

GLOSA

JÓZEF ZYCH

Glosa do Uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt III CZP 63/15

Po rozstrzygnięciu zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie Rzecznika Finansowego) we wniosku z dnia 18 czerwca 2015 r. RU/116/AD/15 „Czy odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z tytułu roszczenia o pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest uzależniona od braku możliwości skorzystania przez poszkodowanego z leczenia lub rehabilitacji w ramach ubezpieczeniowej służby zdrowia albo wydłużonego okresu oczekiwania na takie leczenie lub rehabilitację, mającego ujemny wpływ na stan zdrowia poszkodowanego?” SN podjął uchwałę: Świadczenie ubezpieczyciela w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych [art. 444 § 1 k.c.].

Zanim przejdę do ustosunkowania się do Uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., zamierzam przedstawić kilka uwag o charakterze ogólnym, pozostających jednak w ścisłym związku z treścią uchwały. Pomimo że od podjęcia przez Sąd Najwyższy w/w uchwały upłynął krótki okres, to opublikowano na jej temat wiele artykułów prasowych, w których podnieszone są i zasadne, i nieuzasadnione problemy. Punktem wyjścia do rozważań nad rozstrzygnięciem dokonany w uchwale powinno być przyjęcie, że zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach obowiązkowego ubezpieczenia pojazdów mechanicznych opierają się o Kodeks cywilny w części dotyczącej odpowiedzialności za czyny niedozwolone. Zatem w ramach tej odpowiedzialności ubezpieczyciel pojazdów mechanicznych ponosi odpowiedzialność za niedozwolony czyn właściciela lub posiadacza pojazdu mechanicznego, a więc działa niejako w imieniu i na rzecz sprawcy czynu niedozwolonego, udzielając mu ochrony przed finansowymi skutkami czynu. To stwierdzenie jest kluczowym do zrozumienia istoty zarówno świadczeń z ubezpieczenia społecznego na rzecz poszkodowanego, jak i świadczeń z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Oznacza to, że wyłącznie zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia czy rehabilitacji jest sprawca wypadku, a co za tym idzie – ubezpieczyciel w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC.

Do zagadnienia, jak mają się świadczenia z ubezpieczenia społecznego do obowiązku pokrycia kosztów leczenia i rehabilitacji na rzecz poszkodowanego, powrócę w dalszej części glosy.

Dla zakładów ubezpieczeń sprawa istotną i już sygnalizowaną jest, czy omawiana uchwała Sądu Najwyższego ma zastosowanie do innych rodzajów obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Ponieważ wszystkie znane w Polsce ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (poza ubezpieczeniami pojazdów mechanicznych), a zatem obowiązkowe i dobrowolne, w zasadniczej części opierają się o te same kryteria odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, należy przyjąć, że uchwała w części dotyczącej zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji będzie mieć także zastosowanie do wszystkich innych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Należy także podkreślić, że Uchwała nie wnosi do dotychczasowego dorobku orzecznictwa jakiegoś nowego elementu, ale w sposób logiczny i uzasadniony porządkuje dotychczasowe stanowiska sądów powszechnych w sprawach pokrywania kosztów leczenia i rehabilitacji.

Podkreślenia wymaga także fakt, iż Rzecznik Ubezpieczonych trafnie zauważył problemy, jakie występują w praktyce ubezpieczeniowej i orzecznictwie sądowym dotyczące zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji, oraz – co więcej – poddał wnikliwej analizie dotychczasowe orzecznictwo sądów powszechnych, które w tym przedmiocie nie jest jednolite. Rzecznik dostrzegł, iż ubezpieczyciele, tłumacząc przed sądem przyczyny odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu leczenia lub rehabilitacji w prywatnej placówce medycznej, wskazują na niedochowanie obowiązku zapobieżenia zwiększeniu szkody, wynikającego z art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2013, poz. 392 z późn. zm.) i brakiem wykazania, że zostały wykorzystane wszelkie możliwości podjęcia leczenia i rehabilitacji w ramach usług finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zwrócił także uwagę, że odmowa pokrycia kosztów leczenia w placówkach prywatnych jest także przez niektóre zakłady ubezpieczeń uzasadniana faktem, iż zdecydowana większość świadczeń medycznych oferowanych przez placówki prywatne, z których korzystają poszkodowani, mieści się w ramach usług finansowanych przez NFZ. W rezultacie niektórzy ubezpieczyciele odmawiają pokrycia wydatków na usługi medyczne, za które poszkodowani przedstawiają w postępowaniu likwidacyjnym rachunki i faktury, a które są dostępne w ocenie ubezpieczycieli w ramach powszechnej służby zdrowia.

Jak twierdzi Rzecznik, w sporach sądowych niektóre zakłady ubezpieczeń argumentują ponadto, iż korzystanie z placówki prywatnej uzasadnione jest wyjątkowo i tylko wówczas, gdy istnieją podstawy do przyjęcia, iż poszkodowany nie mógł w odpowiednim czasie skorzystać z takiej pomocy w publicznej placówce służby zdrowia, co przekładałoby się ujemnie na stan zdrowia poszkodowanego lub efektywność dalszego leczenia.

Rzecznik zauważył ponadto, iż zdarza się, że zakłady ubezpieczeń jeszcze na etapie postępowań likwidacyjnych wymagają zaświadczeń, iż okres oczekiwania na usługi i zabiegi w ramach publicznej służby zdrowia jest długi. Przed sądami również argumentują, iż nie było podstawy do zwrotu kosztów leczenia prywatnego, gdyż poszkodowany nie przedstawił stosownego zaświadczenia. Tymczasem placówki świadczące usługi, finansowane w ramach NFZ, z różnych powodów – zapewne z obawy przed odpowiedzialnością lub kontrolą – utrudniają lub odmawiają potwierdzenia na piśmie, że dana usługa jest niedostępna w określonym terminie. Oczekiwania zakładów ubezpieczeń, Rzecznika Ubezpieczonych, a także, jak należy sądzić z pozwów kierowanych do sądów – oczekiwania poszkodowanych, były daleko idące. Oczekiwano między innymi stanowiska Sądu Najwyższego jednoznacznie określającego, czy poszkodowany tuż po wypadku

może bez żadnych warunków wstępnych zdecydować, czy chce się leczyć w uspołecznionej służbie zdrowia, czy wybiera na przykład prywatną klinikę. Sąd Najwyższy w omawianej Uchwale sprawę rozstrzyga w sposób pośredni, twierdząc, że ubezpieczyciel w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pokrywa uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych. Określenie użyte przez Sąd Najwyższy: „niefinansowane ze środków publicznych” może budzić wątpliwości. W tym miejscu wyłania się pytanie, czy sformułowanie niefinansowane oznacza, że tego typu świadczenia nie są objęte ubezpieczeniem społecznym i nie są finansowane z środków NFZ, czy oznacza to, że nie zostały pokryte ze środków NFZ. Za tym drugim rozumowaniem przemawia uzasadnienie Uchwały. Gdyby było inaczej, to byłaby ingerencja w zasady kodeksowe i byłoby to niezgodne z ideą ubezpieczenia OC. W uzasadnieniu tym czytamy m.in., że przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. Dalej czytamy, iż w orzecznictwie SN i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich zwiększonych kosztów. Zdaniem Sądu Najwyższego należy pozostawić mu możliwość wyboru leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, możliwość skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego realizowania. Z zasady prawa do pełnego odszkodowania wynika, że poszkodowany ma prawo do pokrycia wszystkich wydatków.

Sąd Najwyższy, powołując się na art. 444 § 1 k.c., orzekł, iż przez pojęcie „wszystkie wydatki” należy rozumieć pełną rekompensatę szkody. Podkreśla także, że takie określenie ustawowe zmierza wyraźnie do zaakceptowania tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Sąd Najwyższy stwierdza następnie, że naprawienie szkody obejmującej wydatki poniesione na leczenie lub rehabilitację powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowanie takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. W cytowanej uchwale Sąd Najwyższy akceptuje dotychczasowe orzecznictwo Sądu Najwyższego, zgodnie z którym poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji powinny być celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione).

Jednym ze szczegółowych zagadnień, do których odniósł się Sąd Najwyższy, jest zagadnienie udowodnienia celowych kosztów leczenia i rehabilitacji wynikających z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W Uchwale SN z dnia 19 maja 2016 r., stwierdzono, iż z art. 444 § 1 k.c. i ogólnych reguł prawa odszkodowawczego nie wynika szczególne ukształtowanie ciężaru dowodu w zakresie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w zakresie wykazania faktu wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego. Oznacza to, że poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji, pozostające w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Zdaniem Sądu Najwyższego dowód

celowości kosztów oznacza także poddanie się leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z poszczególnymi etapami leczenia lub rehabilitacji. W ocenie Sądu Najwyższego nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Jeżeli ubezpieczyciel, odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC, powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego – wtedy ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu.

Jednym z bardzo ważnych zagadnień, które występowało w orzecznictwie, jest kwestia, czy poszkodowany wykorzystał wszystkie możliwości leczenia i rehabilitacji w ramach usług medycznych finansowanych przez NFZ. Sąd Najwyższy trafnie zauważył, że większość usług medycznych dokonywanych przez placówki prywatne oferowana jest także przez NFZ. Część zakładów ubezpieczeń stoi na stanowisku, że nie należy uwzględniać rachunków z prywatnych placówek służby zdrowia, jeżeli świadczenia takie oferowane są przez placówki NFZ. Już na wstępie wykazałem, że taki sposób rozumowania jest zwykłym nieporozumieniem. Taki sposób rozumowania jest zwykłym nieporozumieniem. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego na rzecz poszkodowanego, który uległ wypadkowi komunikacyjnemu nie zastępują w tym zakresie obowiązków spoczywających na sprawcy wypadku, a tym samym - na ubezpieczycielu.

Zagadnieniem, które ma duże znaczenie dla wielu poszkodowanych, jest pytanie, jak należy podchodzić do żądania poszkodowanego, aby zobowiązany do naprawienia szkody wyłożył z góry sumę potrzebną na koszty leczenia lub rehabilitacji.

Zarówno w orzecznictwie sądowym, jak i – zwłaszcza – w praktyce ubezpieczeniowej zauważalna jest różnica zdań na tle przepisu art. 444 § 1 k.c., czy poszkodowany, który dochodzi takiego roszczenia, powinien wykazać, że: suma której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego na naprawienia szkody jest sumą potrzebną na koszty leczenia czy również, że nie dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie tych kosztów.

Sprawę trafnie podniósł Rzecznik Ubezpieczonych, powołując się na praktykę niektórych zakładów ubezpieczeń, które bądź odmawiały wyłożenia z góry kwot na koszty leczenia twierdząc, że leczenie poszkodowanego jest objęte ubezpieczeniem społecznym, bądź żądały aby poszkodowany wykazał, że nie posiada własnych środków na pokrycie kosztów leczenia.

Dokonując wykładni tego zagadnienia, Sąd Najwyższy powołał się na Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.12.2007 r. I CSK 384/07, w którym Sąd Najwyższy wskazał, że „uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz czy jest objęty systemem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykáže, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów”.

W omawianej Uchwale Sąd Najwyższy podzielił pogląd zaprezentowany w Wyroku z dnia 13.12.2007, a zatem sprawę można uznać za przesadzoną na korzyść poszkodowanych. Zresztą trudno byłoby podzielić inny pogląd, szczególnie w świetle art. 444 § 1 k.c. zdanie drugie, który stanowi, że przesłanką uwzględniającą żądanie jest wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego,

że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia.

Sąd Najwyższy w głosowanej Uchwale, podejmując interpretację art. 444 § 1 k.c., odniósł ten przepis do kilku kwestii występujących w praktyce, a więc np. czy poszkodowany który domaga się pokrycia kosztów leczenia w prywatnej klinice, czyni to z powodu np. braku możliwości korzystania z bezpłatnej opieki medycznej ze względu na wydłużony okres oczekiwania na świadczenia medyczne lub ponieważ wykorzystał wszystkie możliwości podjęcia leczenia i rehabilitacji w ramach usług medycznych finansowanych przez NFZ.

Sad Najwyższy, jak już podkreślałem wcześniej, nie odnosi się wprost i jednoznacznie do ponoszonych kwestii, ale przytacza szeroko stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych i Wyroki Sądów, w których odnoszono się do tych zagadnień, a więc można przyjąć, że je akceptuje – i tak jest niewątpliwie.

Sąd Najwyższy odniósł się także do problemu kosztów, o których jest mowa w art. 444 § 1 k.c. Twierdzi on, że:

Omawiane koszty mogą obejmować m.in. koszty leczenia i rehabilitacji (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.). Taka egzemplifikacja „wszelkich kosztów” służyła ustawodawcy do pokazania, że dyspozycją art. 444 § 1 k.c. objęte są zarówno koszty leczenia już poniesione, jak i koszty, które mogą być poniesione przez poszkodowanego w przyszłości. Z tego względu w art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. wyodrębniono autonomiczne roszczenie, zgodnie z którym poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Zdaniem Sądu Najwyższego pojęcie „wszelkie wydatki” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody. Można nawet stwierdzić, że takie określenie ustawowe zmierza wyraźnie do zaakcentowania tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Oznacza to, że naprawienie szkody, obejmującej wydatki poniesione na leczenie lub rehabilitację, powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. W taki też sposób przedstawia się funkcję odszkodowania przewidzianego w art. 444 § 1 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego¹. Poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają wspomnianej funkcji odszkodowania określonego w art. 444 § 1 k.c.

Sam natomiast rozmiar tych kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został poddany poszkodowany (np. diagnostyka, terapie, leki, zabiegi, typ i czas rehabilitacji). Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o skompensowanie już poniesionych kosztów, czy o koszty, które mają być poniesione w związku z przyszłym, planowanym leczeniem (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.).

Reasumując, należy podkreślić, że Uchwałą składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2016 r. ma ważne znaczenie przede wszystkim dlatego, że w sposób jednoznaczny podkreśla prawo poszkodowanego, który uległ wypadkowi komunikacyjnemu, do dochodzenia uzasadnionych i celowych kosztów leczenia oraz rehabilitacji, poniesionych w związku z leczeniem i rehabilitacją w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej.

1. Por. np. wyrok z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, OSNC – ZD 20908, nr D, poz. 99 oraz wyrok z dnia 15 października 2004 r., V CSK 632/12 niepubl.

Uchwała Sądu Najwyższego może być prawidłowo interpretowana tylko przy uwzględnieniu stanowiska wyrażonego w uzasadnieniu. Wadą Uchwały jest to, że zamiast rozstrzygać zagadnienia szczegółowe odnoszące się do zasadniczej kwestii, powołuje się na dotychczasowe orzecznictwo bez wyraźnego stwierdzenia, czy dane stanowisko akceptuje czy nie. Rzecz jasna z tezy uchwały można wyciągnąć wnioski co do stanowiska Sądu Najwyższego; w określonych sprawach są one korzystne dla poszkodowanych.

Sąd Najwyższy wbrew niektórym oczekiwaniom nie rozstrzygnął, czy wybór leczenia w jednostkach uspołecznionej służby zdrowia czy w prywatnej klinice należy wyłącznie do poszkodowanego, bez względu na okoliczności, a więc możliwość skutecznego i bezzwłocznego leczenia w jednostkach służby zdrowia podległych NFZ, bez względu na koszt leczenia. W jednostkach podlegających NFZ leczenie kosztuje poszkodowanego 0 zł, w klinikach komercyjnych klasy średniej 150 zł, a w komercyjnej klasy premium 500 zł, oczywiście dziennie, bez względu na przewidywany długi okres leczenia i rehabilitacji.

Sąd Najwyższy w obecnej sytuacji, w jakiej znajduje się w Polsce służba zdrowia, takiej jednoznacznej decyzji nie mógł podjąć słusznie wskazując na okoliczności, które w interesie poszkodowanego powinny być brane pod uwagę. Jednoznacznie Sąd Najwyższy uznał, że poszkodowany ma prawo do korzystania z leczenia i rehabilitacji także w klinikach komercyjnych.

Zdaniem wielu znawców przedmiotu, w tym Rzecznika Finansowego, uchwała powinna ujednolicić linię orzeczniczą oraz praktykę likwidacji tego typu szkód przez zakłady ubezpieczeń, z korzyścią dla poszkodowanych. Będzie łatwiej nie tylko o uzyskanie pokrycia już poniesionych kosztów leczenia czy rehabilitacji w prywatnej służbie zdrowia, ale też o uzyskanie zaliczek.

Należy przypomnieć, że od wielu już lat praktyką większości ubezpieczycieli było uznawanie roszczeń o zwrot celowych i uzasadnionych kosztów leczenia w prywatnym sektorze, oczywiście oprócz kosztów zawyżonych, dotyczących zabiegów, które nie są zgodne ze standardami medycyny itp. Zresztą aktualnie wielu ubezpieczycieli oferuje w ramach swoich usług tzw. programy leczniczo-rehabilitacyjne, które są realizowane m.in. przez renomowane kliniki rehabilitacyjne.

Oczywiście, każdorazowo pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia, kiedy leczenie i zabiegi są zgodne ze standardami medycyny. Sprawę tę także będą musiały rozstrzygnąć sądy.

Za pozytywną oceną uchwały przemawia ta okoliczność, iż porządkuje ona najważniejsze zagadnienia dotyczące kosztów leczenia i rehabilitacji, dając sądom wskazówkę, jak należy podchodzić do skomplikowanych zagadnień. Element ochrony uzasadnionego interesu poszkodowanego jest w uchwale widoczny.

Wykaz źródeł:

Zych J., *Rozbieżności w ustalaniu zadośćuczynienia*, Apostolicum 2016 r.

Wyrok Sądu Najwyższego z 28.01.2016 r., III CSK 60/15 niepublikowany.

Wyrok Sądu Najwyższego z 20.05.2016 r., II CSK 517/15 niepublikowany.

DR JÓZEF ZYCH – poseł na sejm w latach 1989–2015, marszałek Sejmu II kadencji, wicemarszałek Sejmu I, II i IV kadencji, marszałek senior V i VII kadencji, od roku 2015 członek Trybunału Stanu