

Śmierć pacjenta na skutek zaniedbań lekarzy po operacji usunięcia z nosa polipa

Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii (wyrok – 19 grudnia 2017 r., Wielka Izba, skarga nr 56080/13 – przyjęta do rozpatrzenia na wniosek rządu)

Mąż Marii Isabel Lopes de Sousa Fernandes 26 listopada 1997 r. został przyjęty do szpitala Vila Nova de Gaia (CHVNG) w celu usunięcia polipów z nosa. Operacja udała się i pacjent następnego dnia wyszedł ze szpitala. Z powodu ogromnego bólu głowy musiał jednak natychmiast udać się do oddziału pomocy doraźnej tego szpitala. Lekarze zdiagnozowali u niego zaburzenia psychologiczne i przepisali środki uspakajające. Zalecili mu, aby opuścić szpital, ale odmówił. Następnego dnia został zbadany przez nowy zespół lekarzy, który ujawnił bakteryjne zapalenie opon mózgowych. Przewieziono go na oddział intensywnej terapii, gdzie przebywał do 5 grudnia 1997 r. Następnie znalazł się na oddziale ogólnym, gdzie był leczony przez lekarza J.V. 13 grudnia 1997 r. opuścił szpital, ponieważ lekarz uznał, że jego stan jest stabilny. Ból jednak nie ustępował, trzykrotnie znalazł się na oddziale pomocy doraźnej tego samego szpitala i był dwukrotnie hospitalizowany. 3 lutego 1998 r. lekarz J. V. zgodził się, aby opuścić szpital, ale jego stan się pogarszał. 17 lutego 1998 r. został przyjęty do szpitala ogólnego Santo António w Oporto. Tam zmarł 8 marca 1998 r. W reakcji na list pani Lopez de Sousa Fernandes domagającej się wyjaśnień, dlaczego nastąpiło niespodziewane pogorszenie stanu zdrowia jej męża, Inspektor Generalny Zdrowia (IGZ) zarządził dochodzenie. Raporty z lat 2002 i 2005 stwierdziły, że jej mąż był prawidłowo leczony. IGZ postanowił zamknąć sprawę, ale pani Lopez de Sousa Fernandes zakwestionowała jego decyzję. Nowa analiza zarządzona przez IGZ wykazała, że decyzja lekarza J. V. o odesłaniu pacjenta do leczenia w domu nie była wystarczająca i właściwa, ponieważ nie działał on z wymaganą ostrożnością i starannością i niedbale udzielił pomocy medycznej. IGZ zarządził więc wszczęcie wobec niego postępowania dyscyplinarnego. Skarżąca złożyła również zawiadomienie o przestępstwie. Sąd rejonowy umorzył postępowanie uznając, że nie było dowodów, z których wynikałoby, że lekarz J. V. był odpowiedzialny za śmierć. Podobnie było z pozwem cywilnym.

W skardze do Trybunału, z powołaniem się na art. 2 Konwencji, skarżąca zarzuciła, że doszło do zamachu na życie jej męża. Twierdziła również, że zostały naruszone art. 6 i 13 Konwencji z powodu nadmiernej długości wszczętego przez nią postępowania oraz niewyjaśnienia rzeczywistej przyczyny śmierci.

Izba (Sekcja IV) 15 grudnia 2015 r. orzekła większością głosów pięć do dwóch, że doszło do naruszenia aspektu materialnego prawa do życia (art.2 Konwencji) oraz jednogłośnie – do naruszenia aspektu proceduralnego tego przepisu.

Jako strona trzecia wystąpiły rządy Wielkiej Brytanii i Irlandii.

W części dotyczącej aspektu materialnego prawa do życia Trybunał stwierdził, że sprawa ta była dobrą okazją do potwierdzenia i wyjaśnienia zakresu pozytywnych obowiązków materialnych państw w kontekście opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza leczenia szpitalnego, którego dotyczyła znaczna część dotychczas rozpatrzonych przezeń spraw.

Trybunał przypomniał m.in., że wielokrotnie podkreślał, iż chociaż prawo do zdrowia – uznane w wielu dokumentach międzynarodowych – nie znalazło się, jako takie, wśród praw zagwarantowanych na podstawie Konwencji i jej Protokołów, wspomniany obowiązek pozytywny musi być interpretowany i stosowany w kontekście wszelkiej działalności, publicznej lub innej, w której prawo do życia może wchodzić w grę, w tym w sferze zdrowia publicznego.

W szczególnym kontekście opieki zdrowotnej Trybunał interpretował materialny obowiązek pozytywny państwa jako wymagający od niego przyjęcia regulacji zmuszających szpitale, prywatne lub publiczne, do podjęcia odpowiednich środków dla ochrony życia pacjentów.

Nie wykluczył jednak możliwości, iż działania i zaniechania władz w kontekście polityk zdrowotnych mogą w pewnych okolicznościach rodzić odpowiedzialność państwa na podstawie części materialnej art. 2.

W sprawach, w których zarzuty zaniedbania medycznego zostały podniesione w kontekście leczenia pacjenta, Trybunał systematycznie podkreślał, że gdy państwo przyjmie odpowiednie przepisy dla zabezpieczenia obowiązujących wysokich standardów zawodowych pracowników służby zdrowia oraz ochrony życia pacjentów, kwestie takie, jak błąd w ocenie z ich strony albo niedbałej koordynacji między sobą przy leczeniu konkretnego pacjenta nie wystarczają jako takie, do uznania odpowiedzialności państwa z punktu widzenia obowiązków pozytywnych na podstawie art. 2 Konwencji w sferze ochrony życia.

Dotychczas, w sprawach dotyczących zaniedbań medycznych, Trybunał rzadko stwierdzał braki w systemach prawnych państw członkowskich.

Trybunał rozpatrywał zarzuty skarżących dotyczące zaniedbań medycznych w wielu sprawach. We wszystkich z nich uznał je za bezpodstawne, ponieważ na poziomie krajowym nie zostały stwierdzone zaniedbania medyczne, zwłaszcza przez biegłych. Trybunał potwierdził, że nie może spekulować, na podstawie przedstawionych informacji medycznych, czy wnioski biegłych, na jakich sądy oparły swoje decyzje, były prawidłowe.

Trybunał zwykle rozpatrywał takie kwestie faktyczne w części proceduralnej, uważając, że wydarzenia prowadzące do śmierci pacjenta i odpowiedzialność zaangażowanych pracowników służby zdrowia były zagadnieniami wymagającymi rozważenia z punktu widzenia tego, czy istniały odpowiednie mechanizmy umożliwiające wyświetlenie przebiegu wydarzeń i wystawienie konkretnych faktów na kontrolę publiczną, co jest z korzyścią nie tylko dla skarżących.

Trybunał stwierdził ponadto, że kwestia na tle art. 2 może pojawić się, jeśli skarżący wykaże, że władze naraziły życie jednostki na ryzyko przez odmowę opieki zdrowotnej, jaką zobowiązały się ogólnie udostępnić ludności.

Do niedawna, typ spraw badanych przez Trybunał z odwołaniem się do wymienionej zasady dotyczył skarżących, którzy uważali, że państwo musi pokryć koszty określonej formy leczenia konwencjonalnego, ponieważ sami nie byli w stanie ich pokryć albo że powinni mieć dostęp do nieautoryzowanych produktów medycznych. W żadnej z tych spraw Trybunał nie stwierdził naruszenia art.2 albo dlatego, że uważał, iż wystarczające leczenie i udogodnienia zostały skarżącym zapewnione na tych samych zasadach, co innym osobom znajdującym się w podobnej sytuacji albo skarżący nie przedstawili żadnego dowodu, że ich życie zostało zagrożone. W wyroku *Hristozov i inni v. Bułgaria* (z 13 listopada 2012 r.) Trybunał nie znalazł wad w regulacjach dotyczących dostępu do nieautoryzowanych produktów medycznych w sytuacji, w której konwencjonalne formy leczenia wydały się niewystarczające i uznał, że art. 2 Konwencji nie można interpretować w sposób wymagający, aby dostęp osób nieuleczalnie chorych do nieautoryzowanych produktów medycznych był uregulowany w szczególny sposób.

W związku z tym Trybunał potwierdził, że kwestie takie, jak dysponowanie środkami publicznymi w dziedzinie opieki zdrowotnej nie jest materia, w związku z którą Trybunał

powinien zajmować stanowisko. Do właściwych władz państw Konwencji należy rozważenie i decyzja o przeznaczeniu ich ograniczonych zasobów finansowych, są one bowiem lepiej przygotowane niż Trybunał do oceny potrzeb wchodzących w grę i biorą na siebie odpowiedzialność za wymagane w tej materii trudne wybory między zaspokojeniem potrzeb, z których wszystkie są istotne.

W ocenie Trybunału, w świetle dotychczasowego orzecznictwa, podejście to powinno być wyjaśnione.

W związku z tym Trybunał potwierdził, że w kontekście zarzuczonego zaniedbania medycznego, materialne obowiązki pozytywne państwa odnoszące się do leczenia są ograniczone do obowiązku regulacji, a więc stworzenia skutecznego systemu zmuszającego szpitale, prywatne lub publiczne, do przyjęcia odpowiednich środków ochrony życia pacjentów.

Nawet w sprawach, w których zaniedbania medyczne zostały stwierdzone, Trybunał może zwykle orzec materialne naruszenie art. 2 wyłącznie, gdy wchodzący w grę system regulacji nie zapewnił właściwej ochrony życia pacjenta. Trybunał potwierdził, że w razie przyjęcia przez państwa Konwencji odpowiednich regulacji mających zabezpieczyć wysokie standardy zawodowe pracowników służby zdrowia oraz ochronę życia pacjentów, kwestie takie, jak błąd w ocenie z ich strony lub niedbała koordynacja między pracownikami służby zdrowia przy leczeniu konkretnego pacjenta nie mogą jako takie wystarczać do uznania odpowiedzialności państwa z punktu widzenia jego obowiązków pozytywnych związanych z ochroną życia na podstawie art. 2 Konwencji.

Przy badaniu przez Trybunał konkretnej sprawy, kwestia, czy doszło do zaniedbania przez państwo jego obowiązków w sferze regulacji wymaga konkretnej oceny zarzuczonych braków raczej niż abstrakcyjnej. W związku z tym Trybunał potwierdził, że jego zadanie nie polega zwykle na ocenie prawa i praktyki *in abstracto*, ale na rozstrzygnięciu, czy sposób ich stosowania do skarżącego lub wpływ na niego prowadził do naruszenia Konwencji. W rezultacie, sam fakt, że system regulacji może być pod pewnymi względami wadliwy sam w sobie nie wystarcza do pojawienia się kwestia na podstawie art. 2 Konwencji. Należy wykazać, że działał na szkodę pacjenta.

Należało ponadto podkreślić, że obowiązek regulacyjny państw musi być rozumiany w szerszym sensie obejmującym obowiązek zapewnienia skutecznego ich działania. Obowiązek ten obejmuje więc również środki konieczne dla zapewnienia ich implementacji, w tym kontroli i wprowadzania w życie. W tym szerszym rozumieniu Trybunał zgodził się, że w niżej opisanych bardzo wyjątkowych okolicznościach, w związku z działaniami i zaniechaniami instytucji opieki medycznej, mógł pojawić się obowiązek państwa na podstawie części materialnej art. 2 Konwencji.

Pierwszy rodzaj wyjątkowych okoliczności dotyczy sytuacji, w której życie pacjenta zostało świadomie narażone na ryzyko przez odmowę dostępu do pilnych środków ratujących życie. Nie rozciąga się na sytuacje, w których uznaje się, że leczenie pacjenta było wadliwe, niewłaściwe lub spóźnione.

Drugi wchodzi w grę, gdy systemowa lub strukturalna dysfunkcja w służbach szpitalnych pozbawia pacjenta dostępu do pilnych środków ratujących życie a władze – chociaż wiedziały lub powinny były wiedzieć o ryzyku - nie podjęły koniecznych środków zaradczych narażając życie pacjentów na ryzyko, w tym konkretnego pacjenta wchodzącego w danym przypadku w grę.

Trybunał zdawał sobie sprawę, że czasami może nie być łatwo odróżnić sprawy wiążące się wyłącznie z zaniedbaniami medycznymi i dotyczące odmowy dostępu do pilnych środków ratujących życie, zwłaszcza że czynniki te mogły łącznie przyczynić się do śmierci pacjenta.

Sprawa znajdzie się w tej drugiej kategorii po warunkiem istnienia łącznie następujących czynników. Po pierwsze, działania i zaniechania instytucji opieki medycznej muszą wykraczać poza sam tylko błąd lub zaniedbanie medyczne w sytuacji, gdy z naruszeniem swoich obowiązków zawodowych odmawiają pacjentowi leczenia z pełną świadomością, że jego życiu grozi w związku z tym niebezpieczeństwo.

Po drugie, dysfunkcja wchodząca w grę - aby mogła być przypisana władzom państwowym – musi być obiektywnie i autentycznie możliwa do uznania za systemową lub strukturalną; aby można było ją przypisać władzom, nie może wyłącznie odnosić się do indywidualnych przypadków dysfunkcjonalności w rozumieniu przyjęcia błędnego kierunku lub niewłaściwego działania.

Po trzecie, musi istnieć związek między zarzuconą dysfunkcją i szkodą doznaną przez pacjenta. Wreszcie, dysfunkcja wchodząca w grę musi być rezultatem niespełnienia przez państwo obowiązku zapewnienia systemu regulacji we wskazanym wyżej szerszym sensie.

Trybunał zauważył, że w tej sprawie, skarżąca nie zarzuciła ani nie sugerowała, że śmierć jej męża została spowodowana intencjonalnie. Twierdziła, że jej mąż utracił życie w rezultacie zakażenia szpitalnego i oraz rozmaitych zaniedbań medycznych, do których doszło w trakcie leczenia, oraz że lekarze, którzy go leczyli, nie podjęli koniecznych środków ratowania życia. W szczególności twierdziła, że jej mąż został zakażony w szpitalu przez bakterię, która w rezultacie dalszych wydarzeń leżała u źródeł śmierci; że poważny błąd diagnostyczny nastąpił, kiedy jej mąż przebywał na oddziale ratunkowym CHVNG 29 listopada 1997 r.; że zwłoka z diagnozą umożliwiła rozwój zagrażającej życiu infekcji, która następnie musiała być leczona bardzo wysokimi dawkami leku z wyjątkowo szkodliwymi efektami ubocznymi; że decyzji o zwolnieniu jej męża z CHVNG nie towarzyszyły wymagane kontrole medyczne; oraz że doszło do perforacji wrzodów na dwunastnicy na długo przed operacją 7 marca 1998 r.

Trybunał podkreślił, że nie może kwestionować oceny sytuacji zdrowotnej pacjenta, który później zmarł albo decyzji co do wymaganego leczenia. Oceny kliniczne i decyzje zostały podjęte na tle stanu zdrowia pacjenta w owym czasie i wniosków personelu medycznego co do wymaganych zabiegów leczniczych. W związku z tym Trybunał zauważył, że leczenie, jakiemu został poddany mąż skarżącej, zostało skontrolowane na poziomie krajowym i żaden organ sądowy czy dyscyplinarny badający zarzuty skarżącej nie stwierdził jakiegokolwiek błędu w jego leczeniu. Ponadto, chociaż niektórzy biegli wyrazili wątpliwości lub krytykę niektórych aspektów jego leczenia, żaden dowód z opinii biegłych nie potwierdził rozstrzygająco istnienia zaniedbań medycznych przy leczeniu męża skarżącej.

Z wyjątkiem przypadków wyraźnej arbitralności lub błędu, Trybunał nie może kwestionować ustaleń faktycznych dokonanych przez władze krajowe, szczególnie, gdy dotyczy to ocen ekspertów naukowych, które z definicji wymagają konkretnej i szczegółowej wiedzy w danej dziedzinie. Z tego wynikało, że badanie okoliczności prowadzących do śmierci męża skarżącej oraz zarzuconej odpowiedzialności wchodzących w grę pracowników służby zdrowia były zagadnieniami, które należało rozpatrzyć z punktu widzenia odpowiedniego charakteru mechanizmów pozwalających ujawnić przebieg wydarzeń. Aspekty te wymagały zbadania z punktu widzenia obowiązku proceduralnego państwa.

W tej sprawie skarżąca nie zarzuciła, że jej mąż nie miał dostępu do leczenia generalnie lub procedury ratującej życie w szczególności. Nie było również żadnej informacji w aktach sugerującej taki problem w tej sprawie. Skarżąca twierdziła raczej, że leczenie jej męża było wadliwe z powodu zaniedbań zajmujących się nim lekarzy. W ocenie Trybunału, zarzucony błąd w diagnozie prowadzący do opóźnionego zastosowania właściwego leczenia, lub zarzucona zbyt późne podjęcie konkretnej interwencji medycznej, nie mogły jako takie stanowić podstawy do rozpatrywania faktów tej sprawy tak, jak dotyczących odmowy opieki zdrowotnej.

Ponadto Trybunał uważał, że nie było w tej sprawie wystarczających dowodów mających wykazać, że istniała w owym czasie jakaś dysfunkcja systemowa lub strukturalna w działalności szpitali, w których mąż skarżącej był leczony, o której władze wiedziały lub powinny były wiedzieć a mimo to, nie podjęły koniecznych środków prewencyjnych oraz że takie zaniedbania przyczyniły się przemożnie do śmierci męża skarżącego. W związku z tym, chociaż Trybunał nie pominął uwag krytycznych komisji ds. chorób zakaźnych i zauważył, po pierwsze, że nie wspomniała ona o jakimkolwiek dowodzie na poparcie tych uwag ogólnych ani nie uznała, że ten zarzucony brak przyczynił się w sposób decydujący do śmierci męża skarżącej. Po drugie, poglądy te zostały poparte przez regionalną komisję dyscyplinarną Stowarzyszenia Medycznego w decyzji podjętej po zbadaniu wniosków pięciu różnych komisji specjalistów, w tym ds. chorób zakaźnych. Wreszcie, żaden podobny pogląd nie został wspomniany przez innych biegłych w różnych postępowaniach na poziomie krajowym.

Nic nie wskazywało również, że zarzucone przewinienie pracowników opieki zdrowotnej wykraczało poza wyłącznie błąd lub zaniedbania medyczne lub że pracownicy biorący udział w leczeniu męża skarżącej nie zapewnili, z naruszeniem ich obowiązków zawodowych, pilnego leczenia, chociaż w pełni zdawali sobie sprawę, że bez niego jego życie byłoby zagrożone. W związku z tym, wbrew stanowisku Izby, uważał, że zarzucony brak koordynacji między jednostkami leczącymi nie oznaczał jako taki dysfunkcji w służbach szpitalnych rodzących odpowiedzialność państwa na podstawie art. 2. W tej sprawie Trybunał nie dysponował żadnym dowodem lub innym elementem umożliwiającym jakiegokolwiek ustalenia lub wnioski stwierdzające dysfunkcję strukturalną lub systemową we wchodzących w grę służbach opieki zdrowotnej.

Z tych względów Trybunał uznał, że sprawa ta dotyczyła zarzutu zaniedbań medycznych. W tych okolicznościach materialne obowiązki pozytywne Portugalii ograniczały się do obowiązku stworzenia odpowiedniego systemu regulacji zmuszającego szpitale, prywatne lub publiczne, do właściwych działań dla ochrony życia pacjentów.

Szczegółowe zasady i standardy zawarte w prawie i praktyce państwa w rozważanej dziedzinie wskazywały, że wchodzący w grę system regulacji nie zawierał żadnych braków w tej materii. Skarżąca temu nie zaprzeczała. W rezultacie Trybunał orzekł, że nie doszło do naruszenia art. 2 Konwencji w jego aspekcie materialnym (piętnaście do dwóch).

W części dotyczącej aspektu proceduralnego Trybunał przypomniał, że interpretował obowiązek proceduralny art. 2 w kontekście opieki zdrowotnej jako wymagający od państw stworzenia skutecznego i niezależnego systemu sądowego, aby można było ustalić przyczynę śmierci pacjentów znajdujących się pod opieką lekarzy, w sektorze publicznym lub prywatnym oraz pociągnąć osoby winne do odpowiedzialności.

W pewnych wyjątkowych sytuacjach, zawinienie możliwe do przypisania instytucjom opieki zdrowotnej wykraczało poza sam błąd lub zaniedbanie medyczne. Trybunał uważał, że spełnienie obowiązku proceduralnego musi wtedy objąć środki prawno karne. We wszystkich innych przypadkach, w których naruszenie prawa do życia lub integralności osobistej nie było

zamierzone, obowiązek proceduralny nałożony przez art. 2 stworzenia skutecznego i niezależnego systemu sądowego nie zawsze wymaga zapewnienia środka prawno karnego.

Wybór środków wypełnienia obowiązków pozytywnych na podstawie art. 2 co do zasady mieści się w granicach swobody państwa Konwencji. Istnieją rozmaite drogi zapewnienia praw Konwencji. Nawet, gdyby państwo nie zastosowało określonego środka przewidzianego w prawie krajowym, może nadal spełnić swój obowiązek w inny sposób. Postępowanie takie nie może jednak istnieć wyłącznie teoretycznie ale również być skuteczne w praktyce.

Wymaganie niezależności systemu krajowego stworzonego dla ustalenia przyczyny śmierci pacjentów znajdujących się pod opieką pracowników służby zdrowia jest w tym kontekście dorozumiane. Wyklucza to nie tylko związek hierarchiczny lub instytucjonalny, ale również oznacza, że wszyscy zaangażowani w proces ustalania przyczyny śmierci pacjentów są formalnie i faktycznie niezależni od tych, których dotyczą badane wydarzenia. Wymaganie to jest szczególnie ważne w przypadku biegłych, których opinie z dużym prawdopodobieństwem mogły być kluczowe dla oceny przez sąd wysoce skomplikowanych kwestii odnoszących się do zaniedbania medycznego, a więc miały szczególne znaczenie w danym postępowaniu.

Obowiązek proceduralny na podstawie art. 2 w kontekście opieki zdrowotnej wymaga również m.in. aby postępowanie zostało zakończone w rozsądnym terminie. W związku z tym Trybunał podkreślił, że, niezależnie od troski o poszanowanie praw zawartych w art. 2 Konwencji w każdej indywidualnej sprawie, również bardziej ogólne względy wymagają szybkiego badania spraw dotyczących zaniedbań medycznych w warunkach szpitalnych. Wiedza o faktach oraz możliwych błędach popełnionych w trakcie opieki medycznej może umożliwić instytucjom i wchodzącemu w grę personelowi medycznemu naprawę potencjalnych braków oraz zapobieżenie podobnym błędom. Szybkie badanie takich spraw ma więc duże znaczenie dla ochrony wszystkich, którzy korzystają z opieki zdrowotnej.

W sprawach na tle art. 2, szczególnie dotyczących postępowania wszczętego dla wyjaśnienia okoliczności śmierci jednostki w warunkach szpitalnych, przewlekłość postępowania wyraźnie wskazuje, że postępowanie było na tyle wadliwe, że stanowiło naruszenie pozytywnych obowiązków państwa na podstawie Konwencji, chyba że przedstawiło ono wysoce przekonujące i wiarygodne powody usprawiedliwiające długość postępowania.

W odróżnieniu od spraw dotyczących używania siły przez funkcjonariuszy państwa ze skutkiem śmiertelnym, gdy właściwe władze muszą z własnej inicjatywy wszcząć śledztwa, w sprawach dotyczących zaniedbań medycznych, w których śmierć została wywołana w sposób niezamierzony, obowiązki proceduralne państwa wchodzą w grę dopiero po wszczęciu postępowania przez krewnych zmarłego.

Trybunał podkreślił wreszcie, że ten obowiązek proceduralny nie dotyczy rezultatu, ale podjęcia oczekiwanych działań. Tak więc sam fakt, że postępowanie dotyczące zaniedbania medycznego zakończyło się niekorzystnie dla danej osoby nie musi oznaczać, że państwo nie spełniło swojego obowiązku pozytywnego na podstawie art. 2 Konwencji.

Mąż skarżącej, cieszący się dobrym zdrowiem, miał rutynową operację w szpitalu, p której doszło do wielu komplikacji medycznych, które spowodowały jego śmierć trzy miesiące później. Ze względu na to następstwo zdarzeń Trybunał uważał, że skarżąca miała uzasadnione podstawy do podejrzeń, że śmierć jej męża mogła być wynikiem zaniedbania medycznego. Obowiązek państwa wywiązania się z jego obowiązków proceduralnych na tle

art. 2 w postępowaniu wszczętym w sprawie śmierci męża skarżącej wchodził w tej sprawie w grę i pojawił się wraz z wszczęciem przez nią postępowania.

Trybunał stwierdził, że w sprawach dotyczących zaniedbań medycznych prawo portugalskie przewidywało, poza możliwością postępowania karnego, możliwość wszczęcia postępowania przed sądami administracyjnymi o odszkodowanie przeciwko szpitalom publicznym. Szpitale mogą ze swojej strony domagać się od swoich pracowników, którzy działali z naruszeniem ich obowiązków zawodowych, zwrotu zasądzonych odszkodowań. Ponadto, można było zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia i Stowarzyszenia Medycznego o pociągnięcie pracowników opieki zdrowotnej do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Na tej podstawie Trybunał uznał, że system prawny Portugalii oferował środki prawne, które, w teorii, spełniały wymagania proceduralne na podstawie art. 2.

W tej sprawie, skarżąca skorzystała ze wszystkich wspomnianych procedur. Kwestia dotyczyła więc tego, czy – w konkretnych okolicznościach – biorąc pod uwagę fundamentalne znaczenie prawa do życia zagwarantowanego na podstawie art.2 Konwencji oraz szczególne znaczenie wymagań proceduralnych tego przepisu, system prawny jako całość działał w danej sprawie właściwie.

Na początku Trybunał zauważył, że skarżąca nie kwestionowała niezależności i bezstronności władz krajowych lub biegłych, którzy wypowiadali się w rozmaitych postępowaniach. Mogła aktywnie uczestniczyć w rozmaitych postępowaniach i korzystała ze swoich praw proceduralnych umożliwiających jej wpływ na nie. Nic w aktach nie wskazywało, że znajdowała się w nich w niekorzystnej proceduralnie sytuacji wobec instytucji medycznych lub lekarzy. Pozostało więc upewnić się, czy postępowania krajowe było skuteczne a więc szczegółowe, szybkie i zakończone w rozsądnym terminie.

W związku z kwestią szczegółowości Trybunał uznał za właściwe odpowiedzieć najpierw na konkretne zarzuty skarżącej podniesione w jej przedłożeniach na piśmie dotyczące braku autopsji i zgody męża na operację. Trybunał zgodził się z opinią Izby, że przyczyna śmierci nie rodziła żadnych wątpliwości wymagających sekcji zwłok na podstawie przepisów ustawowych w tej materii. W związku z drugą kwestią, przy braku konkretnego zarzutu, Trybunał stwierdził, że nie można było uznać, że krajowe organy sądowe i inne popełniły błąd z powodu niezagłębienia się w tę kwestię.

W związku z kwestią sposobu prowadzenia postępowania krajowego Trybunał zauważył, że w postępowaniu przed IGZ minęły dwa lata zanim zostało zarządzone wszczęcie śledztwa i kolejny rok trzeba było czekać na powołanie inspektora do kierowania śledztwem. Skarżąca złożyła zeznania po raz pierwszy po prawie 3,5 roku od skontaktowania się przez nią z władzami. Śledztwo przed tym organem nie było więc szybkie. Trybunał zauważył poza tym, że po ponad siedmiu latach i 10 miesiącach skarżącą została poinformowana, że postępowanie dyscyplinarne przeciwko lekarzowi zostanie zawieszona w oczekiwaniu na wynik procesu karnego. W tym okresie raport Inspektora prowadzącego sprawę został dwukrotnie uchylony przez Inspektora Zdrowia z poleceniem uzyskania dodatkowych informacji albo zarządzenia opinii innych biegłych. Wszystko to wskazywało, w szczególnych okolicznościach tej sprawy, na braki w sposobie prowadzenia śledztwa przez IGZ.

W związku z postępowaniem w Stowarzyszeniu Medycznym Trybunał zauważył, że szybko odpowiedziało ono na wniosek skarżącej, występując o opinie pięciu swoich komisji specjalistycznych natychmiast po otrzymaniu akt medycznych pacjenta, a całkowity okres tego postępowania wyniósł ok. 4 lata i 5 miesięcy w dwóch instancjach. Nie można było uznać tego okresu jako takiego za nieuzasadniony. Trybunał nie mógł jednak stracić z oczu

faktu, że postępowanie przed tym wyspecjalizowanym organem składało się wyłącznie z badania dokumentacji lekarskiej pacjenta oraz opinii komisji specjalistycznych. Procedura była pisemna, bez odbierania dowodów ustnych. Z tej perspektywy i przy braku wszelakiego wyjaśnienia ze strony rządu tak długiego procedowania było ono nieuzasadnione.

Z tych względów Trybunał uważał, że postępowanie dyscyplinarne w tej sprawie z trudem mogło być uznane za skuteczne dla celów art. 2. Ponadto, konieczne było zbadanie skuteczności postępowania karnego.

W tej sprawie nic wskazywało, aby do śmierci męża skarżącej doszło w sposób zamierzony a jej okoliczności nie były tego rodzaju, aby rodziły podejrzenia w tym zakresie. Art. 2 niekoniecznie wymagał środka prawnego karnego. Postępowania takie, gdyby zostało uznane za skuteczne, mogłyby jako takie spełnić obowiązek proceduralny art.2. Trybunał doszedł jednak do wniosku, że również postępowanie karne w tej sprawie było nieskuteczne dla celów art. 2.

Przy badaniu skuteczności pozwu o odszkodowanie wniesionego przez skarżącą przed sądami administracyjnymi Trybunał uznał, że postępowanie to mogło zasadniczo zapewnić najodpowiedniejszy środek naprawy w związku ze śmiercią męża skarżącej. Trybunał uważał jednak, że nie stało się tak w tym przypadku z następujących powodów.

Pierwszą uderzającą cechą tego postępowania była jego znaczna długość. Sprawa o odszkodowanie przed Sądem Administracyjnym w Oporto i Trybunałem Podatkowym trwała prawie 10 lat w dwóch instancjach. Nic tego nie uzasadniało.

Po drugie, Zdaniem Trybunału, dla celów obowiązku proceduralnego na tle art. 2, zakres śledztwa dotyczącego skomplikowanych kwestii wynikających z kontekstu medycznego, nie można interpretować jako ograniczonego do bezpośredniej przyczyny śmierci osoby. Trybunał nie może spekulować co do powodów, dla których pochodzenia zabójczej bakterii nie dało się ustalić na poziomie krajowym. Stwierdził jednak, że w razie możliwego do uzasadnienia *prima facie* twierdzenie o istnieniu łańcucha zdarzeń, mogących być rezultatem rzekomego niedbalstwa i przyczynić się do śmierci pacjenta, w szczególności, gdy wchodził w grę zarzut infekcji nabytej w szpitalu, można oczekiwać od władz szczegółowego zbadania tej kwestii. W tej sprawie jednak do tego nie doszło. Zamiast ogólnej oceny, sądy potraktowały łańcuch zdarzeń jako następstwo incydentów medycznych, nie zwracając szczególnej uwagi na możliwe powiązania między nimi.

W podsumowaniu, Trybunał uznał, że system krajowy jako całość, w przypadku dającego się uzasadnić przypadku zaniedbań medycznych skutkujących śmierć męża skarżącej, nie zapewnił odpowiedniej i we właściwym czasie reakcji zgodnie z obowiązkiem państwa na podstawie art. 2. W rezultacie, nastąpiło naruszenie aspektu proceduralnego tego przepisu (jednogłośnie).

Portugalia musi zapłacić skarżącej 23 tys. euro jako zadośćuczynienie za krzywdę moralną.

Uwagi:

Wielka Izba wyjaśniła gwarancje, w sferze pozytywnych obowiązków państwa i proceduralne, dotyczące niezwykle ważnej kategorii spraw, w których wchodzi w grę kwestia ochrony prawa do życia pacjentów leczonych w szpitalach i w tym kontekście błędów czy zaniedbań lekarzy i innych pracowników medycznych.