



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS  
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

© Ministerstwo Sprawiedliwości, [www.gov.pl/web/sprawiedliwosc](http://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc) [Translation already published on the official website of the Polish Ministry of Justice] Permission to re-publish this translation has been granted by the Polish Ministry of Justice for the sole purpose of its inclusion in the Court's database HUDOC

© Ministerstwo Sprawiedliwości, [www.gov.pl/web/sprawiedliwosc](http://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc) [Tłumaczenie zostało już opublikowane na oficjalnej stronie Ministerstwa Sprawiedliwości] Zezwolenie na publikację tego tłumaczenia zostało udzielone przez Ministerstwo Sprawiedliwości wyłącznie w celu zamieszczenia w bazie Trybunału HUDOC

SEKCJA PIERWSZA

**SPRAWA KORNICKA-ZIOBRO przeciwko POLSCE**

*(Skarga nr 23037/16)*

WYROK

Art. 2 (aspekt proceduralny) • Skuteczne postępowanie karne w sprawie przyczyny śmierci męża skarżącej, która nastąpiła po serii interwencji medycznych w związku z chorobą serca - Niezłożenie przez skarżącą wniosku o odszkodowanie cywilne uniemożliwiło Trybunałowi ocenę reakcji pozwanego państwa jako całości

STRASBURG

20 października 2022 r.

**OSTATECZNY**  
**06/03/2023**

*Wyrok ten stał się ostateczny na zasadach określonych w art. 44 ust. 2 Konwencji.  
Wyrok może podlegać korekcie wydawniczej.*



**W sprawie Kornicka-Ziobro przeciwko Polsce,**

Europejski Trybunał Praw Człowieka (Seksja Pierwsza), zasiadając jako Izba w składzie:

Marko Bošnjak, *Przewodniczący*,  
Péter Paczolay,  
Erik Wennerström,  
Raffaele Sabato,  
Lorraine Schembri Orland,  
Ioannis Ktistakis, *sędziowie*,  
Michał Balcerzak, *sędzia ad hoc*,

oraz Liv Tigerstedt, *Zastępca Kanclerza Sekcji*,

mając na uwadze:

skargę (nr 23037/16) przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej wniesioną do Trybunału w dniu 16 kwietnia 2016 r. na podstawie art. 34 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności („Konwencja”) przez obywatelkę polską Krystynę Kornicką-Ziobro („skarżąca”);

decyzję o zawiadomieniu Rządu RP („Rządu”) o skardze;

decyzję Przewodniczącego Sekcji o wyznaczeniu Michała Balcerzaka do zasiadania w charakterze sędziego *ad hoc* (art. 26 ust. 4 Konwencji oraz Reguła 29 § 1(a) Regulaminu Trybunału) z uwagi na wycofanie się ze sprawy przez Krzysztofa Wojtyczka, sędziego wybranego w odniesieniu do Polski (Reguła 28 § 3);

uwagi stron;

aktualizację stanu faktycznego przedstawioną przez skarżącą w dniu 5 marca 2022 r. oraz odpowiedź Rządu na nią z dnia 5 kwietnia 2022 r.;

obradując na posiedzeniu niejawnym w dniach 25 stycznia 2022 r. oraz 13 września 2022 r.,

wyduje następujący wyrok, który został przyjęty w dniu 13 września 2022 r.:

## WPROWADZENIE

1. Sprawa dotyczy zarzutów naruszenia obowiązków proceduralnych wynikających z art. 2 Konwencji, polegających na tym, że śledztwo w sprawie J.Z., który zmarł w szpitalu, nie było skuteczne, dokładne ani szybkie.

## FAKTY

2. Skarżąca urodziła się w 1940 r. i mieszka w Krynicy Zdroju. Reprezentował ją prof. I. Kamiński z Instytutu Nauk Prawnych PAN w Krakowie.

3. Rząd polski („Rząd”) reprezentowany był przez swojego pełnomocnika J. Chrzanowską, a następnie przez J. Sobczaka z Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

4. Przedstawione przez strony okoliczności faktyczne sprawy można streścić w następujący sposób.

## I. KONTEKST SPRAWY

5. W dniu 15 czerwca 2006 r. mąż skarżącej, J.Z., który miał wówczas siedemdziesiąt lat, poczuł się źle po odbyciu pieszej wycieczki. Następnie poddał się badaniom lekarskim, w których stwierdzono wskazania do pilnej operacji serca, mianowicie koronarografii. Termin zabiegu został przyspieszony z uwagi na fakt, że stan zdrowia pacjenta nie poprawiał się. Dr D.D., praktykujący w klinice kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie („Klinika”), został polecony skarżącej i jej mężowi jako główny specjalista w tej dziedzinie.

6. Męża skarżącej przyjęto do Kliniki w dniu 22 czerwca 2006 r. w celu leczenia interwencyjnego. Tego samego dnia dr D.D. wraz ze swoim zespołem wykonał koronarografię. Konieczna okazała się dalsza natychmiastowa interwencja medyczna i J.Z. przeszedł zabieg angioplastyki wieńcowej i wszczepienia stentów.

7. W dniu 23 czerwca 2006 r. zespół medyczny odbył ze skarżącą i jej dwoma synami 90-minutową rozmowę, podczas której wyjaśniono stan zdrowia J.Z., omówiono przebieg dwóch operacji oraz plan dalszego leczenia. W dniu 26 czerwca 2006 r. wykonano drugą angioplastykę wieńcową. Z uwagi na to, że stan pacjenta nie poprawił się, w dniu 27 czerwca 2006 r. wykonano kolejny zabieg medyczny. Większość interwencji przeprowadził dr D.D. wraz z zespołem składającym się z trzech lub czterech innych specjalistów. Po każdej operacji J.Z. poddawano ścisłej obserwacji i leczono różnymi lekami, w tym nitrogliceryną i antybiotykami.

8. Od rana 1 lipca 2006 r. stan pacjenta zaczął się gwałtownie pogarszać. Przeprowadzono szereg badań i zabiegów, podczas których obecny był cały zespół lekarzy, którzy operowali pacjenta. Chorego zaintubowano i wykonano masaż serca. Przybyli również skarżąca i jej dwaj synowie – W.Z. i Zbigniew Ziobro.

9. W dniu 2 lipca 2006 r. o godz. 2.00 J.Z. zmarł w Klinice z powodu niewydolności serca i obrzęku płuc, będących skutkiem nieodwracalnego uszkodzenia serca.

10. W okresie od 2005 r. do listopada 2007 r. Zbigniew Ziobro był posłem na Sejm i sprawował urząd Ministra Sprawiedliwości. W tym okresie urząd Ministra Sprawiedliwości został połączony z urzędem Prokuratora Generalnego (obie funkcje zostały rozdzielone w 2010 r.). Od dnia 16 listopada 2015 r. Zbigniew Ziobro ponownie jest Ministrem

Sprawiedliwości. W dniu 4 marca 2016 r. został Prokuratorem Generalnym po nowelizacji ustawy, która ponownie ujednoliciła te dwa stanowiska.

## II. POSTĘPOWANIE PRZYGOTOWAWCZE

11. W dniu 1 sierpnia 2006 r. jeden z synów zmarłego, W.Z., zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa w trakcie leczenia ojca. Odniósł się do kilku zdarzeń z okresu bezpośrednio poprzedzającego śmierć J.Z., które miały świadczyć o braku kompetencji lekarzy i niewłaściwej metodzie leczenia i które doprowadziły do śmierci jego ojca. Następnie do postępowania przystąpili skarżący oraz drugi z synów zmarłego, Zbigniew Ziobro. Przyznano im status pokrzywdzonych.

12. W tym samym dniu Prokurator Rejonowy krakowskiej prokuratury wszczął postępowanie przygotowawcze w sprawie możliwości popełnienia przestępstwa ściganego z art. 160 § 2 k.k. w związku ze śmiercią J.Z.

13. W okresie do listopada 2007 r. różni prokuratorzy przeprowadzili wiele czynności z zakresu postępowania przygotowawczego. Przeprowadzono sekcję zwłok i przekazano prokuratorowi opinię lekarską. Prokurator przesłuchał świadków, w tym członków rodziny, zebrał dowody medyczne z Kliniki i co najmniej sześciokrotnie zarządził przeszukania w Klinice w celu pozyskania dalszej dokumentacji. Prokurator wystąpił do Zakładu Medycyny Sądowej w Krakowie o ekspertyzę medyczną i techniczną w zakresie analizy dysków twardych komputerów zabezpieczonych z Kliniki. Operatora telefonii komórkowej zobowiązano do przekazania danych bilingowych oraz wykazów połączeń z telefonu komórkowego dr. D.D. w okresie objętym postępowaniem. Prokurator z Ostrowca Świętokrzyskiego, któremu przekazano sprawę w dniu 15 marca 2007 r., zlecił sporządzenie wspólnej opinii lekarskiej. Jednak Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a później Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Gdańskiego poinformowały prokuratora, że nie będą mogły sporządzić opinii z różnych obiektywnych względów. Ostatecznie sporządzenie opinii zlecono Zakładowi Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej; została ona przedłożona w dniu 7 lutego 2007 r. Prokurator zwrócił się również o wydanie przez biegłego opinii grafologicznej dotyczącej podpisu na umowie przedoperacyjnej pacjenta.

14. W dniu 19 marca 2008 r. do prokuratora wpłynęła kolejna opinia biegłego lekarza z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

15. W dniu 14 kwietnia 2008 r. Prokurator Rejonowy w Ostrowcu Świętokrzyskim postanowił umorzyć postępowanie, uznając, że nie doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej ani innego przestępstwa. W postanowieniu z uzasadnieniem, które liczyło 73 strony, prokurator przeanalizował cały materiał dowodowy, którym dysponował. Na dowody medyczne składało się dziesięć opinii biegłych z różnych dziedzin medycyny.

16. Skarżąca i jej dwaj synowie zaskarżyli przedmiotowe postanowienie. Przedłożyli kolejne dowody medyczne, w tym opinię lekarską z oddziału kardiologii Uniwersytetu w Uppsali.

17. W dniu 5 września 2008 r. Sąd Rejonowy w Krakowie uchylił przedmiotowe postanowienie i przekazał sprawę w celu uzupełnienia postępowania przygotowawczego. W szczególności sąd polecił prokuratorowi zlecenie sporządzenia wspólnej i interdyscyplinarnej opinii biegłych. W odniesieniu do opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi sąd stwierdził, że „już na pierwszy rzut oka widoczna jest jej niejednoznaczność, niekompletność, a co najbardziej rzuca się w oczy – nie zostało to zauważone przez prokuratora”.

18. W dniu 25 czerwca 2009 r. prokurator wezwał zespół biegłych z różnych wydziałów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W pisemnym zarządzeniu zadano im 240 różnych pytań. Prokurator kilkakrotnie uzupełniał powyższe zarządzenie, wskazując, że w miejsce tych biegłych, którzy wstrzymali się od udziału w zespole biegłych w tej sprawie, miały wejść nowe ośrodki uniwersytetu medycznego lub poszczególni specjaliści. Wobec liczby osób, które wstrzymały się od udziału, prokurator zwrócił się do Ministra Zdrowia o wskazanie kompetentnych specjalistów. Prokurator przeformułował również pytania do biegłych i dodał nowe, zgodnie z wnioskami skarżącej i jej synów (łączna liczba pytań wynosiła 277). Ze względu na złożoność pytań zawartych w zarządzeniu opinia częściowa została przedłożona dopiero w dniu 18 listopada 2010 r. Ostateczna opinia medyczna sporządzona przez jedenastu biegłych została zakończona w maju 2011 r.

19. W dniu 10 stycznia 2011 r. skarżąca wniosła skargę na podstawie ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o skardze na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym lub nadzorowanym przez prokuratora i postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki – „ustawa z 2004 r.”), zarzucając przewlekłość postępowania przygotowawczego.

20. W dniu 10 marca 2011 r. Sąd Okręgowy w Gliwicach oddalił skargę. Sąd uznał, że prokurator stanął przed trudnym zadaniem uzyskania wspólnej opinii lekarskiej, sporządzonej przez zespół piętnastu biegłych z siedmiu dziedzin medycyny. Biegli otrzymali ponad 270 pytań, z których około 250 pochodziło od skarżącej i jej dwóch synów. Zgromadzenie takiego interdyscyplinarnego zespołu specjalistów krajowych okazało się czasochłonne, ponieważ wielu biegłych uchylało się od udziału w sporządzaniu opinii ze względu na obciążenie pracą lub z innych powodów.

21. W dniu 22 lutego 2011 r. Prokurator Rejonowy w Ostrowcu Świętokrzyskim wydał postanowienie oddalające wniosek skarżącej o wydanie kolejnej opinii medycznej przez zagranicznych biegłych.

22. W dniu 15 czerwca 2011 r. Prokurator Rejonowy w Ostrowcu Świętokrzyskim umorzył postępowanie, uznając, że nie doszło do popełnienia przestępstwa.

23. W dniu 21 czerwca 2011 r. skarżąca i jej dwaj synowie wniesli subsydiarny akt oskarżenia przeciwko czterem lekarzom, w tym dr. D.D. Zarzucili lekarzom, że są winni popełnienia czynów zabronionych z art. 155 i 160 § 2 k.k. (zob. paragraf 47 poniżej). Podstawę aktu oskarżenia stanowiło około 400 dokumentów już zgromadzonych w aktach sprawy oraz osiem prywatnych opinii lekarskich z różnych ośrodków specjalistycznych w USA, Izraelu, Szwecji i we Włoszech. Ponadto skarżąca wniosła o przeanalizowanie dowodów medycznych przez międzynarodowy zespół ekspertów. Zarzuty podniesione przez skarżącą dotyczyły wyboru sposobu leczenia przez czterech oskarżonych lekarzy, a także uchybień w zakresie spraw techniczno-organizacyjnych w Klinice.

24. W dniu 22 stycznia 2012 r. do postępowania w sprawie skarżącej i jej dwóch synów przystąpił prokurator; tym samym stali się oni oskarżycielami posiłkowymi.

25. W dniu 24 lutego 2012 r. Sąd Rejonowy w Krakowie umorzył postępowanie wobec wszystkich czterech lekarzy, uznając, że nie doszło do popełnienia przestępstwa. Chociaż sąd stwierdził, że nie można ustalić, dlaczego J.Z. nie podawano przez dłuższy czas leku przeciwzakrzepowego, to jednak uznał, że diagnoza postawiona przez lekarzy i ich wybór leczenia były prawidłowe. Dochodząc do swoich wniosków, sąd oparł się w dużej mierze na najnowszej opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

26. W dniu 26 marca 2012 r. skarżąca i jej synowie zaskarżyli orzeczenie. W szczególności zakwestionowali opinię biegłego, wskazując na nieścisłości i błędy.

27. W dniu 28 czerwca 2012 r. Sąd Okręgowy w Krakowie utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie w stosunku do trzech lekarzy, ale uchylił je w zakresie zarzutów wobec dr. D.D., przekazując sprawę do ponownego rozpoznania sądowi niższej instancji.

28. W dniu 21 grudnia 2012 r. Prokurator Generalny A.S., na wniosek skarżącej, wniósł kasację Prokuratora Generalnego od orzeczenia z dnia 28 czerwca 2012 r. W szczególności prokurator wskazał na nieścisłości w opinii biegłych pomiędzy odpowiedziami na poszczególne pytania, przyznając, że popełniono ewidentne błędy, ale stwierdzając, że nie doszło do błędu w sztuce lekarskiej. Na przykład biegli przyznali, że wycofanie leków przeciwzakrzepowych było błędem i że pacjent nie otrzymywał tych ani innych leków pomimo wyraźnych wskazań, że byłoby to właściwe leczenie.

29. W dniu 14 marca 2013 r. Sąd Najwyższy rozpoznał kasację Prokuratora Generalnego i uchylił zaskarżone orzeczenie. Sprawa została przekazana do ponownego rozpatrzenia przez Sąd Okręgowy w Krakowie.

Sąd Najwyższy podkreślił, że wprowadzie wnioski biegłych stanowią cenny element oceny dokonywanej przez sąd zlecający opinię, jednak sąd ten nie może być zwolniony z przeprowadzenia analizy, czy istnieje korelacja pomiędzy twierdzeniami biegłych a ich wnioskami. Praca biegłych podlegała ocenie sądu orzekającego, który był zobowiązany do ustalenia, czy opinia, na której się oparł, była spójna i logiczna. W związku z tym Sąd Najwyższy wskazał na niespójności w odpowiedziach na niektóre z 277 pytań, które zostały zadane poszczególnym biegłym. Wreszcie sąd wskazał, że sąd niższej instancji powinien rozważyć możliwość posłużenia się „prywatnymi ekspertyzami” przedłożonymi przez strony w ewentualnym dalszym postępowaniu.

30. W dniu 25 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Krakowie uchylił orzeczenie z dnia 24 lutego 2011 r. w części, która została utrzymana w mocy przez Sąd Okręgowy w Krakowie w dniu 28 czerwca 2012 r. (wobec trzech lekarzy; zob. paragraf 27 powyżej). Sprawę przekazano Sądowi Rejonowemu w Krakowie, który następnie przeprowadził wiele rozpraw.

31. W dniu 27 października 2014 r. Sąd Rejonowy w Krakowie postanowił zlecić sporządzenie wspólnej opinii lekarskiej przez biegłych z siedmiu klinik uniwersytetów medycznych w Polsce oraz kolejnych trzech profesorów medycyny. W dniu 8 maja 2015 r. Sąd Rejonowy w Krakowie postanowił zmienić powyższe postanowienie poprzez określenie dodatkowych pytań, które należało zadać biegłym. Opinia biegłych około piętnastu specjalistów z zakresu medycyny została przedłożona sądowi w kwietniu 2016 r. Ostateczna wersja opinii biegłych z zakresu medycyny została sporządzona w styczniu 2017 r.

32. W dniu 10 lutego 2017 r. Sąd Rejonowy w Krakowie wydał wyrok uniewinniający wszystkich czterech lekarzy.

33. Sąd ten ustalił, że w przedmiotowym czasie dr D.D. pełnił funkcję zastępcy kierownika oddziału hemodynamicznego w Klinice, pracował w Zarządzie Sekcji Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a od 2006 r. był członkiem Zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Posiadał uprawnienia do przeprowadzania wszystkich zabiegów kardiologicznych oraz obronił pracę doktorską i habilitacyjną z zakresu kardiologii. Był autorem licznych książek i innych publikacji z tej dziedziny. Trzech pozostałych lekarzy, w tym dyrektor kliniki kardiologii uczelni krakowskiej, to również uznani specjaliści. Sąd uznał, że leczenie zastosowane wobec J.Z. nie było nieprawidłowe ani niezgodne z najlepszymi praktykami europejskimi w przedmiotowym czasie. W szczególności nie można było stwierdzić, że zabieg wszczepienia stentów był nieprawidłowy lub że J.Z. nie wyraził na niego świadomej zgody. Sąd oparł się w szczególności na dwóch głównych opiniach lekarskich sporządzonych przez powołanych przez sąd biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2011 i 2017 i odrzucił jako bezprzedmiotowe przedłożone przez skarżącą „prywatne opinie biegłych”

pozyskane z różnych placówek zagranicznych. Sąd uznał, że śmierć J.Z. nastąpiła w wyniku powikłań związanych z leczeniem i powikłań pooperacyjnych.

34. Prokurator i oskarżyciele posiłkowi, w tym skarżąca, zaskarżyli ten wyrok.

35. W listopadzie 2017 r. Sąd Okręgowy w Krakowie zwrócił się do Sądu Najwyższego o przekazanie sprawy do innego sądu. Sąd uzasadnił swój wniosek tym, że Minister Sprawiedliwości Zbigniew Ziobro niedawno odwołał prezesa i wiceprezesów Sądu Okręgowego w Krakowie. W jego ocenie istniała możliwość, że decyzja ta będzie interpretowana jako sposób wywarcia nacisku na Sąd Okręgowy w Krakowie oraz na sędziów przydzielonych do rozpoznania sprawy, w której minister i jego rodzina byli stronami, tj. oskarżycielami posiłkowymi.

36. W dniu 30 stycznia 2018 r. Sąd Najwyższy odrzucił wniosek i uznał, że apelacją powinien zająć się Sąd Okręgowy w Krakowie. Sąd Najwyższy uznał, że przekazanie sprawy innemu sądowi z przytoczonych powodów nie będzie służyć „dobru wymiaru sprawiedliwości”. Uznał, że w rzeczywistości Sąd Okręgowy w Krakowie chciał się pozbyć nagłośnionej i uciążliwej sprawy; wniosek ten, choć zrozumiały, nie mógł zostać uwzględniony.

37. W dniu 11 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w Krakowie przeprowadził pierwszą rozprawę. Na kolejnej rozprawie, która odbyła się następnego dnia, sąd z urzędu postanowił przeprowadzić dowód z opinii czterech biegłych. Ponadto uwzględnił wniosek jednego z oskarżonych o przesłuchanie piątego biegłego oraz wniosek oskarżyciela publicznego o przesłuchanie kolejnych dwóch biegłych. Okazuje się, że wszystkich siedmiu biegłych miało wcześniej sporządzone opinie w tej sprawie.

38. Ogólnie rzecz biorąc, w postępowaniu apelacyjnym sąd wyznaczył pięćdziesiąt jeden rozpraw, z których dziewięć odwołano. Część z tych rozpraw odwołano z nieznanych przyczyn, a dwie odwołano na początku 2020 r. na wniosek skarżącej, gdyż nie była ona w stanie w nich uczestniczyć z uwagi na pobyty w szpitalu. Według skarżącej przestała ona uczestniczyć w rozprawach osobiście; zwróciła się do sądu o prowadzenie sprawy pod jej nieobecność, aby nie powodować dalszych opóźnień.

W okresie od 23 maja 2018 r. do 8 listopada 2019 r. sąd odbył dwadzieścia jeden rozpraw, podczas których przeprowadził dowód z opinii czterech biegłych; dowód został dopuszczony z urzędu. Następnie przesłuchał jednego biegłego, zawnioskowanego przez prokuratora, i rozpoczął przesłuchanie świadka C.C., zawnioskowanego przez oskarżonych. Sąd przesłuchał biegłego C.C. na trzynastu rozprawach, które odbyły się w okresie od 10 czerwca 2020 r. do 15 grudnia 2021 r.

Według skarżącej w dniu 2 października 2020 r. napisała ona do sądu, stwierdzając, że chociaż nie była już w stanie uczestniczyć w rozprawach osobiście, to uważnie śledziła przesłuchania świadków. Zwróciła się do sądu o wezwanie biegłego C.C. do udzielenia związanych odpowiedzi na pytania,

gdyż udzielał on długich odpowiedzi, które nie były związane z przedmiotem sprawy. Przyczyniło się to do zwiększenia kosztów postępowania i jego długości. W toku postępowania apelacyjnego skarżąca nie wniosła o przesłuchanie przez sąd nowych świadków ani o dopuszczenie nowych dowodów z opinii biegłych.

39. W dniu 11 stycznia 2022 r. sąd wyraził zgodę na uwzględnienie wniosku oskarżonego o włączenie do akt sprawy opinii sporządzonej przez zagranicznych biegłych w innym postępowaniu związanym z pracą biegłych i wiarygodnością wspólnej opinii biegłych, o której mowa w paragrafie 31 powyżej (sygn. PK IV WZ Ds.34.2016, zob. paragraf 45 poniżej).

40. Ogółem w okresie od 11 kwietnia 2018 r. do 15 marca 2022 r. (data ostatniej rozprawy, przedstawiona przez strony w aktualizacji stanu faktycznego) sąd apelacyjny odbył czterdzieści dwie rozprawy, poświęcone niemal wyłącznie przeprowadzaniu dowodu z opinii pięciu biegłych sądowych.

41. Postępowanie toczy się przed Sądem Okręgowym w Krakowie.

### III. INNE POSTĘPOWANIA

42. Trzykrotnie, w latach 2009, 2012 i 2015, skarżąca zwracała się do Kliniki z propozycjami polubownego załatwienia sprawy. Wszelkie negocjacje zakończyły się niepowodzeniem, gdyż szpital nie wyraził zainteresowania zawarciem ugody i wypłatą odszkodowania.

43. W związku z powyższymi zdarzeniami nie wszczęto postępowania dyscyplinarnego wobec czterech wymienionych lekarzy.

44. W czerwcu 2015 r. prokurator wszczął postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzutów dotyczących fałszowania dokumentów medycznych w związku ze sprawą J.Z. W dniu 28 września 2017 r. Prokurator Okręgowy w Krakowie wniósł akt oskarżenia przeciwko osobie trzeciej, a postępowanie karne w tej sprawie toczy się przed sądem pierwszej instancji.

45. W bliżej nieokreślonym dniu 2016 r. prokuratura wszczęła śledztwo w sprawie zarzutu wyłudzenia przez biegłych ze Śląskiej Akademii Medycznej, polegającego na tym, że mieli oni zawyżyć koszty sporządzenia opinii medycznej zleconej przez sąd (sygn. PK IV WZ Ds.34.2016, zob. również paragraf 39 powyżej). W ramach tego postępowania prokuratorzy zbadali również wiarygodność wspólnej uzupełniającej opinii biegłych (zob. paragraf 31 powyżej). Biorąc pod uwagę, że w tej opinii były różne rozbieżności, prokuratorzy postanowili uzyskać opinię od zagranicznych biegłych z zakresu medycyny. W nieznanym dniu 2021 r. prokuratura uzyskała ekspertyzę, która – w ocenie Rządu – potwierdziła, że wspólna opinia polskich biegłych z zakresu medycyny rzeczywiście zawierała pewne rozbieżności. Postępowanie jest w toku.

46. W bliżej nieokreślonym dniu w 2006 r. prokuratura wszczęła postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzutu „nieprawidłowości w badaniach klinicznych określonego rodzaju stentów”. To postępowanie również jest w toku.

## WŁAŚCIWE RAMY PRAWNE I PRAKTYKA

47. Istotne przepisy Kodeksu karnego stanowią, co następuje:

### Art. 155

„Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

### Art. 160

„1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

48. Artykuł 55 § 1 Kodeksu postępowania karnego stanowi:

„W razie powtórnego wydania postanowienia o odmowie wszczęcia lub o umorzeniu postępowania w wypadku, o którym mowa w art. 330 § 2, pokrzywdzony może w terminie miesiąca od doręczenia mu zawiadomienia o postanowieniu prokuratora nadzrędnego o utrzymaniu w mocy zaskarżonego postanowienia wnieść akt oskarżenia do sądu, dołączając po jednym odpisie dla każdego oskarżonego oraz dla prokuratora”.

49. Szczegółowy opis właściwego prawa krajowego i praktyki dotyczącej środków odwoławczych z tytułu przewlekłości postępowania – w szczególności mających zastosowanie przepisów ustawy z 2004 r. – przedstawiono w pilotażowym wyroku Trybunału w sprawie *Rutkowski i inni przeciwko Polsce* (nr 72287/10, 13927/11 i 46187/11, §§ 75-107, 7 lipca 2015 r.).

## PRAWO

### I. UWAGI WSTĘPNE – ZAKRES SPRAWY

50. Odnosząc się do zakresu przedmiotowego sprawy, należy zauważyć, że w skardze do Trybunału skarżąca podniosła dwa zarzuty z art. 2 Konwencji. Skarżąca zarzuciła, że prawo do życia jej męża zostało naruszone z powodu różnych przypadków zaniedbań medycznych, które przyczyniły się do jego śmierci. Po drugie skarżyła się na proceduralne naruszenie art. 2 Konwencji, ponieważ postępowanie przygotowawcze w sprawie śmierci jej męża nie było skuteczne ani dokładne.

51. W swoich dalszych pismach złożonych w postępowaniu przed Trybunałem skarżąca postanowiła jednak „ograniczyć swoją skargę złożoną w Trybunale jedynie do proceduralnego aspektu art. 2”.

W konsekwencji Trybunał stwierdza, że nie ma obowiązku zbadania skargi na naruszenie art. 2 Konwencji w jej aspekcie merytorycznym.

## II. ZARZUCANE NARUSZENIE ART. 2 KONWENCJI

52. Skarżąca zarzuciła naruszenie jej prawa do dokładnego i skutecznego postępowania przygotowawczego w sprawie śmierci jej męża. Powołała się w tym zakresie na art. 2 Konwencji, który w odpowiednim zakresie stanowi:

„1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę [...]”.

### A. Dopuszczalność

53. Rząd twierdził, po pierwsze, że skarga jest przedwczesna, ponieważ postępowanie karne przeciwko lekarzom nadal toczy się przed Sądem Okręgowym w Krakowie. Poinformował również Trybunał o innych postępowaniach karnych związanych z tą sprawą, które toczyły się przed organami krajowymi (zob. paragrafy 44–46 powyżej). W ocenie Rządu postępowania te mogły mieć wpływ na wynik przedmiotowego postępowania.

54. Rząd twierdził ponadto, że skarżąca powinna była wystąpić z powództwem cywilnym o odszkodowanie, ponieważ postępowanie cywilne co do zasady lepiej służy badaniu kwestii zarzucanych błędów w sztuce lekarskiej. Rząd przytoczył przykłady orzecznictwa krajowego wskazujące na skuteczność środka odwoławczego w sprawach cywilnych. Ponadto Rząd wywodził, że skarżąca wyraźnie przewidywała skorzystanie ze środka prawnego o charakterze cywilnym, ponieważ trzykrotnie zwracała się do szpitala z próbami ugodowego załatwienia sprawy. Zgodnie z prawem krajowym tego rodzaju czynności procesowe wstrzymywały bieg terminu przedawnienia roszczenia cywilnego, a zatem posunięcie to było niewątpliwie elementem strategii procesowej skarżącej.

55. Wreszcie Rząd twierdził, że w zakresie, w jakim skarżąca uważała, że postępowanie przygotowawcze w sprawie okoliczności śmierci jej męża nie było szybkie, powinna była złożyć drugą skargę na podstawie ustawy z 2004 r. w trakcie postępowania sądowego.

56. Skarżąca zakwestionowała stanowisko Rządu i stwierdziła, że skarga jest dopuszczalna. Podkreśliła, że w Polsce istnieją w zasadzie dwie drogi – cywilna i karna – w których można ustalić przyczyny śmierci w następstwie zabiegu medycznego, w celu pociągnięcia do odpowiedzialności osób odpowiedzialnych. Z wybranego przez skarżącą środka karnoprawnego najczęściej korzysta się w Polsce w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej. Ponadto równoczesny środek cywilnoprawny nie byłby w takich

okolicznościach skuteczny, ponieważ sąd cywilny zwykle zawiesza postępowanie na czas trwania postępowania przygotowawczego i procesu karnego. Wybrany przez skarżącą środek karny należy zatem uznać za skuteczny i nie należało oczekiwać od niej wystąpienia z dodatkowym powództwem cywilnym o odszkodowanie. Skarżąca powołała się na liczne sprawy przeciwko Polsce, w których skarżący korzystali jedynie ze środka prawnokarnego, a Trybunał wydał wyrok lub przyjął jednostronną deklarację Rządu. Podniosła również, że zgodnie z orzecznictwem Trybunału w sytuacji, gdy istnieje więcej krajowych środków odwoławczych, z których jednostka może skorzystać, to ma ona możliwość wyboru środka, który odnosi się do zasadniczego roszczenia.

57. Wreszcie skarżąca podkreśliła, że jej zarzuty na podstawie art. 2 Konwencji nie powinny być rozumiane jako dotyczące wyłącznie przewlekłości postępowania. W związku z tym środka odwoławczego wynikającego z ustawy z 2004 r., z którego skarżąca skorzystała jednorazowo, nie można było uznać za skuteczny w przypadku skarg składanych na podstawie art. 2 Konwencji.

58. Trybunał po pierwsze zauważa, że w zakresie, w jakim Rząd powołuje się na przepisy ustawy z 2004 r. w kontekście skargi złożonej na podstawie art. 2 Konwencji, ustawa ta wprowadziła środki odwoławcze, zarówno o charakterze naprawczym, jak i kompensacyjnym, dotyczące w szczególności prawa do rozpatrzenia sprawy w rozsądnym terminie w rozumieniu art. 6 ust. 1 Konwencji. Uznał on, że środki te są skuteczne w odniesieniu do przewlekłości toczącego się postępowania sądowego (zob. *Charzyński przeciwko Polsce* (dec.), nr 15212/03, 1 marca 2005 r.). Jednakże w niniejszej sprawie nie chodzi jedynie o przewlekłość postępowania karnego, ale o kwestię, czy w okolicznościach całokształtu sprawy można powiedzieć, że państwo spełniło swoje wymogi proceduralne wynikające z art. 2 Konwencji (zob. *Byrzykowski przeciwko Polsce*, nr 11562/05, § 90, 27 czerwca 2006 r.).

59. Po drugie w odniesieniu do argumentu Rządu, że skarżąca powinna była również wystąpić z powództwem cywilnym o odszkodowanie, a także powołania się przez Rząd na fakt, że postępowanie karne dotyczące zarzucanych przez skarżącą błędów w sztuce lekarskiej jest nadal w toku, Trybunał uważa, że wskazane byłoby, aby podniesione kwestie były rozpatrywane na etapie merytorycznym w kontekście art. 2 Konwencji.

60. W związku z powyższym Trybunał zauważa, że skarga nie jest w sposób oczywisty nieuzasadniona ani niedopuszczalna z jakichkolwiek innych powodów wymienionych w art. 35 Konwencji. Tym samym należy uznać ją za dopuszczalną.

## **B. Przedmiot skargi**

### *1. Stanowiska stron*

61. Skarżąca podniosła, że postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzucanych błędów w sztuce lekarskiej, które przyczyniły się do śmierci jej męża, rozpoczęło się w dniu 1 sierpnia 2006 r. i nadal jest w toku. Podkreśliła, że zarzuty kierowane wobec lekarzy i Kliniki są poważne i dotyczą w szczególności osobistej odpowiedzialności czterech lekarzy za wybór leczenia i jego przebieg. Przede wszystkim uznała, że decyzje o wszczepieniu stentów i odstawieniu kluczowych leków (zwłaszcza leku przeciwzakrzepowego) były nieprawidłowe, biorąc pod uwagę ówczesną wiedzę medyczną i stan zdrowia pacjenta. Ponadto sformułowała poważne zarzuty dotyczące organizacji i wyposażenia Kliniki. W szczególności podniosła, że Klinika zezwala lekarzom bez odpowiedniej specjalizacji na wykonywanie skomplikowanych operacji serca oraz monitorowanie pacjentów. W Klinice brakowało sprzętu do bezpiecznego transportu pacjenta w stanie krytycznym do pracowni hemodynamicznej (winda była zbyt mała zarówno dla pacjenta, jak i lekarza oraz brakowało w niej przenośnego sprzętu ratującego życie). Wśród braków organizacyjnych skarżąca wymieniła brak oddziału intensywnej opieki kardiologicznej.

62. Skarżąca uznała, że te poważne zarzuty nie zostały dokładnie zbadane, a kolejni prokuratorzy umarzali postępowania. Podkreśliła, że obowiązki proceduralne wynikające z art. 2 Konwencji w kontekście opieki zdrowotnej wymagały między innymi zakończenia postępowania w rozsądnym terminie. Tymczasem niniejsza sprawa była rozpoznawana od 2006 r. Postępowanie przygotowawcze było trzykrotnie umarzane przez prokuratorów, a następnie podejmowane na nowo z powodu uchybień w przeprowadzaniu dowodów. Tego rodzaju sytuacje ujawniły poważne braki w funkcjonowaniu systemu sądownictwa.

63. W szczególności Sąd Rejonowy w Krakowie był bardzo krytyczny w swoim postanowieniu z dnia 5 września 2008 r. w stosunku do postanowienia prokuratora o umorzeniu postępowania i kilkakrotnie powtórzył swoją ocenę, że opinia biegłego była wadliwa z uwagi na brak jasności i spójności. Ponadto odmowa władz dotycząca przypisania jakiegokolwiek wartości dowodowej prywatnym ekspertyzom uzyskanym przez skarżącą została uznana przez Sąd Najwyższy za błędną. Zdaniem skarżącej sprawa ta pokazała, że prokuratorzy w Polsce nie byli w stanie skutecznie zająć się sprawą dotyczącą błędu w sztuce lekarskiej, tj. przeprowadzić postępowania przygotowawczego bez zwłoki i właściwie ocenić opinii biegłych lekarzy. Podkreśliła, że usprawnienia wskazane przez Rząd (zob. paragraf 66 poniżej), przewidujące utworzenie specjalistycznych jednostek w ramach prokuratury, były wdrażane dopiero od 2016 r.

64. W odniesieniu do możliwości poszukiwania dowodów z opinii biegłych za granicą, skarżąca podniosła, że istniały ramy prawne

umożliwiającej współpracę międzynarodową w tym zakresie. Przedstawiła ona władzom krajowym dwanaście opinii międzynarodowych sporządzonych przez uznanych specjalistów. Potrzeba uzyskania opinii zagranicznych biegłych była w tym przypadku szczególnie wyraźna, ponieważ opinie krajowych biegłych były sprzeczne, niejasne i niepełne. Prokuratorzy i sądy nie uwzględnili jednak tych opinii i nie uznali ich za dowody.

65. Rząd uznał, że postępowanie przygotowawcze i sądowe w sprawie zarzutów o błąd w sztuce lekarskiej było skuteczne i dokładne oraz że nie doszło do naruszenia art. 2 Konwencji. W szczególności prokuratura przeprowadziła sekcję zwłok, zebrała dokumentację medyczną, zasięgnęła opinii biegłych i zabezpieczyła kolejne dowody. Materiał biegłych był szczególnie złożony, gdyż odzwierciedlał spór w dziedzinie kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii co do tego, czy pacjenci z chorobą wieńcową powinni być leczeni stentami, czy raczej powinno się u nich wykonywać operację pomostowania tętnic wieńcowych. W związku z tym zadanie władz polegające na ustaleniu, czy – biorąc pod uwagę wiedzę medyczną w czasie zaistnienia okoliczności faktycznych – leczenie J.Z. można uznać za błąd w sztuce lekarskiej, było szczególnie złożone.

66. Rząd zauważył ponadto, że od momentu wniesienia przez skarżącą subsydiarnego aktu oskarżenia sprawa toczyła się przed sądami karnymi. Szczególnie długi okres badania sprawy można tłumaczyć jej wyjątkową złożonością i znaczeniem dla społeczeństwa polskiego. Oprócz opinii biegłych sporządzonych z inicjatywy sądów skarżąca przedstawiła prywatne opinie różnych biegłych, w tym specjalistów zagranicznych. Zadanie zebrania dowodów z opinii biegłych było szczególnie trudne, ponieważ wielu biegłych musiało się wycofać ze względu na osobiste powiązania ze skarżącą i jej mężem, którzy byli lekarzami, lub z oskarżonymi lekarzami z Kliniki. Ponadto opinie zlecone przez władze dotyczyły wielu dziedzin medycyny, co czyniło zadanie władz szczególnie trudnym i czasochłonnym. Rząd podkreślił, że biegli są prawnie zobowiązani, pod groźbą kary porządkowej, do sporządzenia opinii, a przed władzami składają zeznania pod przysięgą. Z uwagi na szczególną złożoność spraw dotyczących zarzucanych błędów w sztuce lekarskiej sprawy takie powierzone zostały specjalnym komórkom organizacyjnym utworzonym od 2016 r. w prokuraturach regionalnych. Ponadto w 2012 r. wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie OC dla szpitali i podmiotów leczniczych.

## 2. Ocena Trybunału

### (a) Zasady ogólne

67. Trybunał zinterpretował obowiązek proceduralny wynikający z art. 2 w kontekście opieki zdrowotnej jako wymagający od państw ustanowienia skutecznego i niezależnego systemu sądowego, tak aby umożliwić ustalenie

przyczyny śmierci pacjentów pozostających pod opieką osób wykonujących zawód medyczny, czy to w sektorze publicznym, czy prywatnym, oraz pociągnięcie osób odpowiedzialnych do odpowiedzialności (zob. m.in. wyrok w sprawie *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii* [WI], nr 56080/13, § 214, 19 grudnia 2017 r., oraz *Šilih przeciwko Słowenii* [WI], nr 71463/01, § 192, 9 kwietnia 2009 r.).

68. Forma dochodzenia wymagana przez ten obowiązek różni się w zależności od charakteru ingerencji w prawo do życia. Podczas gdy w niektórych wyjątkowych sytuacjach, gdy wina przypisywana podmiotom świadczącym usługi zdrowotne wykracza poza zwykły błąd lub zaniedbanie medyczne, Trybunał uznaje, że wypełnienie obowiązku proceduralnego musi obejmować środek karnoprawny, we wszystkich innych przypadkach, gdy naruszenie prawa do życia lub integralności osobistej nie zostało spowodowane umyślnie, obowiązek proceduralny nałożony przez art. 2, polegający na ustanowieniu skutecznego i niezależnego systemu sądowego, niekoniecznie wymaga zapewnienia środka karnoprawnego. W sprawach dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci lub nieumyślnego narażenia życia na niebezpieczeństwo Trybunał przypomina, że wymóg istnienia skutecznego systemu sądownictwa będzie spełniony, jeżeli system prawny zapewni pokrzywdzonym (lub ich najbliższym) środek prawny w sądach cywilnych, samodzielnie lub w połączeniu ze środkiem prawnym w sądach karnych, umożliwiający ustalenie odpowiedzialności i uzyskanie odpowiedniego zadośćuczynienia cywilnego. W przypadku, gdy mamy do czynienia z funkcjonariuszami publicznymi lub przedstawicielami określonych zawodów, istnieje również możliwość przewidzenia środków dyscyplinarnych (zob. m.in. wyrok w sprawie *Calvelli i Ciglio przeciwko Włochom* [WI], nr 32967/96, § 51, ETPC 2002-I; *Vo przeciwko Francji* [WI], nr 53924/00, § 90, ETPC 2004-VIII; *Šilih*, cytowany powyżej, § 194; *Centre For Legal Resources On Behalf of Valentin Câmpeanu (Ośrodek Działań Prawnych w Imieniu Valentina Câmpeanu) przeciwko Rumunii* [WI], nr 47848/08, § 132, ETPC 2014; oraz *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, §§ 137 i 215).

69. Ponadto spełnienie wymogu proceduralnego z art. 2 należy oceniać na podstawie kilku istotnych parametrów. Elementy te są wzajemnie powiązane i żaden z nich, rozpatrywany oddzielnie, nie stanowi celu samego w sobie, jak to ma miejsce w przypadku wymogów dotyczących rzetelnego procesu sądowego w rozumieniu art. 6. Są to kryteria, które rozpatrywane łącznie pozwalają ocenić stopień skuteczności postępowania przygotowawczego. To właśnie w odniesieniu do tego celu skutecznego postępowania przygotowawczego oceniać należy wszelkie kwestie, w tym kwestię szybkości i rozsądnej celowości (zob. *Nicolae Virgiliu Tănase przeciwko Rumunii* [WI], nr 41720/13, § 171, 25 czerwca 2019 r., z dalszymi odniesieniami). Zasadnicze parametry są następujące (tamże, §§ 166–168):

a) postępowanie przygotowawcze musi być dokładne, co oznacza, że władze muszą poczynić wszelkie rozsądne dostępne im kroki w celu zabezpieczenia dowodów dotyczących zdarzenia, w każdym przypadku podejmować poważne próby ustalenia przebiegu zdarzeń i nie mogą opierać się na pochopnych lub bezpodstawnych wnioskach w celu zakończenia postępowania lub posługiwać się nimi jako podstawą swoich rozstrzygnięć;

b) nawet w przypadku wystąpienia przeszkód lub trudności uniemożliwiających postępy w prowadzeniu postępowania przygotowawczego szybka reakcja władz ma zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa publicznego i utrzymania zaufania publicznego do przestrzegania przez nie zasad praworządności oraz zapobiegania wszelkim przejawom porozumienia w popełnianiu czynów zabronionych lub ich tolerowaniu; postępowanie musi również zostać zakończone w rozsądnym terminie;

c) co do zasady krajowy system stworzony w celu ustalenia przyczyny śmierci lub poważnego uszkodzenia ciała powinien być niezależny; wiąże się to nie tylko z brakiem powiązań hierarchicznych czy instytucjonalnych, ale także z praktyczną niezależnością polegającą na tym, że wszystkie osoby, których zadaniem jest przeprowadzenie oceny w postępowaniu o ustalenie przyczyny śmierci lub uszkodzenia ciała, są formalnie i faktycznie niezależne od osób uczestniczących w zdarzeniach.

70. W sprawie takiej jak niniejsza, w której dostępne są różne środki odwoławcze, zarówno cywilno-, jak i karnoprawne, Trybunał rozważy, czy środki te rozpatrywane łącznie, przewidziane w prawie i stosowane w praktyce, można uznać za środki prawne, za pomocą których można ustalić fakty, pociągnąć osoby winne do odpowiedzialności i zapewnić pokrzywdzonemu odpowiednie zadośćuczynienie. Wybór środków służących realizacji pozytywnych obowiązków wynikających z art. 2 co do zasady wpisuje się w margines oceny Umawiającego się Państwa. Istnieją różne drogi zapewnienia praw wynikających z Konwencji i nawet jeśli państwo nie zastosowało jednego konkretnego środka przewidzianego przez prawo krajowe, to i tak mogło wypełnić swój pozytywny obowiązek za pomocą innych środków (zob. *Tănase*, cytowany powyżej, § 169, oraz *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, § 216).

71. Trybunał powtarza, że w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej rolą Trybunału jest ocena, czy w konkretnych okolicznościach sprawy, biorąc pod uwagę fundamentalne znaczenie prawa do życia zagwarantowanego w art. 2 Konwencji oraz szczególną wagę, jaką Trybunał przywiązuje do wymogu proceduralnego wynikającego z tego postanowienia, cały system prawny odpowiednio zajął się przedmiotową sprawą (zob. *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, § 225, z dalszymi odniesieniami).

**(b) Zastosowanie tych zasad w niniejszej sprawie**

72. 70-letni mąż skarżącej zmarł w dniu 2 lipca 2006 r. na niewydolność serca w klinice uniwersyteckiej w Krakowie. Został przyjęty do Kliniki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia w dniu 22 czerwca 2006 r. i przeszedł kilka zabiegów, w tym koronarografię i angioplastykę wieńcową ze wszczepieniem stentów. Leczyło go czterech głównych specjalistów z Kliniki. Mimo podawania leków i podejmowania prób reanimacji J.Z. zmarł. Skarżąca uważała, że śmierć jej męża była wynikiem zaniedbania medycznego; nie twierdziła, że było to działanie umyślne.

73. Trybunał zauważa, że polski system prawny przewiduje, co do zasady, dwie główne drogi odwoławcze dla pokrzywdzonych zarzucających bezprawne działania przypisywane państwu lub funkcjonariuszom publicznym, mianowicie procedurę cywilną oraz wniosek do prokuratora o wszczęcie postępowania przygotowawczego (zob. m.in. wyrok w sprawie *Z przeciwko Polsce*, nr 46132/08, § 70, 13 listopada 2012 r.). Ponadto skarżąca miała możliwość wszczęcia postępowania w celu ustalenia odpowiedzialności dyscyplinarnej poszczególnych lekarzy poprzez uruchomienie procedury przewidzianej w przepisach regulujących odpowiedzialność zawodową lekarzy (zob. *Byrzykowski*, cytowany powyżej, § 106).

Na tej podstawie Trybunał stwierdza, że polski system prawny oferuje stronom sporu środki odwoławcze, które teoretycznie spełniają wymogi obowiązków proceduralnych wynikających z art. 2. Skarżąca nie twierdzi, że jest inaczej.

74. W przedmiotowej sprawie skarżąca skorzystała wyłącznie ze środka odwoławczego o charakterze karnoprawnym. Trybunał rozpocznie zatem od zbadania, w konkretnych okolicznościach sprawy, sposobu przeprowadzenia postępowania karnego. W tym zakresie Trybunał wyróżnia dwa zasadnicze etapy postępowania.

75. Pierwszy z nich rozpoczął się w sierpniu 2006 r. wraz ze wszczęciem postępowania przygotowawczego w sprawie wydarzeń, po zawiadomieniu przez skarżącą i jej rodzinę. Prokuratura prowadziła postępowanie przygotowawcze do dnia 15 czerwca 2011 r., kiedy to ostatecznie umorzyła postępowanie, stwierdzając, że nie doszło do popełnienia żadnego przestępstwa (zob. paragrafy 11–22 powyżej). Skarżąca miała możliwość aktywnego uczestniczenia w postępowaniu i skorzystała ze swoich praw proceduralnych, aby wpłynąć na jego przebieg. W aktach sprawy nie ma nic, co wskazywałoby – ani też skarżąca nie podnosiła przed Trybunałem – że skarżąca znajdowała się w niekorzystnej sytuacji procesowej w stosunku do placówek medycznych lub lekarzy. Pozostaje zatem ustalenie, czy postępowanie krajowe było skuteczne pod względem dokładności, szybkości i zakończenia w rozsądnym terminie (zob. *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, § 226).

76. Trybunał zauważył, że sprawa była niewątpliwie złożona i obejmowała ocenę, czy leczenie wybrane przez lekarzy J.Z. było odpowiednie. W toku postępowania władze zebrały liczne i niezwykle obszerne opinie biegłych lekarzy oraz inny obszerny materiał dowodowy (zob. paragraf 23 powyżej). Do czasu umorzenia postępowania przez prokuratora po raz pierwszy w dniu 14 kwietnia 2008 r. zebrano dziesięć opinii (zob. paragraf 15 powyżej). Prokurator rejonowy, któremu przekazano sprawę do ponownego rozpoznania, zarządził następnie sporządzenie wspólnej opinii; jej sporządzenie zlecono biegłym z wielu dziedzin, którym zadano 277 pytań. Sporządzenie tej opinii trwało około dwa lata, ponieważ wiele ośrodków akademickich w Polsce odmówiło udziału w wykonaniu opinii (zob. paragraf 18 powyżej). W związku z tym należy zauważyć, że około 250 z 277 pytań zadanych interdyscyplinarnemu zespołowi biegłych zostało zadanych przez skarżącą i jej dwóch synów (zob. paragraf 20 powyżej). Ogólnie rzecz biorąc, Trybunał nie dostrzega żadnych znaczących okresów beczynności lub innych uchybień, które można by przypisać organom prowadzącym postępowanie przygotowawcze. Prokuratura trzykrotnie umarzała postępowanie, stwierdzając w obszernie uzasadnionych postanowieniach, że nie doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej ani innego przestępstwa. Poza niezmiennym brakiem podzielenia tej oceny i kwestionowaniem jakości i adekwatności dowodów z opinii biegłych lekarzy, skarżąca nie zarzuciła prokuraturze żadnych innych konkretnych uchybień, na przykład braku przeprowadzenia czynności procesowych czy innych zaniedbań.

77. W związku z powyższym Trybunał uznał, że jeśli chodzi o ten etap postępowania, to było ono dokładne i zakończyło się w rozsądnym terminie. Do 2011 r. władze odpowiednio ustosunkowały się do zarzutu skarżącej, wysuniętego w postępowaniu karnym, że doszło do błędu w sztuce lekarskiej, i wyjaśniły okoliczności związane ze śmiercią jej męża. Postępowanie do tego etapu było zatem skuteczne również z punktu widzenia art. 2 Konwencji.

78. Skarżąca zdecydowała się jednak podtrzymać swoje zarzuty dotyczące błędu w sztuce lekarskiej, wnosząc w dniu 21 czerwca 2011 r. subsydiarny akt oskarżenia przeciwko czterem lekarzom (zob. paragraf 23 powyżej). Oznacza to początek drugiego etapu postępowania, które nadal jest w toku (zob. paragraf 41 powyżej). W ciągu pierwszych dwóch lat wydano wiele rozstrzygnięć. W 2012 r. Sąd Rejonowy w Krakowie, a następnie Sąd Okręgowy w Krakowie umorzyły postępowanie. Następnie Sąd Najwyższy rozpoznał kasację nadzwyczajną, a w dniu 25 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Krakowie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Krakowie (zob. paragraf 30 powyżej). W dniu 11 lutego 2017 r. Sąd Rejonowy w Krakowie wydał wyrok, w którym uniewinnił czterech lekarzy biorących udział w sprawie; skarżąca wniosła kolejną apelację.

79. Trybunał zauważa, że na przebieg postępowania wpłynęły nieustanne działania podejmowane przez skarżącą i jej synów w celu wykazania prawdziwości ich zarzutów, że śmierć J.Z. była spowodowana błędami w sztuce lekarskiej, które popełnili czterej lekarze kliniki uniwersyteckiej w Krakowie. Skarżąca i jej synowie korzystali z uprawnień procesowych przysługujących im jako pokrzywdzonym, a później oskarżycielom posiłkowym, zaskarżali rozstrzygnięcia i przedstawiali międzynarodowe prywatne opinie lekarskie, starając się obalić uzyskane już dowody medyczne. W konsekwencji każdorazowo należało przeprowadzić nowe i obszerniejsze dowody medyczne; sporządzanie drugiej interdyscyplinarnej opinii biegłych, zleconej w dniu 27 października 2014 r. przez Sąd Rejonowy w Krakowie, trwało do początku 2017 r. (zob. paragraf 31 powyżej). Na wniosek skarżącej Prokurator Generalny sprawujący ten urząd przed jej synem wniósł kasację nadzwyczajną, co doprowadziło do przekazania sprawy do ponownego rozpoznania (zob. paragraf 28 powyżej). Trybunał zauważa również wyraźną trudność, jaką Sąd Okręgowy w Krakowie napotkał przy rozpoznawaniu sprawy, w której jeden z członków strony pokrzywdzonej był czynnym politykiem, ponieważ od 2015 r. jest on Ministrem Sprawiedliwości (stanowisko, które zajmował również w latach 2005–2007), a od marca 2016 r. pełni jednocześnie urząd Prokuratora Generalnego (zob. paragraf 35 powyżej).

80. Ponadto należy zauważyć, że od 2018 r. sprawa toczy się na etapie apelacyjnym przed Sądem Okręgowym w Krakowie (zob. paragraf 37-41 powyżej). Do dnia 15 marca 2022 r. sąd dotychczas wyznaczył terminy pięćdziesięciu jeden rozpraw, z których dziewięć odwołano. Odbył czterdzieści dwie rozprawy, podczas których przeprowadził dowód z zeznań pięciu biegłych sądowych. Chociaż na tym etapie skarżąca nie złożyła żadnych wniosków o przeprowadzenie dodatkowego postępowania dowodowego lub przesłuchanie kolejnych biegłych, należy zauważyć, że w całym postępowaniu apelacyjnym sąd stanął przed wyjątkowo trudnym zadaniem przeprowadzenia złożonych – i jak się wydaje częściowo niespójnych – dowodów z opinii biegłych lekarzy. Niekiedy dowody te były przeprowadzane z urzędu (zob. paragraf 45 powyżej). Kilka nowszych wniosków dowodowych złożyli jednak oskarżeni i mimo, że nieuchronnie skutkowały one przedłużeniem postępowania, to sąd musiał respektować ich prawa procesowe w zakresie obrony i możliwości przesłuchania świadków. Nakładały się na to również różne toczące się postępowania przygotowawcze wszczęte przez prokuraturę wobec biegłych zaangażowanych w sprawę skarżącej (zob. paragraf 39 powyżej). W świetle powyższego oraz biorąc pod uwagę, że organy prowadzące postępowanie karne muszą zapewnić równość praw pokrzywdzonego i oskarżonych w postępowaniu karnym, Trybunał nie może dostrzec wyraźnego braku przeprowadzenia „skutecznego i dokładnego postępowania przygotowawczego” ze strony organów ze względu na czas trwania postępowania przed Sądem Okręgowym w Krakowie.

81. Trybunał stwierdza zatem, że sądy krajowe udzieliły skarżącej odpowiedzi opartych na dogłębnej ocenie i wyjaśniły okoliczności związane z zarzucanymi błędami w sztuce lekarskiej (zob. paragrafy 77 i 80 powyżej). Zauważa, że postępowanie karne nie charakteryzowało się beczynnością, a raczej ogromnym wysiłkiem prokuratorów, biegłych i sądów zajmujących się przedmiotową sprawą, której złożoność gwałtownie wzrastała z roku na rok. Trybunał powtarza, że spełnienie obowiązku proceduralnego wynikającego z art. 2 wymaga łącznej oceny kilku istotnych parametrów (zob. paragraf 69 powyżej). W przeciwieństwie zatem do sytuacji, w której na podstawie art. 6 ust. 1 Konwencji badana jest wyłącznie przewlekłość postępowania, w tym przypadku nie chodzi jedynie o zasadność długości postępowania. Główna kwestia dotyczy natomiast tego, czy w okolicznościach całokształtu sprawy można powiedzieć, że państwo spełniło swoje wymogi proceduralne wynikające z art. 2 Konwencji (zob. *Bilbija i Blažević przeciwko Chorwacji*, nr 62870/13, § 110, 12 stycznia 2016 r., z dalszymi odniesieniami).

Przy ewidentnym braku dokładności w badaniu przez władze okoliczności śmierci J.Z. w szpitalu, ogólna długość postępowania karnego przeciwko lekarzom nie wystarcza do uznania odpowiedzialności pozwanego państwa na podstawie jego obowiązku proceduralnego wynikającego z art. 2 Konwencji.

82. Trybunał zauważa ponadto, że skarżąca nie podjęła próby skorzystania z cywilnoprawnych środków odwoławczych dostępnych w prawie polskim. Postępowanie cywilne, gdyby było skuteczne, mogłoby doprowadzić do ustalenia zakresu odpowiedzialności za śmierć jej męża i przyznania odpowiedniego zadośćuczynienia (por. *Kudra przeciwko Chorwacji*, nr 13904/07, § 95, 18 grudnia 2012 r.). Okoliczność, że toczyło się postępowanie karne, nie powinna pozbawiać skarżącą możliwości wystąpienia z roszczeniem cywilnoprawnym w związku ze śmiercią J.Z. Zgodnie z prawem polskim nic nie stoi na przeszkodzie, aby pokrzywdzony przestępstwem lub jego najbliżsi dochodzili odszkodowania przed sądem cywilnym równoległe z postępowaniem karnym lub po wydaniu orzeczenia w takiej sprawie, niezależnie od jej wyniku (zob. *Rajkowska przeciwko Polsce* (dec.), nr 37393/02, 27 listopada 2007 r.; *Karpisiewicz przeciwko Polsce* (dec.), nr 14730/09, 11 grudnia 2012 r.; oraz *Kolaczyk i Kwiatkowski przeciwko Polsce*, nr 34215/11, § 48, 22 października 2013 r.).

83. Należy zauważyć, że skarżąca i jej synowie bezsprzecznie byli świadomi możliwości wystąpienia z powództwem cywilnym, a skarżąca kilkakrotnie zwracała się do szpitala z propozycjami ugodowymi (zob. paragraf 42 powyżej). Skarżąca nie zakwestionowała twierdzeń Rządu, że takie próby ugodowe wstrzymywały bieg terminu przedawnienia, co może – jak podkreślił Rząd – świadczyć o tym, że wpisywały się one w strategię procesową (zob. paragraf 54 powyżej). Trybunał zauważa, że skarżąca nie

udzieliła odpowiedzi, dlaczego droga cywilnoprawna miałaby być nieskuteczna w jej sprawie.

Trybunał powtarza, że w tego rodzaju sprawach postępowanie cywilne co do zasady może zapewnić najbardziej odpowiednie zadośćuczynienie (zob. *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, § 235). Nie wszczęto również żadnego postępowania w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy (zob. paragraf 43 powyżej).

84. Na koniec Trybunał podkreśla, że obowiązek proceduralny wynikający z art. 2 Konwencji nie jest obowiązkiem rezultatu, a jedynie środka. Zatem sam fakt, że postępowanie dotyczące zaniedbań medycznych zakończyło się niekorzystnie dla danej osoby, nie oznacza, że pozwane państwo uchybiło swojemu pozytywnemu obowiązkowi wynikającemu z art. 2 Konwencji (zob. *Lopes de Sousa Fernandes*, cytowany powyżej, § 221).

85. W konsekwencji, w świetle powyższego ustalenia, że władze krajowe już w 2011 r. dokładnie i skutecznie zbadały sprawę skarżącą dotyczącą błędu w sztuce lekarskiej, oraz faktu, że skarżąca nie próbowała skorzystać z innych dróg prawnych przewidzianych przez krajowy system prawny – co pozwoliłoby Trybunałowi na zbadanie odpowiedzi państwa jako całości – nie można powiedzieć, że prawny system krajowy w niniejszej sprawie nie zajął się odpowiednio sprawą skarżącą.

W szczególnych okolicznościach sprawy, mimo że postępowanie karne przeciwko lekarzom nie zostało jeszcze zakończone, Trybunał stwierdza, że pozwane państwo wypełniło swój pozytywny obowiązek wynikający z art. 2 Konwencji.

86. Tym samym w niniejszej sprawie nie doszło do naruszenia tego postanowienia.

## Z TYCH WZGLĘDÓW TRYBUNAŁ

1. *Uznaje*, jednogłośnie, skargę za dopuszczalną;
2. *Orzeka*, stosunkiem głosów sześciu do jednego, że nie doszło do naruszenia art. 2 Konwencji.

Sporządzono w języku angielskim i obwieszczono pisemnie w dniu 20 października 2022 r., zgodnie z Regulą 77 § 2 i 3 Regulaminu Trybunału.

WYROK W SPRAWIE KORNICKA-ZIOBRO przeciwko POLSCE

Liv Tigerstedt  
Zastępca Kanclerza

Marko Bošnjak  
Przewodniczący

Zgodnie z art. 45 ust. 2 Konwencji i Regułą 74 § 2 Regulaminu Trybunału  
do wyroku załączono opinię rozbieżną sędziego Michała Balcerzaka.

M.B.  
L.T.

## CZEŚCIOWO ROZBIEŻNA OPINIA SĘDZIEGO MICHAŁA BALCERZAKA

1. Zgadzam się, że sprawa jest dopuszczalna; doszedłem jednak do innego wniosku niż większość w odniesieniu do przedmiotu skargi. Uwzględniając ogólną długość postępowania w tej sprawie (ponad szesnaście lat) oraz mając na uwadze orzecznictwo wypracowane przez Trybunał w zakresie zarzucanych błędów w sztuce lekarskiej, nie uważam, aby ogólna odpowiedź systemu prawnego państwa na postulaty wyrażone w art. 2 Konwencji, w jego aspekcie proceduralnym, była w pełni adekwatna i zadowalająca.

2. Uzasadnienie mojej opinii rozbieżnej opiera się na interpretacji wymogów proceduralnych art. 2 Konwencji, w świetle której (a) czynnik czasu uznaje się za kryterium, które ma silny wpływ na ocenę skuteczności postępowania karnego; oraz (b) uwzględnia się szczególne znaczenie szybkości w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej rozpatrywanych na podstawie tego postanowienia. Innym powodem, dla którego nie głosowałem z większością, jest to, że wyciągnąłem odmienne wnioski z faktu, że skarżąca nie skorzystała z innych środków prawnych dostępnych w krajowym systemie prawnym, to znaczy ze środka odwoławczego w postaci powództwa cywilnego lub próby wszczęcia postępowania dyscyplinarnego.

### **A. Czy postępowanie karne realizowało wszystkie powiązane ze sobą elementy procesowej ochrony prawa do życia?**

3. Nie mam trudności z przyjęciem, że elementy oceny postępowania na podstawie art. 2 Konwencji „są wzajemnie powiązane i żaden z nich, rozpatrywany oddzielnie, nie stanowi celu samego w sobie, jak to ma miejsce w przypadku wymogów dotyczących rzetelnego procesu sądowego w rozumieniu art. 6” (zob. paragraf 69 wyroku). Jak ustalono w orzecznictwie Trybunału, elementy te obejmują dokładność, szybkość i niezależność postępowania przygotowawczego, a także adekwatność czynności dochodzeniowo-śledczych oraz udział członków rodziny osoby zmarłej (zob. *Mustafa Tunç i Fecire Tunç przeciwko Turcji* [WI], nr 24014/05, 14 kwietnia 2015 r., § 225). W mojej ocenie wszystkie te kryteria, z wyjątkiem jednego (mianowicie szybkości), co do zasady zostały spełnione w analizowanych postępowaniach, aczkolwiek poziom dokładności i adekwatności czynności dochodzeniowo-śledczych był różny, w zależności od etapu postępowania.

4. W związku z tym, w ramach wspólnej oceny stosowanych kryteriów, z całym szacunkiem nie zgadzam się z umniejszaniem znaczenia prawnego wymogu szybkości. To również przez pryzmat rozsądnego czasu i szybkości należy oceniać skuteczność każdego postępowania przygotowawczego.

Prowadzenie postępowania przez okres ponad szesnastu lat nie spełnia tych kryteriów, nawet w tak ewidentnie skomplikowanej sprawie jak rozpatrywana.

5. Pierwszy etap postępowania karnego trwał od sierpnia 2006 r. do czerwca 2011 r. W tym okresie pierwsze postanowienie o umorzeniu postępowania przygotowawczego zostało uchylone przez Sąd Rejonowy w Krakowie (w dniu 5 września 2008 r.), który krytycznie odniósł się do jakości jednej z opinii biegłych. Kolejna opinia lekarska została ukończona – nie bez trudności – w maju 2011 r. W czerwcu 2011 r. postępowanie przygotowawcze zostało umorzone (po raz drugi) przez Prokuratora Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim, który uznał, że nie doszło do popełnienia przestępstwa. Tę część postępowania można uznać za zakończoną w rozsądnym terminie (zob. paragraf 77 wyroku), aczkolwiek nie jestem przekonany – z powodów przedstawionych poniżej – że w 2011 r. sprawa została już „dokładnie i skutecznie zbadana” (zob. paragraf 85). W każdym razie to na drugim etapie postępowania przestrzeganie wymogu szybkości i rozsądnego czasu stało się problematyczne.

6. W dniu 21 czerwca 2011 r. skarżąca i jej dwaj synowie wniesli subsydiarny akt oskarżenia – czynność procesowa, do której byli w pełni uprawnieni w świetle prawa polskiego. Istotne znaczenie dla ogólnej oceny sprawy ma fakt, że organy państwowe okazały zainteresowanie dalszym badaniem sprawy: po pierwsze w postaci decyzji prokuratora o przystąpieniu do postępowania w dniu 22 stycznia 2012 r. (mniej więcej siedem miesięcy po umorzeniu sprawy), a po drugie w postaci decyzji Prokuratora Generalnego o wniesieniu w dniu 21 grudnia 2012 r. nadzwyczajnej kasacji od trzeciego postanowienia o umorzeniu postępowania. W dniu 14 marca 2013 r. Sąd Najwyższy uchylił zaskarżone postanowienie o umorzeniu i sprawa została przekazana do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Krakowie.

7. Gdyby postępowanie zostało zakończone, czyli prawomocnie umorzone, w roku 2012 lub 2013, można by przyjąć, że organy krajowe uznały zarzuty za wystarczająco wyjaśnione, przynajmniej w ich ocenie. Najwyraźniej jednak same władze krajowe uznały, że obowiązki proceduralne wynikające z art. 2 Konwencji nie zostały jeszcze wypełnione w roku 2012 lub 2013, czyli siedem lat po śmierci J.Z.

8. Postępowanie w niniejszej sprawie, postrzegane z perspektywy gwarancji procesowych z art. 2, stanowiło *kontinuum*, w tym sensie, że zarówno na pierwszym (2006–2011), jak i drugim etapie (zainicjowanym subsydiarnym aktem oskarżenia w 2011 r. i trwającym w 2022 r.) chodziło o ustalenie, czy śmierć J.Z. nastąpiła w wyniku błędu w sztuce lekarskiej. Na obu etapach postępowania skarżąca bardzo aktywnie korzystała ze swoich uprawnień procesowych w charakterze pokrzywdzonego i oskarżyciela posiłkowego. Miało to nieuchronnie wpływ na przebieg postępowania. Niemniej jednak nawet w tak niezwykle złożonej sprawie jak rozpatrywana,

z dziesiątkami opinii lekarskich i setkami pytań, całkowity czas wymagany przez system karny do prawomocnego zakończenia sprawy był nieproporcjonalnie długi.

**B. Szczególne znaczenie niezwłoczności w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej rozpatrywanych na podstawie art. 2 Konwencji**

9. Wymóg szybkości stanowi integralny element standardu skutecznego postępowania we wszystkich sprawach z art. 2. Jednak w sprawach związanych z ochroną zdrowia istnieją szczególnie istotne powody, dla których postępowanie musi zostać zakończone w rozsądnym terminie. Jak stwierdził Trybunał w sprawie *Šilih przeciwko Słowenii* [WI], nr 71463/99, 9 kwietnia 2009 r.:

„196. Na koniec, niezależnie od kwestii przestrzegania praw wynikających z art. 2 Konwencji, w każdym przypadku w razie śmierci osób hospitalizowanych niezwłocznego zbadania wymagają także bardziej ogólne kwestie. Znajomość faktów i możliwych błędów popełnionych w trakcie wykonywania opieki medycznej to wiedza niezbędna zainteresowanym instytucjom oraz personelowi medycznemu dla naprawienia ewentualnych braków i zapobiegania podobnym błędom. Niezwłocznie badanie tego rodzaju spraw jest więc ważne dla bezpieczeństwa osób korzystających z wszelkich usług opieki medycznej (...)”.

10. Ponadto, jak podkreślił Trybunał w swoim utrwalonym orzecznictwie (zob. *Fernandes de Oliveira przeciwko Portugalii* [WI], nr 78103/14, 31 stycznia 2019 r.; *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii* [WI], nr 56080/13, 19 grudnia 2017 r.; oraz *Bilbija i Blažević przeciwko Chorwacji*, nr 62870/13, 12 stycznia 2016 r., § 107):

„Szczególnie w tych sprawach dotyczących postępowania wszczętego w celu wyjaśnienia okoliczności śmierci jednostki w warunkach szpitalnych, przewlekłość postępowania wyraźnie wskazuje, że postępowanie było na tyle wadliwe, że stanowiło naruszenie pozytywnych obowiązków pozwanego państwa wynikających z Konwencji, chyba że państwo przedstawiło wysoce przekonujące i wiarygodne powody usprawiedliwiające długość [postępowania]”.

11. Kryterium „wysoce przekonujących i wiarygodnych powodów” uzasadniających przewlekłość postępowania wyznacza bardzo wysoki próg. Nie uważam, aby powody przedstawione przez pozwanego Rząd dla uzasadnienia prowadzenia postępowania przez okres szesnastu lat były wiarygodne czy przekonujące, nawet biorąc pod uwagę niewątpliwie złożony charakter sprawy, trudności w uzyskaniu opinii biegłych i inne przeszkody. Istnieją rozsądne granice czasowe, w jakich należy prowadzić postępowanie karne, aby nie spadło poniżej standardu „skutecznego śledztwa” wymaganego dla celów art. 2 Konwencji.

12. Warto zauważyć, że w innych, nie mniej zawiłych sprawach dotyczących śmierci w warunkach szpitalnych, Trybunał wcześniej stwierdził naruszenie art. 2 w odniesieniu do postępowań, które trwały znacznie krócej. Naruszenie wymogów proceduralnych z art. 2 z powodu

przewlekłości postępowania stwierdzono w wymienionych sprawach: *Bilbija i Blažević* (postępowanie karne trwające dziewięć lat oraz postępowanie administracyjne trwające jedenaście lat); *Lopes de Sousa Fernandes* (postępowanie karne trwające ponad sześć lat ze znacznymi okresami bezczynności; postępowanie cywilne trwające prawie dziesięć lat; Trybunał uznał, że „tak długi czas wydłuża mękę związaną z niepewnością nie tylko dla powodów, ale także dla zainteresowanych pracowników medycznych” – tamże, § 236); oraz *Fernandes de Oliveira* (ponad jedenaście lat).

13. W sprawie *Zafer Öztürk przeciwko Turcji* (nr 25774/09, 21 lipca 2015 r.) uznano, że postępowanie trwające prawie osiem lat nie spełnia standardów art. 2 Konwencji. W sprawie *Süleyman Ege przeciwko Turcji* (nr 45721/09, 25 czerwca 2013 r.) postępowanie karne trwało siedem lat, a administracyjne dwanaście. Ogólna długość postępowania przygotowawczego (siedem lat), w połączeniu ze sposobem, w jaki sprawa była badana, doprowadziła Trybunał do stwierdzenia naruszenia art. 2 w sprawie *Arskaya przeciwko Ukrainie* (nr 45076/05, 5 grudnia 2013 r.) oraz w sprawie *Valeriy Fuklev przeciwko Ukrainie* (nr 6318/03, 16 stycznia 2014 r.) (sześć lat). Problem szybkości postępowania mającego na celu wyjaśnienie okoliczności śmierci jednostki w warunkach szpitalnych był również kluczowy w sprawie *Byrzykowski przeciwko Polsce* (nr 11562/05, 27 czerwca 2006 r.) (postępowanie karne trwające ponad siedem lat).

14. Powyższe sprawy obrazują, że wymóg szybkości w badaniu i prowadzeniu postępowań dotyczących spraw związanych z ochroną zdrowia został potraktowany poważnie. W niektórych z nich stwierdzono, że krajowe postępowania mające na celu zbadanie przypadków śmierci w warunkach szpitalnych nie spełniają oczekiwanego standardu znacznie poniżej połowy długości postępowania badanego przez Trybunał w niniejszej sprawie.

15. Szczególne znaczenie szybkości w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej pozostaje nierozdzielnie związane z innymi wymogami proceduralnymi z art. 2. Jestem daleki od uznania, że postępowanie karne automatycznie narusza te wymogi po przekroczeniu pewnego okresu, niezależnie od innych kryteriów. Niemniej jednak „wymóg szybkiego zbadania przypadków dotyczących śmierci w warunkach szpitalnych” (zob. *Šilih*, cytowany powyżej, § 196) nie może stać się wymogiem drugorzędnym. Podejście polegające na „ocenie łącznej” do badania skuteczności postępowania krajowego nie zmienia mojej oceny w odniesieniu do wszystkich etapów postępowania w sprawie śmierci J.Z., zgodnie z którą było ono – ogółem – nadmiernie przewlekłe, a tym samym rzutowało na realizację gwarancji procesowych z art. 2 Konwencji.

16. Oceniając skuteczność postępowania przygotowawczego i sądowego w przedmiotowej sprawie, większość zastosowała logikę przyjętą w wyroku *Nicolae Virgiliu Tănase przeciwko Rumunii* [WI] (nr 41720/13, 25 czerwca 2019 r.). Sprawa ta dotyczyła wypadku samochodowego, w wyniku którego

skarżąca musiała przejść trzy operacje chirurgiczne. Wypadek zagrażał życiu, ale szczęśliwie nie było ofiar śmiertelnych. Wielka Izba uznała, że nie doszło do naruszenia art. 2 lub art. 6 ust. 1 Konwencji, w dość skomplikowanym postępowaniu karnym, które trwało od 2004 do 2012 r. Nie sugeruję, że standardy art. 2 mające zastosowanie do badania przypadków zagrażających życiu obrażeń spowodowanych nieumyślnie różnią się zasadniczo od standardów mających zastosowanie w przypadkach nieumyślnej śmierci hospitalizowanych pacjentów. Byłoby jednak bardziej właściwe, gdyby rozstrzygnięcie niniejszej sprawy odpowiadało logice wyroków wymienionych w punkcie 9 niniejszej opinii, a w szczególności wyrokowi Wielkiej Izby w sprawie *Lopes de Sousa Fernandes*. Ta ostatnia sprawa stanowi, w mojej ocenie, wiodący i przekonujący precedens dotyczący oceny postępowań przygotowawczych i sądowych w sprawie przypadków nieumyślnej śmierci w warunkach szpitalnych. Realizacja gwarancji proceduralnych z art. 2 w niniejszej sprawie, oceniana jako całość, wydaje się daleka od oczywistości, jeśli rozpatrywać ją przez pryzmat sprawy *Lopes des Sousa Fernandes*.

**C. Czy skarżąca powinna była skorzystać z innych środków odwoławczych w celu dochodzenia swoich roszczeń?**

17. W paragrafach 82–83 niniejszego wyroku Trybunał zauważył, że skarżąca nie skorzystała ze środka odwoławczego w postaci powództwa cywilnego ani nie dążyła do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego mającego na celu ustalenie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Pragnę odnieść się do tej kwestii, biorąc pod uwagę, że brak próby skorzystania z innych dróg prawnych oferowanych w krajowym systemie prawnym został uznany przez Trybunał za uniemożliwiający mu – przynajmniej częściowo – zbadanie odpowiedzi państwa jako całości (zob. paragraf 85).

18. Jak zauważono w paragrafie 73 niniejszego wyroku, polski system prawny przewiduje, co do zasady, dwie podstawowe drogi prawne dla osób zarzucających błąd w sztuce lekarskiej: powództwo cywilne i wnioski do prokuratora o wszczęcie postępowania przygotowawczego. Z tego ostatniego środka można skorzystać nawet po odmowie wszczęcia postępowania karnego lub jego umorzeniu przez prokuratora, jeżeli pokrzywdzony wniesie subsydiarny akt oskarżenia. Inną możliwością jest żądanie wszczęcia postępowania w sprawie ustalenia odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej lekarza.

19. Trybunał zauważył, że „polski system prawny oferuje stronom sporu środki odwoławcze, które teoretycznie spełniają wymogi obowiązków proceduralnych wynikających z art. 2” (tamże). Podzielał to stanowisko; nie wywodziłbym jednak z braku skorzystania przez skarżącą z drogi cywilnej czy dyscyplinarnej tak daleko idących wniosków jak większość. Moim punktem odniesienia w tym zakresie jest wyrok w sprawie *Kudra przeciwko*

*Chorwacji* z dnia 18 grudnia 2012 r. (nr 13904/07), w którym Trybunał stwierdził:

„92. (...) [P]rzed wniesieniem skargi do Trybunału skarżący zarzucający naruszenie pozytywnego obowiązku zawartego w art. 2 Konwencji w sprawach zarzucanego zaniedbania medycznego lub nieumyślnej śmierci muszą skorzystać z najlepszych środków dostępnych w systemie krajowym w celu określenia zakresu odpowiedzialności danych osób za śmierć ich osoby najbliższej (zob., *mutatis mutandis*, *Calvelli i Ciglio*, *op. cit.*, § 55).

93. W konsekwencji, jeżeli system krajowy pozwala na zastosowanie większej liczby środków odwoławczych, które mogłyby co do zasady, w przypadku ich skutecznego dochodzenia, zostać uznane za najlepszy sposób ustalenia zakresu odpowiedzialności osób zainteresowanych za śmierć ich osoby najbliższej, skarżący są zobowiązani do wyczerpania środka odwoławczego, który odnosi się do ich zasadniczego roszczenia. **Skorzystanie z innego środka odwoławczego, który ma zasadniczo ten sam cel i który niekoniecznie doprowadziłby do skuteczniejszego rozpoznania sprawy, nie jest wymagane** (zob. *Jasiński*, *op. cit.*, §§ 52–53)”. (wyróżnienie własne)

20. Można by argumentować, że cel środków karnych i cywilnych jest odmienny, gdy patrzy się na nie z perspektywy krajowej. Z punktu widzenia Konwencji cel dochodzenia środków cywilnych lub karnych w sprawach dotyczących nieumyślnej śmierci w warunkach szpitalnych pozostaje jednak zasadniczo ten sam: zbadanie okoliczności śmierci pacjenta w sposób dokładny, szybki i niezależny, w pełnej zgodności z wymogami proceduralnymi wynikającymi z art. 2. W następnej zaś kolejności wyciągnąć odpowiednie wnioski co do ewentualnej odpowiedzialności karnej lub cywilnej, w zależności od rodzaju postępowania.

21. Oceniając podobne sprawy w przeszłości, Trybunał uznał, że jego zadaniem jest zbadanie, czy nastąpiła „odpowiednia reakcja proceduralna ze strony państwa na naruszenie prawa do życia [...], niezależnie od przeprowadzonej procedury” (zob. *Kudra*, § 104, oraz *Bibija i Blažević*, § 102, obie cytowane powyżej). Rzeczywiście Trybunał odniósł się w tym kontekście do oceny „dostępnych środków odwoławczych, rozpatrywanych łącznie, przewidzianych w prawie i stosowanych w praktyce” (tamże). W licznych sprawach Trybunał przystąpił jednak do oceny i stwierdził naruszenie obowiązków proceduralnych wynikających z art. 2 Konwencji, niezależnie od tego, czy skarżący skorzystali ze środka cywilnego, czy też nie. Wśród przykładów wymienić można ww. sprawę *Bibija i Blažević* lub sprawę *Starčević przeciwko Chorwacji* (nr 80909/12, 13 listopada 2014 r.) (postępowanie przygotowawcze prowadzone w związku z wypadkiem drogowym).

22. Gdyby skarżąca nie skorzystała **ani** z karnych, **ani** z cywilnych środków odwoławczych, wówczas sprawa byłaby niedopuszczalna na podstawie art. 2 Konwencji, ze względu na niewyczerpanie krajowych środków odwoławczych. Taki byłby też skutek, gdyby skarżąca próbowała ustalić jedynie odpowiedzialność dyscyplinarną lub zawodową. Jednakże w przypadku gdy skarżąca skorzystała z drogi sądowej (czy to cywilnej, czy

karnej), należy przyjąć, że państwo miało wszelkie możliwości poczynienia odpowiednich kroków i zapewnienia dokładnego, skutecznego i szybkiego postępowania.

23. Nie dostrzegam żadnych szczególnych powodów, aby przyjąć, że gdyby skarżąca w niniejszej sprawie wystąpiła z powództwem cywilnym (zamiast postępowania karnego lub równoległe z nim), standardy wynikające z art. 2 Konwencji zostałyby zrealizowane lepiej. Według wszelkiego prawdopodobieństwa sąd cywilny zawiesiłby postępowanie do czasu uzyskania prawomocnego wyroku sądu karnego. Niemniej jednak nawet w razie jednoczesnego prowadzenia postępowania cywilnego i karnego nie ma gwarancji, że dokładność lub szybkość postępowania karnego – kluczowego dla rozpatrywanej sprawy – zostałaby w jakikolwiek sposób ograniczona lub usprawniona.

24. Oceniając z perspektywy zainteresowania skarżącej wcześniejszymi sprawami dotyczącymi nieumyślnego spowodowania śmierci w warunkach szpitalnych, wszczęcie postępowania cywilnego można by uznać za racjonalne, a nawet celowe. Byłbym skłonny podzielić stanowisko wyrażone przez Trybunał w sprawie *Lopes de Sousa Fernandes* (cytowany powyżej, § 235) i powtórzone przez większość w paragrafie 83 niniejszego wyroku, zgodnie z którym „w tego rodzaju sprawach postępowanie cywilne co do zasady może zapewnić najbardziej odpowiednie zadośćuczynienie”. Ocena motywacji czy strategii procesowej skarżącej nie powinna mieć jednak decydującego znaczenia dla ustalenia, czy postępowanie krajowe, a w tym przypadku postępowanie karne jako całość, odpowiadało wymogom art. 2 Konwencji.

25. Nie jestem zatem w stanie przyjąć, że brak skorzystania przez skarżącą w tej sprawie z drogi cywilnej lub dyscyplinarnej może mieć jakikolwiek decydujący wpływ na ustalenie przez Trybunał, czy postępowanie karne spełniło wszystkie wymogi proceduralne wynikające z art. 2 Konwencji.

## Wnioski

26. Uwzględniając ogólną długość postępowania karnego w tej sprawie, która przekroczyła szesnaście lat, oraz biorąc pod uwagę utrwalone orzecznictwo Trybunału dotyczące skutecznego prowadzenia postępowania przygotowawczego i sądowego w sprawach dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci w warunkach szpitalnych, stwierdzam, że wymagany standard szybkości nie został spełniony. Miało to poważny wpływ na ogólną jakość postępowania ocenianą z perspektywy art. 2 Konwencji. W konsekwencji osiągnięty został próg naruszenia proceduralnego tego postanowienia.