



Warszawa, dnia 17 grudnia 2015 roku

PG VIII TK 117/15

U 5/15

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCLARIA	
wpl. dnia	18. 12. 2015
L.dz.	L.zał.

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku z wnioskiem Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy o „stwierdzenie, że:

1. przepisy § 8 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r., poz. 15)
 - są niezgodne z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z powodu naruszenia zasady ochrony praw nabytych,

2. przepisy § 8 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r., poz. 15)
 - są niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – tekst jednolity z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 618) i art. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej”

- na podstawie art. 56 pkt 5 w związku z art. 82 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 1064 ze zm.) -

przedstawiam następujące stanowisko:

- 1) § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r., poz. 15) są zgodne z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) i art. 92 ust. 1 Konstytucji oraz nie są niezgodne z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą ochrony praw nabytych;**
- 2) na podstawie art. 104 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 1064 ze zm.) postępowanie w pozostałym zakresie podlega umorzeniu z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.**

UZASADNIENIE

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (dalej również: Z.K.O.Z.Z.L. lub Wnioskodawca) wystąpił z wnioskiem o zbadanie zgodności § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r., poz. 15) [dalej: rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla

podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rozporządzenie Ministra Zdrowia, rozporządzenie z 2012 roku lub rozporządzenie] z:

- 1) art. 2 Konstytucji oraz
- 2) art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) [dalej: ustawa o działalności leczniczej lub u.dz.l.] i art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Na wstępie wniosku Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przypomniał, że „[d]o 1999 roku obowiązywał w Polsce dwustopniowy system specjalizacji lekarskich. Najpierw lekarz zdobywał specjalizację pierwszego stopnia w danej dziedzinie, a następnie - jeśli chciał - drugiego stopnia w tej samej dziedzinie lub dziedzinie węższej [...]. Lekarz, który uzyskał pierwszy stopień specjalizacji nie miał obowiązku zdobywania drugiego stopnia. Mógł zakończyć swoją specjalizację na pierwszym stopniu” (uzasadnienie wniosku, s. 4-5).

Wnioskodawca podkreślił, iż „żadne przepisy prawne nie różnicowały kompetencji lekarzy w zakresie świadczeń zdrowotnych, czyli leczenia pacjentów, w zależności od posiadania pierwszego czy drugiego stopnia specjalizacji” (*op. cit.*, s. 5). Z.K.O.Z.Z.L. wskazał, że programy specjalizacyjne pierwszego i drugiego stopnia były takie same, a „[r]óżnice pojawiały się dopiero w dodatkowych uprawnieniach, dotyczących nie tyle samego leczenia, co pełnienia różnych funkcji” (*ibidem*).

Następnie Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy odnotował, iż „[o]d roku 1999 istnieje jednostopniowy system specjalizacji lekarskich. Lekarz po zakończeniu szkolenia w ramach specjalizacji i po zdaniu stosownych egzaminów od razu uzyskiwał tytuł <specjalisty w danej dziedzinie>.

[...]

Niezależnie jednak od tego jakie zmiany następowały w trybie zdobywania specjalizacji [...] kompetencje dotyczące leczenia (udzielania świadczeń zdrowotnych) specjalistów (wg nowego lub starego trybu) i lekarzy <jedynkowiczów> (wg starego trybu) [...] są – na podstawie programów specjalizacyjnych – tożsame” (*op. cit.*, s. 6).

Wnioskodawca wskazał, że jedyną specjalizacją, w której zróżnicowano kompetencje lekarzy posiadających różne rodzaje specjalizacji, jest anestezjologia i intensywne terapia, gdyż kompetencje lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii zostały ograniczone w § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Według Z.K.O.Z.Z.L., anestezjologom z pierwszym stopniem specjalizacji uszczuplono wcześniej nabyte uprawnienia, gdyż lekarze ci nie mogą - bez zgody ordynatora - samodzielnie wykonywać określonych zabiegów medycznych.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy zwrócił uwagę na to, iż „Minister Zdrowia nie przedstawił żadnego merytorycznego uzasadnienia dla pozbawienia lekarzy anestezjologów z pierwszym stopniem specjalizacji ich dotychczasowych uprawnień dotyczących znieczulania (praw przez nich nabytych)” [uzasadnienie wniosku, s. 8]. Wnioskodawca podkreślił, że ograniczenie w § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia dotyczy „lekarzy anestezjologów z co najmniej 14-letnim doświadczeniem nabytym po uzyskaniu specjalizacji, bo nowych lekarzy <jedynkowiczów> przestało przybywać od r. 1999, czyli od czasu wprowadzenia nowego systemu specjalizacji” (*op. cit.*, s. 9).

W ocenie Wnioskodawcy, przez ograniczenie uprawnień lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii „stracili oni (faktycznie lub potencjalnie) możliwość pracy w wielu

miejscach nawet w tych, w których dotychczas pracowali i z powodzeniem wykonywali swoje zadania. Jest bowiem oczywiste, że szpital nie będzie chciał zatrudniać anestezjologa, który nie może – legalnie – wykonywać wszystkich świadczeń anestezyjologicznych, nawet jeżeli potrafi to robić.

Szczególną formą pracy lekarza, do której dostęp dla anestezjologów <jedynkowiczów> został przez przedmiotowe rozporządzenie mocno ograniczony są dyżury lekarskie. Praca na dyżurach jest bowiem szczególnie <nieprzewidywalna> i trudno z góry przewidzieć z jakimi pacjentami lekarz anestezjolog się zetknie” (uzasadnienie wniosku, s. 9).

Z.K.O.Z.Z.L. podkreślił, iż lekarze posiadający pierwszy stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, podejmując decyzję o zakończeniu swojej specjalizacji na pierwszym stopniu, działali w ściśle „określonym stanie prawnym i nie mieli podstaw do przypuszczenia, że może on się zmienić. [...] Biorąc pod uwagę fakt, że Polska jest państwem prawnym, w którym obowiązuje przestrzeganie konstytucyjnej zasady ochrony praw nabytych, anestezjolog - <jedynkowicz> mógł mieć pewność, że jego uprawnienia jako lekarza (uprawnienia do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych) nie zostaną uszczuplone. Tym bardziej, że pracując w swoim zawodzie, lekarz anestezjolog doskonalił się w nim stale i poszerzał swoje umiejętności, a nie cofał się” (*op. cit.*, s. 10).

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, powołując się na orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, stwierdził, że „ograniczenie uprawnień lekarzy anestezjologów pierwszego stopnia w zakresie świadczeń zdrowotnych, jakie mogą samodzielnie wykonywać, łamie konstytucyjną zasadę ochrony praw nabytych” (*op. cit.*, s. 11).

Zdaniem Z.K.O.Z.Z.L., § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia „przekracza zakres delegacji ustawowej poprzez uszczuplenie prawa podmiotowego lekarzy anestezjologów, polegającego na gwarancji utrzymania

zakresu uprawnień zawodowych potwierdzonych złożonym egzaminem państwowym” (uzasadnienie wniosku, s. 12).

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

[...]

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

§ 8, w tym kwestionowane ust. 1 i 2, rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą mają następujące brzmienie:

„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.

3. Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli wykonanie tego znieczulenia jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

4. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może równocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniom I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych chorych przez cały czas trwania znieczulenia.

5. Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ust. 4, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.”.

Według § 2 pkt 1 rozporządzenia, przez anestezję należy rozumieć wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych.

W § 2 pkt 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia zostały zawarte definicje legalne pojęć „lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii” oraz „lekarz

anestezjolog”, które zostały użyte w zakwestionowanych przepisach § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia.

Zgodnie z § 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii - w rozumieniu przepisów rozporządzenia - jest lekarz, 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.

Z kolei § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia stanowi, iż użyte w nim określenie lekarz anestezjolog oznacza lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Zakwestionowane przepisy rozporządzenia nie różnicują kompetencji lekarzy wykonujących świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarz anestezjolog mogą wykonywać samodzielnie takie same świadczenia zdrowotne wobec wszystkich pacjentów. Jediną różnicą jest to, że ci lekarze, których rozporządzenie Ministra Zdrowia uznaje za lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, do samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji nie potrzebują zgody lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii albo oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lub anestezjologii dla dzieci. Lekarze z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, czyli lekarze anestezjodzy, mogą natomiast udzielać samodzielnie - bez zgody lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii albo oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lub anestezjologii dla dzieci - świadczeń zdrowotnych tylko w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku

życia, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniom I, II lub III. W przypadku zaś innych chorych, lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać wskazanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji wyłącznie za pisemną zgodą lekarza kierującego odpowiednim oddziałem.

Z brzmienia § 8 ust. 2 rozporządzenia nie wynika konieczność uzyskiwania przez lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii pisemnej zgody lekarza kierującego oddziałem na udzielenie konkretnego - indywidualnie oznaczonego - świadczenia zdrowotnego z zakresu anestezji w stosunku do imiennie wskazanego pacjenta. Prawodawca nie użył żadnego sformułowania, które zobowiązywałoby lekarza kierującego oddziałem do wydawania takich indywidualnych pisemnych zgód. Gdyby prawodawca chciał, aby lekarz posiadający I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii musiał uzyskać stosowną zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego z zakresu anestezji przed wykonaniem każdego takiego świadczenia, to zawarłby taki warunek w wydanym przepisie.

Można zatem przyjąć, że pisemna zgoda lekarza kierującego oddziałem na udzielanie przez lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezji wobec określonej grupy pacjentów, o której mowa § 8 ust. 2 rozporządzenia, jest udzielana jednorazowo i ma charakter generalny, to znaczy obejmuje wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji udzielane przez tego lekarza. Po otrzymaniu takiej zgody, lekarz posiadający I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii może wykonywać wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji wobec wszystkich pacjentów. Inaczej mówiąc, zgoda taka obowiązuje na stałe, oczywiście do czasu jej ewentualnego cofnięcia.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1997 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.) [dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1997 roku lub rozporządzenie z 1997 roku].

W świetle przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1997 roku, lekarze posiadający I i II stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii mogli samodzielnie wykonywać takie same świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i nie potrzebowali do tego zgody przełożonego lekarza. Trzeba bowiem wskazać, że, zgodnie z § 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej, zarówno lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, jak i lekarz posiadający taką specjalizację II stopnia - na potrzeby rozporządzenia z 1997 roku - zwani byli tak samo, czyli „lekarzem anestezjologiem”.

W ocenie Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą naruszają zasadę ochrony praw nabytych, która wynika z art. 2 Konstytucji.

Jak już wyżej odnotowano, jedyną zmianą w sytuacji lekarzy posiadających I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, która została wprowadzona przez rozporządzenie z 2012 roku, w stosunku do uprawnień przysługujących im na mocy rozporządzenia z 1997 roku, jest konieczność uzyskania przez tych lekarzy jednorazowej, pisemnej zgody na udzielanie samodzielnie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji wobec

określonej grupy pacjentów. Ponownie trzeba też wskazać, iż lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - gdy uzyska taką jednorazową zgodę - może już samodzielnie wykonywać świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji w stosunku do wszystkich grup pacjentów.

Należy zatem zauważyć, że zmiana, wprowadzona rozporządzeniem z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie ograniczyła praw nabytych przez lekarzy posiadających I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze ci mogą bowiem wykonywać te same świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, co wcześniej. § 8 ust. 2 rozporządzenia zmienił jedynie - i to nieznacznie - zasady wykonywania przez lekarzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji.

W związku z powyższym nie można zgodzić się z twierdzeniem Wnioskodawcy, zgodnie z którym ograniczono lekarzom posiadającym I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii możliwość pełnienia dyżurów lekarskich.

Lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nadal może samodzielnie wykonywać znieczulenie ogólne lub regionalne do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych w przypadku znieczulenia innych pacjentów niż chorzy powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniom I, II lub III, jednak musi posiadać pisemną zgodę lekarza kierującego oddziałem. Jak to już wyżej odnotowano, z treści § 8 ust. 2 rozporządzenia nie wynika konieczność uzyskania przez takiego lekarza zgody na dokonanie indywidualnie określonego świadczenia medycznego w stosunku do konkretnego pacjenta. Przepis ten mówi jedynie o konieczności uzyskania pisemnej zgody lekarza kierującego oddziałem, która może być udzielana jednorazowo i mieć charakter generalny.

Wobec powyższego należy stwierdzić, że lekarze posiadający I stopień specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, którzy uzyskali zgodę, o której mowa w § 8 ust. 2 rozporządzenia, mogą bez żadnych ograniczeń samodzielnie pełnić dyżury lekarskie. Lekarze tacy są bowiem uprawnieni do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji wobec wszystkich pacjentów.

Warto wskazać, iż do Trybunału Konstytucyjnego zostały już wcześniej - w 2013 roku - zaskarżone przez Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Trybunał Konstytucyjny umorzył wówczas postępowanie postanowieniem z dnia 13 grudnia 2013 roku, sygn. akt Tw 19/13, w którym jednak wypowiedział się co do zasadności wniosku, stwierdzając, iż „w wyniku wprowadzenia na mocy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia kwestionowanego przez wnioskodawcę wymogu doszło do zmiany dotychczasowych zasad wykonywania zawodu przez lekarzy anestezjologów. W świetle orzecznictwa Trybunału <konstytucyjna zasada ochrony praw nabytych zakazuje arbitralnego znoszenia lub ograniczania praw podmiotowych przysługujących jednostce lub innym podmiotom prywatnym występującym w obrocie prawnym. Zasada ochrony praw nabytych zapewnia ochronę praw podmiotowych, poza zakresem ochrony pozostają zasadniczo natomiast sytuacje prawne, które nie mają charakteru praw podmiotowych> (wyrok TK z 19 marca 2001 r., K 32/00, OTK ZU nr 3/2001, poz. 50).

W związku z powyższym trudno jednak przyjąć, że istnieje prawo podmiotowe do niezmienności zasad wykonywania zawodu (niezależnie od charakteru wprowadzonej zmiany). Nie można się również doszukać bezpośredniego związku między przepisem, którego dotyczy wniosek, a utratą prawa do pracy lub wynagrodzenia, o których wspomina wnioskodawca. Lekarze anestezjologicy w dalszym ciągu mają możliwość samodzielnego udzielania

świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji na rzecz chorych poniżej 3 roku życia i wszystkich tych, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi wyższemu od III. Wymaga to jedynie przestrzegania przez lekarzy anestezjologów określonej procedury, tj. uzyskania uprzedniej zgody ich przełożonego.

[...] Sam fakt pogorszenia sytuacji pewnej grupy zawodowej nie oznacza jeszcze naruszenia konstytucyjnie gwarantowanych praw. Ocena celowości przyjętych rozwiązań nie należy do Trybunału Konstytucyjnego, jeżeli nie naruszają one zasad i wartości konstytucyjnych. Wybór optymalnych rozwiązań w tej dziedzinie należy do ustawodawcy (zob. wyrok TK z 19 marca 2001 r.)” [OTK ZU nr II/B/2014, poz. 684].

Reasumując, podzielając pogląd wyrażony w zacytowanym wyżej postanowieniu, uznać należy, iż zakwestionowane § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ogóle nie dotyczą praw nabytych przez lekarzy posiadających I stopień specjalizacji z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, a tym samym takich praw nie naruszają ani nie ograniczają. Lekarze ci nadal mają bowiem takie same uprawnienia do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, jak pod rządami rozporządzenia z 1997 roku.

W tym stanie rzeczy stwierdzić trzeba, że art. 2 Konstytucji - we wskazanym przez Wnioskodawcę zakresie - jest nieadekwatnym wzorcem kontroli w niniejszej sprawie.

Według Z.K.O.Z.Z.L., zakwestionowane przepisy są także niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 2 i art. 92 ust. 1 Konstytucji – z uwagi na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej.

Na wstępie tej części rozważań należy zaznaczyć, iż Wnioskodawca, uzasadniając ten zarzut, podniósł jedynie argumenty przemawiające za niezgodnością zakwestionowanych przepisów z art. 22 ust. 5 u.dz.l. oraz art. 92 ust. 1 ustawy zasadniczej. Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w ogóle zaś nie wskazał, w jaki sposób § 8 ust. 1 i 2 regulaminu narusza art. 2 Konstytucji, w związku z ewentualnym przekroczeniem delegacji ustawowej.

Zgodnie z art. 61 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 1064 ze zm.) [dalej: ustawa o Trybunale Konstytucyjnym], wniosek powinien zawierać uzasadnienie zarzutu niezgodności przedmiotu kontroli ze wskazanym wzorcem kontroli, z powołaniem argumentów lub dowodów na jego poparcie.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 19 października 2010 r., sygn. akt P 10/10, podkreślił, iż „przesłanka odpowiedniego uzasadnienia zarzutów nie powinna być traktowana powierzchownie i instrumentalnie. Przytaczane w piśmie procesowym argumenty mogą być mniej lub bardziej przekonujące [...], lecz zawsze muszą być argumentami <nadającymi się> do rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny” (OTK ZU nr 8/A/2010, poz. 78).

Konsekwencją braku uzasadnienia zarzutu naruszenia określonego wzorca kontroli jest umorzenie postępowania w tym zakresie.

W tej sytuacji postępowanie w zakresie badania zgodności § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą z art. 2 Konstytucji - wskazanym jako wzorzec kontroli przy zarzucie przekroczenia delegacji ustawowej - podlega umorzeniu na podstawie art. 104 ust. 1 pkt 2 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym - z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.

Art. 22 ust. 5 u.dz.l. zawiera upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, przy czym, wydając ten akt, Minister winien kierować się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Z kolei wskazany jako wzorzec kontroli art. 92 ust. 1 ustawy zasadniczej ma następujące brzmienie: „Rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu.”.

W wyroku z dnia 10 grudnia 2002 r., sygn. akt P 6/02, Trybunał Konstytucyjny wskazał, iż „Trybunał w odniesieniu do rozporządzeń wielokrotnie podkreślał, że muszą one spełniać szereg warunków. Muszą przede wszystkim być wydane na podstawie wyraźnego i szczegółowego upoważnienia. Brak stanowiska ustawodawcy w jakiejś sprawie przejawiający się w nieprecyzyjności upoważnienia musi być interpretowany jako nieudzielenie kompetencji normodawczej. Upoważnienie ustawodawcy nie może podlegać wykładni rozszerzającej ani celowościowej (zob. wyrok TK z 5 marca 2001 r., sygn. P. 11/00, OTK ZU nr 2/2001, poz. 33)” [OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 91].

Z kolei w wyroku z dnia 16 lutego 2010 r., sygn. akt P 16/09, polski Sąd Konstytucyjny stwierdził, że „[k]onstrukcja rozporządzenia jako aktu wykonawczego do ustawy jest zdeterminowana trzema podstawowymi warunkami: 1) wydania rozporządzenia na podstawie wyraźnego, to jest opartego nie tylko na domniemaniu i wykładni celowościowej, szczegółowego upoważnienia ustawy w zakresie określonym w upoważnieniu, 2) wydania rozporządzenia co do przedmiotu i treści normowanych stosunków, w granicach

udzielonego przez ustawodawcę upoważnienia do wydania tego aktu i w celu wykonania ustawy, 3) niesprzeczności treści rozporządzenia z normami Konstytucji oraz z ustawą, na podstawie której zostało wydane, a także z wszystkimi obowiązującymi ustawami, które w sposób bezpośredni lub pośredni regulują materie będące przedmiotem rozporządzenia. Naruszenie choćby jednego z tych warunków może powodować zarzut niezgodności rozporządzenia z ustawą” (OTK ZU nr 2/A/2010, poz. 12).

Realizując upoważnienie zawarte w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, którego § 8 ust. 1 i 2 zostały zakwestionowane przez Wnioskodawcę.

Odpowiadając na pytanie dotyczące zgodności zakwestionowanych przepisów rozporządzenia ze wskazanymi wzorcami kontroli, należy ustalić, czy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia zostały wydane w ramach ustawowego upoważnienia.

Jak już wyżej odnotowano, ustawodawca - w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej - upoważnił ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w akcie wykonawczym standardu postępowania medycznego w wybranej dziedzinie medycyny.

Słowo „standard” - według „Wielkiego słownika języka polskiego” – oznacza: „przeciętny typ, model, przeciętna norma czegoś, odpowiadające określonym wymogom” (E. Dereń, E. Polański, *Wielki słownik języka polskiego*, red. naukowa E. Polański, Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2012, s. 778). Z kolei, zgodnie z internetowym słownikiem języka polskiego PWN, „standard” to „1. poziom towarów lub usług, zwłaszcza spełniający podstawowe wymagania, 2. typowy i przeciętny model czegoś” (słownik dostępny pod

adresem www.sjp.pwn.pl), zaś słowo „standardy” oznacza „normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś” (*ibidem*).

Z kolei „postępować” oznacza „postępowanie w określony sposób” (E. Dereń, E. Polański, *op. cit.*, s. 649), toteż słowo „postępowanie” należy rozumieć jako zachowanie się w określony sposób.

Wreszcie słowo „medyczny” oznacza „mający związek z medycyną” (E. Dereń, E. Polański, *op. cit.*, s. 446), „medycyna” zaś to „nauka o zdrowiu człowieka, sposobach jego zachowania, chorobach i metodach ich leczenia” (*ibidem*).

Reasumując, należy stwierdzić, że w art. 22 ust. 5 u.dz.l. Minister Zdrowia został upoważniony do określenia przeciętnej normy, wzorca, modelu zachowania się w określony sposób w związku z nauką o zdrowiu człowieka, jego chorobach oraz metodach ich leczenia. Uznać zatem trzeba, że ustawodawca dał Ministrowi Zdrowia kompetencję do wskazania w rozporządzeniu także osób wykonujących działalność leczniczą, które w określonych sytuacjach mają się zachowywać w określony sposób. Taki wniosek wydaje się oczywisty, gdyż trudno przyjąć, by Minister mógł jedynie ustalić, w jaki sposób winny się zachowywać osoby wykonujące działalność leczniczą - bez jednoczesnego wskazania podmiotów, do których określony nakaz jest kierowany. Przedstawione rozumienie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 u.dz.l. jednoznacznie wynika z wykładni językowej tego przepisu.

Podnieść trzeba także, że § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia z 2012 roku nie naruszają i nie ograniczają praw podmiotowych nabytych przez lekarzy posiadających I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, co już wcześniej odnotowano, oraz przysługujących im konstytucyjnych wolności, w tym zwłaszcza wolności wykonywania zawodu. Lekarze ci mają prawo samodzielnie wykonywać wszelkie świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, czyli z zakresu uzyskanej przez nich specjalizacji. A zatem zakwestionowane przepisy mogły zostać zamieszczone w rozporządzeniu.

W tej sytuacji należy uznać, że § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie przekraczają zakresu delegacji ustawowej, a tym samym są zgodne z art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej oraz z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Z uwagi na powyższe, wnoszę jak w *petitum* niniejszego stanowiska.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego
Robert Hernand
Zastępca Prokuratora Generalnego