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności za zdarzenie medyczne w trybie przepisów Kodeksu pracy o odpowiedzialności pracownika za szkodę wyrządzoną pracodawcy jest niedopuszczalne bez odrębnego udowodnienia lekarzowi winy.

D. Karkowska wyraźnie podkreśla, że „[u]stawodawca precyzyjnie nakreślił maksymalne wysokości świadczeń, łącznie ujmując odszkodowanie i zadośćuczynienie, ograniczone kwotowo do 100 000, względnie 300 000 zł. Kwoty te mają charakter sum gwarancyjnych określających górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. W razie ewentualnego wyczerpania

wskazanych kwot ubezpieczyciel nie będzie już zobowiązany do wypłaty świadczenia pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu lub jego spadkobiercom. Zgodnie z treścią art. 67k ust. 10 u.p.p. konsekwencje finansowe wyczerpania sumy ubezpieczenia lub niezawarcia umowy ubezpieczenia przerzucane są na podmiot leczniczy prowadzący szpital, **do wypłaty świadczenia będzie więc zobowiązany szpital (podkr. własne)**” [D. Karkowska, op. cit.].

Wyjściem z tej sytuacji może być następcze uruchomienie przez pracodawcę (podmiot leczniczy prowadzący szpital) postępowania przeciwko lekarzowi w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo postępowania w przedmiocie odpowiedzialności karnej. W obu tych postępowaniach kwestia winy lekarza ma bowiem zasadnicze znaczenie dla przyjęcia (odrzućenia) jego odpowiedzialności za przewinienie zawodowe albo za przestępstwo.

Jednak kwestie związane z ewentualną odpowiedzialnością lekarza, który swoim działaniem (zaniechaniem) leczniczym doprowadził do zdarzenia medycznego, za poniesioną z tego tytułu przez podmiot leczniczy prowadzący szpital (pracodawcę) szkodę, nie są przedmiotem niniejszej sprawy.

Z tych wszystkich względów, wnoszę jak na wstępie.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego

Robert Hernand
Zastępca Prokuratora Generalnego