



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

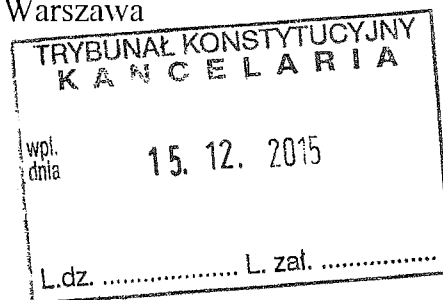
Adam Bodnar

Warszawa, 14 grudnia 2015 r.

V.7014.65.2015.AA

Trybunał Konstytucyjny

Al. J. Ch. Szucha 12 A
00 – 918 Warszawa



Sygn. akt U 5/15

Pismo procesowe

Rzecznika Praw Obywatelskich

W nawiązaniu do pisma z dnia 17 listopada 2015 r. dotyczącego zgłoszenia udziału Rzecznika Praw Obywatelskich w postępowaniu toczącym się przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku z dnia 22 maja 2015 r. Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (sygn. akt U 5/15), stosownie do art. 82 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1064 z późn. zm.), przedstawiam następujące stanowisko:

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), w zakresie w jakim ograniczają uprawnienia lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do udzielania w podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegających na wykonywaniu znieczulenia ogólnego i znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, są:

- niezgodne z art. 2 Konstytucji RP z uwagi na naruszenie praw nabytych lekarzy

- niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) i w konsekwencji niezgodne z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.

UZASADNIENIE

I.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.), w art. 22 ust. 5, przewiduje, że 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. Na podstawie tego upoważnienia wydane zostało m.in. rozporządzenie 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).

Powołane rozporządzenie w § 8 stanowi:

1. W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniom I, II lub III, a w pozostałych przypadkach lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2 (tj. oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii dla dorosłych lub dzieci).

Zgodnie z § 2 pkt 1 – 4, użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- anestezja - wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych,
- intensywna terapia - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego,
- lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii - lekarza, który:

a) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub

b) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,

- lekarz anestezjolog - lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Z powołanych przepisów wynika, że rozporządzenie wprowadza, w odniesieniu do lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zróżnicowanie uprawnień lekarzy w zależności od posiadanej specjalizacji (pierwszego lub drugiego stopnia).

II.

Autorzy wniosku wszczynającego postępowanie w niniejszej sprawie wskazali, że przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 oraz niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i art. 92 ust. 1 Konstytucji RP ze względu na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej.

Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, zarzuty Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy są zasadne.

III.

Należy zauważyć, że zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464), a zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów leczniczych – ustawa o działalności leczniczej. Ustawy te, jak również poprzedzające je regulacje dotyczące wykonywania zawodu lekarza i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, nie zawierały i nie zawierają przepisów w zakresie zróżnicowania uprawnień lekarzy do wykonywania określonych czynności czy procedur medycznych w zależności od posiadanej w danej dziedzinie medycyny specjalizacji, jak również w zależności od stopnia tej specjalizacji.

W myśl art. 64 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz, który na podstawie dotychczasowych przepisów uzyskał specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia w określonych dziedzinach medycyny i specjalnościach medycznych, zachowuje tytuł i uprawnienia wynikające z uzyskania tych specjalizacji. Przewidziana w art. 64 ust. 2 tej ustawy, możliwość kontynuowania przez lekarza, który rozpoczął specjalizację na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów w sprawie

specjalizacji (tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów - Dz. U. Nr 83, poz. 905 ze zm.) wygasła z dniem 26 września 2007 r. na podstawie art. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 175, poz. 1461). Przepis ten stanowił, że lekarz, o którym mowa w art. 64 ust. 2, może uzyskać tytuł specjalisty I stopnia lub tytuł specjalisty II stopnia nie później niż w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie tejże ustawy, tj. od dnia 26 września 2005 r..

W świetle obowiązujących do 1999 r. przepisów w sprawie specjalizacji lekarzy, w tym ostatnio obowiązującego w tej materii zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystrów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz. Urz. M.Z.i O.S. Nr 3, poz. 19 ze zm.), specjalizacja lekarzy, z reguły, była dwustopniowa, tj. pierwszego i drugiego stopnia. Od roku 1958, stosownie do przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 1958 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów (M. P. Nr 45 poz. 263 ze zm.), dwustopniowa (w zakresie I i II stopnia) była również specjalizacja z dziedziny anestezjologii.

Zgodnie z przepisami powołanego zarządzenia z dnia 1 lutego 1983 r., specjalizacja lekarzy odbywała się według programu specjalizacji dla poszczególnych specjalności, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (§ 4). Każdy ze stopni specjalizacji stanowił zamknięty etap szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Zarówno na rozpoczęcie specjalizacji I stopnia, jak i II stopnia wymagana była odrębna zgoda lekarza wojewódzkiego (m.in. w przypadku anestezjologii i intensywnej terapii) lub odpowiednio Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (§ 8, § 3 ust. 3, § 9). Wniosek osoby zamierzającej przystąpić do specjalizacji opiniował kierownik zakładu pracy, w którym wnioskodawca był zatrudniony, specjalista wojewódzki lub zespół specjalistów wojewódzkich. Główny lekarz wojewódzki wyrażał zgodę na przystąpienie do specjalizacji lub odmawiał wyrażenia zgody kierując się potrzebami opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Od odmowy zgody na przystąpienie do specjalizacji, osoba zainteresowana mogła odwołać się do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za pośrednictwem głównego lekarza wojewódzkiego (§ 8 ust. 2 - 5). Osoba, która z wynikiem pomyślnym złożyła egzamin na I stopień specjalizacji, otrzymywała „Dyplom Pierwszego Stopnia Specjalizacji”, a osoba, która z wynikiem pomyślnym złożyła egzamin na drugi stopień specjalizacji – „Dyplom Specjalisty Drugiego Stopnia”. Lekarz, lekarz dentysta, który miał I stopień specjalizacji uzyskiwał prawo do używania tytułu lekarza, lekarza dentystry z określeniem specjalności, w której odbył specjalizację pierwszego stopnia.

Lekarz, lekarz dentysta, który złożył pomyślnie egzamin na drugi stopień specjalizacji uzyskiwał prawo do używania tytułu specjalisty w określonej specjalności (§ 16 i § 20). Ukończenie II stopnia specjalizacji przez osobę posiadającą I stopień specjalizacji nie było obligatoryjne.

Tryb uzyskania tytułu lekarza specjalisty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonym i utrzymywanym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, określały odrębne przepisy wydane przez odpowiednich ministrów.

W 1999 r., na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 31, poz. 302 ze zm.), wprowadzony został jednostopniowy system specjalizacji, który, co do zasady, obowiązuje do dziś. Powołane rozporządzenie ustaliło wykaz specjalności lekarskich w podstawowych dziedzinach medycyny (m.in. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) oraz w szczegółowych dziedzinach medycyny (§ 1 ust. 1). Ustaliło również specjalności, w których lekarz posiadający specjalizację I stopnia mógł uzyskać tytuł specjalisty w określonej podstawowej dziedzinie medycyny (§ 5 ust. 4), zaliczając do nich m.in. specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Zał. Nr 1). Lekarz, który posiadał specjalizację I stopnia, odbywał specjalizację w podstawowych dziedzinach medycyny, zgodnie z programem danej specjalizacji uwzględniającym zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych lekarza oraz okres odbytej specjalizacji (§ 5 ust. 2). Po otrzymaniu potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego i złożeniu egzaminu państwowego, lekarz uzyskiwał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny (§ 18 ust. 1).

Możliwość uzyskania tytułu lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w tej dziedzinie, po odbyciu przeszkolenia określonego programem specjalizacji i złożeniu egzaminu państwowego, przewidywało również kolejne rozporządzenie w tej materii, tj. cytowane wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (§ 3 ust. 1 pkt 3 lit. e). Lekarz posiadający I stopień specjalizacji, który dotychczas nie został zakwalifikowany do odbywania właściwej specjalizacji, mógł również ubiegać się, w terminie do dnia 30 listopada 2004 r., o skierowanie do odbycia specjalizacji i uzyskanie tytułu specjalisty bez postępowania kwalifikacyjnego. Lekarz ten mógł jednak odbywać specjalizację wyłącznie w określonym trybie. Liczbę lekarzy posiadających I stopień specjalizacji, którzy mogli rozpocząć specjalizację w określonej dziedzinie medycyny na obszarze danego

województwa bez postępowania kwalifikacyjnego, ustalał corocznie Minister Zdrowia. Wniosek o rozpoczęcie specjalizacji podlegał formalnej ocenie przez wojewódzkie centrum zdrowia publicznego oraz zaopiniowaniu przez konsultanta wojewódzkiego w odniesieniu do możliwości zrealizowania przez lekarza szczegółowego programu specjalizacji (§ 42).

W świetle obowiązujących do 2007 r. zasad odbywania specjalizacji lekarskich, jak już wyżej wspomniano, żadne uregulowania prawne, w tym rangi ustawowej, a w szczególności dotyczące wykonywania zawodu lekarza i funkcjonowania podmiotów leczniczych, nie zawierały przepisów w zakresie zróżnicowania uprawnień lekarzy do wykonywania określonych czynności czy procedur medycznych w zależności od posiadanej w danej dziedzinie medycyny specjalizacji, jak również w zależności od stopnia tej specjalizacji.

Możliwość udzielania świadczeń medycznych tylko przez lekarza specjalistę wprowadza ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.) - art. 3 pkt 3 oraz art. 39a, a także niektóre przepisy w sprawie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.), np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1413 ze zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. z 2013 r. 1445 ze zm.). Akty wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odnoszą się do świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i są wiążące jedynie dla świadczeniodawców mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zróżnicowanie uprawnień lekarzy w zależności od posiadanej specjalizacji (pierwszego lub drugiego stopnia) w odniesieniu do lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, początkowo miało jedynie miejsce w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii. W myśl § 18 pkt 3 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 anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215 ze zm.), „intensywną terapię prowadzi lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz

będący w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia”. Rozporządzenie to utraciło moc z dniem 1 stycznia 2013 r. na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654).

Obecnie obowiązujące przepisy zakładają rozszerzenie zakresu zróżnicowania uprawnień lekarzy pierwszego i drugiego stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii również na świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji (znieczulenia ogólnego i znieczulenia regionalnego), tj. świadczenia zaliczane do podstawowych czynności lekarzy z tej dziedziny medycyny. Uprzednio, świadczenia te mogły być udzielane w pełnym zakresie zarówno przez lekarza, który posiadał specjalizację II stopnia, jak i lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, określanym mianem „lekarzy anestezjologów”.

Na podstawie powołanych przepisów rozporządzenia, niewątpliwie nastąpiło znaczące ograniczenie dotychczasowych uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Zważywszy na wskazane wyżej zasady odbywania specjalizacji, ograniczenie to dotyczy lekarzy legitymujących się długim stażem pracy i ugruntowanym doświadczeniem zawodowym. Ograniczenie uprawnień tej grupy zawodowej nastąpiło bez wskazania przez Ministra Zdrowia szczegółowego uzasadnienia merytorycznego oraz skutków regulacji (dla lekarzy anestezjologów, szpitali, pacjentów). W uzasadnieniu do projektu omawianego rozporządzenia z dnia 11 lipca 2012 r., w odniesieniu do kwestionowanego ograniczenia uprawnień lekarzy, wskazano jedynie, że w słowniczku „dokonano zmian o charakterze merytorycznym, które wynikają z konieczności nowych wymagań dotyczących postępowania anestezjologicznego w zakresie bezpieczeństwa znieczulenia i procedur intensywnej terapii prowadzonych wobec dorosłych i dzieci (...). 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 według skali ASA (...) odpowiada stopniom 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 oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (...). Przyjęcie powyższego rozwiązania ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji”. Natomiast w uzasadnieniu, w „Ocenie skutków regulacji” (pkt 1), wśród podmiotów, na które oddziałuje projektowana regulacja, nie wymieniono lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Błędnie wskazano również, że „projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy” (pkt 4).

IV.

Zasada ochrony praw nabytych jest jednym z podstawowych elementów państwa demokratycznego. Na treść art. 2 Konstytucji RP, stanowiącego, że „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej”, składa się szereg zasad, które nie zostały ujęte *expressis verbis* w Konstytucji, ale które wynikają z istoty i aksjologii demokratycznego państwa prawnego. Do zasad tych należy m.in. zasada ochrony zaufania obywatela do państwa i do stanowionego przez nie prawa, z której wynikają liczne dalsze zasady szczegółowe, m.in. zasada poszanowania praw nabytych. U podstaw poszanowania praw nabytych znajduje się dążenie do zapewnienia jednostce bezpieczeństwa prawnego i umożliwienia jej racjonalnego planowania przyszłych działań.

Zgodnie z ustalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, ochrona praw nabytych nie dotyczy tylko praw majątkowych, ale różnego rodzaju praw podmiotowych, także takich, które nie mają podstawy konstytucyjnej. Zasada ochrony praw nabytych zapewnia ochronę praw podmiotowych – zarówno publicznych, jak i prywatnych. 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 22 czerwca 1999 r., K 5/99, wyrok z 4 kwietnia 2006 r., K 11/04, wyrok z 8 stycznia 2009 r., P 6/07). Istota zasady ochrony praw nabytych sprowadza się do takiego nakazu stanowienia i stosowania prawa, by obywatel mógł układać swoje sprawy w zaufaniu, że nie naraża się na skutki prawne, których nie mógł przewidzieć w momencie podejmowania decyzji (wyrok z 2 czerwca 1999 r., K 34/98).

Zasada ochrony praw nabytych nie ma charakteru absolutnego. Ochrona praw nabytych nie oznacza nienaruszalności tych praw i nie wyklucza stanowienia regulacji mniej korzystnych. Konstytucyjna zasada ochrony praw nabytych zakazuje jednak arbitralnego znoszenia lub ograniczania praw podmiotowych przysługujących jednostce. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że odstępianie od zasady ochrony praw nabytych jest dopuszczalne, jeżeli przemawiają za tym inne zasady, normy lub wartości konstytucyjne. Prawa te mogą być uszczuplane „w szczególnych okolicznościach” nie tylko z uwagi na wartości konstytucyjne, ale i pewne okoliczności gospodarczo-społeczne (wyrok z 4 stycznia 2000 r., K 18/99, wyrok z 12 września 2000 r., K 1/00, wyrok z 25 czerwca 2002 r., K 45/01, wyrok z 16 marca 2010 r., K 17/09, wyrok z 29 maja 2012 r., SK 17/09).

Na ustawodawcy ciąży obowiązek starannego uwzględniania ochrony praw słusznie nabytych i ochrony interesów będących w toku (orzeczenie z 2 marca 1993 r., K 9/92, wyrok z 25 listopada 1997 r., K 26/97). Ustawodawca, chcąc pozostawać w zgodzie z klauzulą demokratycznego państwa prawnego i wynikających z niego zasad:

bezpieczeństwa prawnego i pewności prawa, musi uwzględniać przy kolejnych modyfikacjach stanu prawnego konsekwencje faktyczne i prawne, jakie powoduje wejście w życie nowych uregulowań. Ponieważ w demokratycznym państwie prawnym chroni się zaufanie obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa, ustawodawca, dokonując kolejnych zmian stanu prawnego, nie może tracić z pola widzenia interesów podmiotów, jakie ukształtowały się przed dokonaniem zmiany stanu prawnego (wyroki z: 8 kwietnia 1998 r., K 10/97, 5 stycznia 1999 r., K 27/98, 30 marca 2005 r., K 19/02, 27 czerwca 2006 r., K 16/05, 18 lipca 2006 r., P 6/05 i 18 września 2006 r., SK 15/05).

Nie ulega wątpliwości, że uprawnienia, jakie nabyli lekarze uzyskując specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, mieszczą się w kategorii praw nabytych chronionych konstytucyjnie. Za ograniczeniem uprawnień lekarzy nie przemawiają wskazane wyżej przesłanki odstąpienia od zasady ochrony praw nabytych, tj. „inne zasady, normy lub wartości konstytucyjne” czy „szczególne okoliczności”. Nie sposób również przyjąć, że prawodawca zapewnił lekarzom bezpieczeństwo prawne i umożliwił im racjonalne planowanie przyszłych działań zawodowych. W konsekwencji, uznać należy, że kwestionowane przepisy rozporządzenia wydane zostały z naruszeniem art. 2 Konstytucji RP.

V.

Ograniczenie dotychczasowych uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nastąpiło z mocy rozporządzenia wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przepis ten przewiduje, że 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. Powołana ustawa nie precyzuje pojęcia „standard postępowania medycznego” i nie odsyła w tym zakresie do innych regulacji.

Pod pojęciem „standard” rozumie się zwykle wspólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, z reguły najbardziej pożądane cechy czegoś, np. ludzkiego zachowania, normę, wzorzec („Słownik poprawnej polszczyzny PWN” - Warszawa 1980, str. 723, „Słownik współczesnego języka polskiego” - Warszawa 1996, str. 1056). Internetowy słownik języka polskiego (<http://sjp.pwn.pl>) definiuje „standardy” jako „normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś”. W odniesieniu do pojęcia „standardów medycznych” wskazuje się m.in. że są to umocowane prawnie normy odnoszące się do określonych działań w obszarze medycyny, zbiory rekomendacji odnoszących się do całości działań zapobiegawczych, diagnostycznych i

lecniczych, ujmowane zwykle jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego, pewne modele uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służące do oceny jakości świadczeń zdrowotnych oraz mające na celu wzrost jakości usług medycznych. Standardy medyczne mogą obejmować: wskazania co do zalecanych metod diagnostycznych, metod leczniczych, metod nefarmakologicznych w tym zabiegów i interwencji chirurgicznych, wskazania co do metod zapobiegawczych, wskazania co do kontroli procesu leczenia. Jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami Evidence-Based Medicine (EBM) stanowią niezwykle ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej. Standardy medyczne mające oparcie w przepisach prawa mają charakter wiążący zarówno dla lekarza, jak i dla podmiotów leczniczych, a odstępstwo od nich może skutkować zakazem udzielania przez daną placówkę świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialnością kierownika jednostki. Wśród tych standardów mieszczą się standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Ustalenie (ograniczenie) uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie mieści się w tak rozumianym pojęciu standardów postępowania medycznego. Ustalenie (ograniczenie) tych uprawnień nie mieści się zatem w zakresie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, a więc nastąpiło z przekroczeniem zakresu delegacji ustawowej, co w konsekwencji niezgodne z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.

Konstytucja wyklucza domniemywanie kompetencji w zakresie określenia w rozporządzeniu zagadnień nieobjętych upoważnieniem ustawowym, choćby nawet organ uznawał je za celowe, jeśli chodzi o wykonanie ustawy. Powiązanie unormowań art. 87 ust. 1 i art. 92 Konstytucji z ogólnymi konsekwencjami zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) prowadzi do wniosku, że nie może w systemie prawa powszechnie obowiązującego, pojawiać się żadna regulacja podustawowa, która nie znajduje bezpośredniego oparcia w ustawie i która nie służy jej wykonaniu, stosownie do modelu określonego w art. 92 ust. 1.

W ślad zaś za orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego (wyrok z dnia 29 maja 2002 r., P 1/01, wyrok z dnia 16 stycznia 2007 r., U 5/06, wyrok z dnia 30 kwietnia 2009 r., U 2/08) wskazać trzeba, że rozporządzenie jest aktem normatywnym wydawanym w celu wykonania ustawy i na podstawie udzielonych w niej upoważnień. Dlatego też rozporządzenie musi być wydane na podstawie wyraźnego (a więc nieopartego jedynie na domniemaniu ani wykładni celowościowej), szczegółowego upoważnienia ustawy w zakresie określonym w upoważnieniu. Musi ono ponadto być

wydane w granicach udzielonego przez ustawodawcę upoważnienia, w celu wykonania ustawy. W wyroku z dnia 31 maja 2010 r. (sygn. akt U 4/09, OTK z 2010 r., Nr 4/A, poz. 36) Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „(...) brak stanowiska ustawodawcy w danej sprawie, przejawiający się w braku lub choćby tylko nieprecyzyjności upoważnienia, musi być interpretowany jako nieudzielenie kompetencji normodawczej w danym zakresie. Oznacza to, że rozporządzenie - jako wydane na podstawie ściśle określonego upoważnienia ustawowego - nie może dowolnie modyfikować ani uzupełniać upoważnienia. Odstępstwa od treści upoważnienia nie mogą być usprawiedliwione względami praktycznymi ani potrzebami związanymi z rozstrzygnięciem konkretnych problemów prawnych. Rozporządzenie nie jest bowiem aktem normatywnym samoistnym, lecz jego zadaniem jest wykonywanie ustawy, nie zaś modyfikowanie, uzupełnienie czy powtarzanie jej postanowień.”

Przenosząc powołane poglądy Trybunału Konstytucyjnego dotyczące relacji pomiędzy ustawą a rozporządzeniem na grunt niniejszej sprawy stwierdzić trzeba, że zaskarżone przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia wydane zostały z przekroczeniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. Upoważnienie to nie zawiera bowiem umocowania do uregulowania w rozporządzeniu uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do udzielania w podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotnego z zakresu anestezji.

W konsekwencji kwestionowane przepisy rozporządzenia są także niezgodne z art. 92 ust. 1 zdanie pierwsze Konstytucji RP. Stanowi on, że rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Rozporządzenie musi służyć wykonaniu ustawy, nie może natomiast służyć uzupełnieniu ustawy o treści w niej nieprzewidziane. Nie może też regulować materii, która nie została objęta treścią upoważnienia ustawowego. Tymczasem w zakresie objętym wnioskiem, przepisy rozporządzenia nie służą konkretyzacji norm ustawowych, lecz samodzielnie, bez dostatecznych wskazówek zawartych w ustawie, regulują materię uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Minister Zdrowia nie może regulować w rozporządzeniu spraw nieobjętych treścią upoważnienia ustawowego, zważywszy że celem rozporządzenia jest wykonanie ustawy. W konsekwencji niedopuszczalne było wykreowanie w rozporządzeniu nowych, pozaustawowych uprawnień Ministra Zdrowia w zakresie ustalenia (ograniczenia) uprawnień lekarzy.

VI.

Omawiana sfera stanowi jednocześnie materię ustawową, która nie może zostać uregulowana wyłącznie na poziomie aktu podustawowego, jako że władza wykonawcza nie może samodzielnie decydować o przesłankach, zasadach i trybie wkraczania przez tę władzę w konstytucyjnie chronione prawa. Konstytucja z 1997 r., pod wpływem doktryny i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, w sposób obszerny i wyczerpujący określiła status prawny jednostki oraz dopuszczalność i formę ingerencji ustawodawczej w konstytucyjnie chronione wolności i prawa. W jej świetle, materię taką stanowią m.in. unormowania dotyczące sfery praw i wolności jednostki, w szczególności ustanawiające ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw (art. 31 ust. 3). Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, w demokratycznym państwie prawnym ingerencja w wolności i prawa człowieka i obywatela musi mieć konstytucyjną legitymację i formę ustawy (wyroki z: 24 marca 1998 r., K 40/97, 9 listopada 1999 r., K 28/98, 8 stycznia 2008 r., P 35/06 i 25 czerwca 2013 r., K 30/12). W tej specyficznej materii, którą stanowi unormowanie wolności i praw oraz obowiązków człowieka i obywatela, przewidziane, konieczne lub choćby tylko dozwolone przez Konstytucję unormowanie ustawowe cechować musi zupełność (wyroki z: 19 maja 1998 r., U 5/97, 11 maja 1999 r., P 9/98 i 26 lipca 2004 r., U 16/02). Oznacza to konieczność wskazania w ustawie zakresu, w jakim konstytucyjne wolności lub prawa doznają ograniczenia (wyroki z: 19 maja 1998 r., U 5/97 i 4 kwietnia 2001 r., K 11/00, wyrok z 20 kwietnia 2004 r., K 45/02).

Mając na uwadze powyższe, wnoszę jak na wstępie.

