



Normy czasu pracy pracowników medycznych ze szczególnym uwzględnieniem klauzuli opt-out. Zwiększony wymiar czasu pracy i jego negatywne konsekwencje dla pracowników medycznych

Standard worktime of medical staff with particular emphasis on the opt-out clause. Increased working time and its negative consequences for the medical staff

Michał Maciej Sułkowski^{1,A-F}✉, Katarzyna Barbara Bargiel^{2,A-F}, Maja Mydel^{2,A-F}

¹ Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków, Polska

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Kraków, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Sułkowski MM, Bargiel KB, Mydel M. Normy czasu pracy pracowników medycznych ze szczególnym uwzględnieniem klauzuli opt-out. Zwiększony wymiar czasu pracy i jego negatywne konsekwencje dla pracowników medycznych. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/162029

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Pracownicy medyczni mogą być zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Czas ich pracy regulowany jest przez Ustawę o działalności leczniczej. Standardowy czas pracy pracownika medycznego wynosi 7 godzin i 35 minut w 5-dniowym tygodniu pracy, istnieje jednak możliwość jego przedłużenia. Celem niniejszej pracy jest zwiększenie wiedzy pracowników medycznych na temat możliwych form ich zatrudnienia oraz praw pracownika.

Metody przeglądu. Przeglądu przepisów prawnych, orzeczeń sądowych oraz literatury dokonano przy użyciu polskiego Systemu Informacji Prawnej LEX, Google Scholar oraz systemu ISAP.

Opis stanu wiedzy. Zatrudnienie pracowników medycznych określone jest przez przepisy Kodeksu pracy lub Kodeksu cywilnego – w zależności od rodzaju umowy. Dobowa norma czasu pracy pracowników medycznych szczegółowo określona jest w Ustawie o działalności leczniczej. Ustawodawca przewidział możliwość przedłużenia czasu pracy, jeżeli pracownik wyrazi na to pisemną zgodę, nazywaną klauzulą opt-out. Wynagrodzenie pracownika w dużej mierze uzależnione jest od czasu wykonywanej pracy, liczby nadgodzin oraz tego, czy podpisał on ww. klauzulę, czy też nie. Poza normalnymi godzinami pracy, pracownicy mogą zostać zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Na dzień 1 stycznia 2028 roku przewidywane jest uchylenie przepisów art. 96 Ustawy o działalności leczniczej, pozwalających na podpisywanie klauzuli opt-out. Kwestia czasu pracy pracowników medycznych jest

bardzo istotna, przede wszystkim ze względu na często występujące w tej grupie przepracowanie.

Podsumowanie. Czas pracy pracowników medycznych jest sprawą kontrowersyjną. Klauzula opt-out jako możliwość wydłużenia czasu pracy w dalszym ciągu jest sporną kwestią wśród pracowników ochrony zdrowia.

■ Słowa kluczowe

pracownicy medyczni, umowa o pracę, klauzula opt-out, czas pracy lekarza, dyżur medyczny, przemęczenie

■ Abstract

Introduction and Objective. Medical staff may be employed under an employment or a civil law contract. Their working hours are regulated by the Act on medical activity. Their standard working time is 7 hours and 35 minutes in a five-day workweek, however, there is a possibility for it to be extended. The aim of this article is to increase knowledge of medical employees regarding the possible forms of their employment and the related rights.

Review methods. A review of legal regulations, court decisions and literature was performed using the Polish Legal Information System "LEX", Google Scholar and the ISAP system.

Brief description of the state of knowledge. The employment of medical staff is defined by the provisions of the Labour Code or the Civil Code, depending on the type of contract. The daily norm of working hours for medical staff is defined in detail in the Act on medical activity. The legislator has provided the possibility of its extension, if the employee gives written consent to do so, called an "opt-out clause". The employee's salary depends on the time of work performed, the number of overtime hours and whether he/she has signed the aforementioned clause. Apart from normal working hours,

✉ Adres do korespondencji: Michał Maciej Sułkowski, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków, Polska
E-mail: michal.maciej.sulkowski@gmail.com

Nadesłano: 26.09.2022; zaakceptowano do publikacji: 9.03.2023; publikacja on line: 28.03.2023

employees may be required to perform medical duty. On 1 January 2028, it is anticipated that the provisions of Article 96 of the Act on medical activity, allowing the signing of an opt-out clause, will be repealed. The issue of working time for medical employees is very important, especially due to the overwork, that often occurs in this group.

Summary. The working time of medical staff is a controversial matter. The opt-out clause as an option for extending working hours continues to be a contentious issue among healthcare workers.

WPROWADZENIE

Umowa o pracę jest jedną z możliwych form zatrudnienia pracownika medycznego w podmiocie świadczącym usługi lecznicze. Skutkuje ona nawiązaniem stosunku pracy oraz dokładnie określa strony, rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy, w tym wymiar czasowy pracy. Ustawa o działalności leczniczej reguluje czas pracy pracowników medycznych zatrudnionych w podmiocie leczniczym. Standardowy czas pracy pracownika medycznego jest krótszy niż 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo (przy 5-dniowym tygodniu pracy). Ustawodawca pozostawia jednak zatrudnionemu możliwość zwiększenia wymiaru godzinowego pracy. Po wyrażeniu na to pisemnej zgody pracownik może zostać zobowiązany do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Taka zgoda powszechnie nazywana jest klauzulą opt-out. Zobowiązanie takie musi być aktem dobrowolnym pracownika, a niepodpisanie jej nie może być powodem działań dyskryminacyjnych ze strony pracodawcy. Sama klauzula opt-out budzi wiele kontrowersji. Może ona być szansą uzyskania wyższych zarobków przez personel medyczny, jednak okupiona jest wysokim ryzykiem związanym z konsekwencjami przepracowania i popełnienia błędu medycznego, a co za tym idzie wyrządzenia szkody pacjentowi. Na marginesie należy wspomnieć, że na podstawie ustawy nowelizującej z 2018 roku 1 stycznia 2028 roku ma wejść w życie przepis uchylający możliwość pracy w wymiarze czasowym większym niż 48 godzin tygodniowo, a *vacatio legis* tej ustawy w momencie jej wprowadzenia wynosiło prawie 10 lat. Autorzy niniejszej publikacji pozytywnie oceniają planowaną zmianę jako realizującą postulaty środowiska medycznego i chroniącą zdrowie oraz życie pacjentów, a także personelu medycznego. Warto zaznaczyć, że wprowadzenie w życie tej nowelizacji mogłoby zmniejszyć liczbę błędów medycznych wynikających z przemęczenia. Należy jednak podkreślić, że obecnie przepis dotyczący klauzuli opt-out pozostaje w mocy.

CEL PRACY

Celem pracy jest dokonanie przeglądu bieżących aktów prawnych oraz artykułów naukowych poruszających tematykę umowy o pracę i towarzyszącej jej klauzuli opt-out oraz umów cywilnoprawnych stosowanych w ochronie zdrowia. Publikacja ma również zwiększyć wiedzę pracowników medycznych o kilku możliwych formach zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz związanych z nimi prawach pracownika. Dodatkowo artykuł porusza stosowane w praktyce metody rozliczania pracowników medycznych w przypadku

Key words

medical workers, overstrain, opt-out clause, contract of employment, doctor's working time, medical duty.

Wykaz użytych skrótów

KP – Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. DzU z 2022 r. poz. 1510 ze zm.) [1];

UDL – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. DzU z 2022 r. poz. 633 ze zm.) [2].

zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz alternatywnej formy zatrudnienia, jaką jest umowa cywilnoprawna.

METODY PRZEGLĄDU

Przełgądu literatury dokonano przy użyciu wyszukiwarki Google Scholar, ISAP oraz Systemu Informacji Prawnej LEX.

OPIS STANU WIEDZY

Skutki przepracowania pracowników medycznych

W związku z powszechną praktyką, jaką jest stosowanie klauzuli opt-out (tj. zapisu w umowie pozwalającego na pracę w godzinach ponadwymiarowych – powyżej 48 godzin tygodniowo) i brakiem ograniczeń czasowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej (zagadnienia te zostaną dokładniej omówione w dalszej części artykułu), pojawia się realne ryzyko znacznego wydłużenia czasu pracy pracownika medycznego, co może prowadzić do narażenia zdrowia zarówno jego, jak i pacjenta [3]. Co więcej, praca w godzinach nocnych i w systemie zmianowym może powodować schorzenia: układu pokarmowego, układu krążenia, zaburzenia snu spowodowane zmianami w wydzielaniu hormonów, deficyty snu oraz różne postacie bezsenności, ponadto jest prawdopodobne, że nocna praca zwiększa również ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych [4]. Należy zwrócić także uwagę, że praca zmianowa ma negatywne skutki społeczne, takie jak zmniejszona aktywność w życiu towarzyskim czy rodzinnym [5].

Długotrwałe przepracowanie oraz ekstremalne wyczerpanie znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia schorzeń takich jak: krwotok mózgowy, udar mózgu, krwotok podpajęczynówkowy, choroby naczyń mózgowych, atak choroby niedokrwiennej serca [6].

Nie sposób pominąć faktu, że ww. schorzenia mogą prowadzić do nagłego zgonu pracowników medycznych, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w wymiarze znacznie przekraczającym normy czasu pracy wynikające z KP. Dodatkowo ryzyko wymuszania na pracownikach medycznych dodatkowych godzin pracy jest zwiększone w związku ze znacznym niedoborem „białego personelu” w Polsce. Zgodnie z danymi na 2021 rok w Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza, co stanowi ostatnie miejsce w Unii Europejskiej, natomiast czynnych zawodowo pielęgniarek przypada tylko 5,1 na 1 tys. mieszkańców, co stanowi przedostatnie miejsce w Unii Europejskiej [7].

Odnosząc powyższe do prawdziwych zdarzeń w Polsce – jednym z przykładów możliwej „śmierci z przepracowania”

była sprawa ratownika wrocławskiego pogotowia ratunkowego, który w styczniu 2019 roku przepracował niemal 360 godzin, co w przeliczeniu na dobę wynosi minimum 11 godzin. Równowartość tych godzin można również porównać do 2 etatów i ponad 40 godzin pracy. Po zbadaniu sprawy stwierdzono, że ratownik ten miał podpisane 2 umowy cywilnoprawne i w związku z tym przepisy Kodeksu pracy (w tym właśnie przepisy dotyczące ograniczenia czasu pracy) nie były stosowane.

Innym tragicznym przypadkiem była śmierć 44-letniej anestezjolog, która zmarła po 4-dobowym ciągu pracy – pracowała nieprzerwanie 96 godzin (dane z 2017 roku) [6].

Z doniesień medialnych znany jest również przypadek 39-letniego lekarza anestezjologa ze szpitala w Wałbrzychu, który zmarł, pracując ponad 100 godzin w tygodniu [8].

Warto zaznaczyć, że nie ma możliwości, by oszacować dokładną liczbę zejść śmiertelnych z powodu przepracowania wśród pracowników medycznych w Polsce, gdyż nie są prowadzone żadne statystyki dotyczące tego typu zdarzeń.

Ratio legis wprowadzenia ustawowych ograniczeń czasu pracy pracowników medycznych jest ich ochrona przed ww. negatywnymi skutkami przepracowania. W ten sposób ustawodawca stara się chronić zdrowie, a w skrajnych przypadkach nawet życie medyków.

Z tego względu wydłużenie wymiaru czasu pracy pracowników medycznych powinno być stosowane tylko i wyłącznie w sytuacji, gdy jest to absolutnie niezbędne do funkcjonowania danego podmiotu leczniczego. Praca w godzinach ponadwymiarowych powinna być wyznaczana z zachowaniem racjonalnych zasad zapewniających bezpieczeństwo zarówno pacjentom, jak i pracownikom medycznym.

Normy czasu pracy określone w Ustawie o działalności leczniczej

Podstawową formą zatrudnienia pracowników medycznych jest umowa o pracę. Szczegółowe warunki takiej umowy określa Kodeks pracy [1]. Zakres dozwolonego dobowego czasu pracy pracowników medycznych określono w Ustawie o działalności leczniczej [2]. Zgodnie z treścią art. 93 ust. 1 UDL czas pracy wynosi nie więcej niż 7 godzin 35 minut na dobę i 37 godzin 55 minut na tydzień (przy 5-dniowym tygodniu pracy). Wyznaczone ustawowo limity godzinowe muszą być zachowane w przyjętym okresie rozliczeniowym, z zastrzeżeniem, że przyjęty okres rozliczeniowy nie może przekraczać 3 miesięcy (art. 93 ust. 4 UDL). Z analizy ustawy wynika, że pracodawca może ustalić w regulacjach wewnętrznych (obowiązujących pracowników pracujących w danym podmiocie leczniczym, np. w regulaminie pracy) obowiązujący okres rozliczeniowy. Nasuwa się logiczny wniosek, że w takim przypadku pracodawca może określić okres rozliczeniowy nie krótszy niż 1 tydzień i nie dłuższy niż 3 miesiące. Przy jednoczesnym zagwarantowaniu, że średni czas pracy w czasie podstawowym nie przekroczy 7 godzin 35 minut na dobę i 37 godzin 55 minut na tydzień (przy 5-dniowym tygodniu pracy). Jednocześnie w art. 94 ust. 1 UDL ustawodawca przewiduje możliwość wydłużenia dobowego czasu pracy do 12 godzin na dobę, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, przy czym także w tym przypadku czas pracy nie może przekroczyć 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. W takiej sytuacji przyjęty okres rozliczeniowy co do zasady nie może być dłuższy niż miesiąc, jednakże w szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, jednak nie

więcej niż do 4 miesięcy (art. 94 ust. 2 UDL). Również w tym wypadku pracodawca może ustalić w regulaminie pracy okres rozliczeniowy nie krótszy niż 1 tydzień i nie dłuższy niż 1 miesiąc (w szczególnych przypadkach nie dłuższy niż 4 miesiące). Przy określaniu okresu rozliczeniowego konieczne jest zachowanie ustawowych norm dotyczących ograniczeń średniego dobowego i tygodniowego czasu pracy.

W art. 94 ust. 4 pkt 1 i 2 UDL przewidziano wyjątek od możliwości przedłużenia czasu pracy do 12 godzin na dobę. Pracownicy w ciąży (art. 94 ust. 4 pkt 1 UDL) oraz pracownicy opiekujący się dzieckiem do lat 4 bez uprzedniej zgody (art. 94 ust. 4 pkt 2 UDL) nie mogą pracować powyżej 8 godzin na dobę.

Dyżur medyczny

Osobną kwestią do omówienia są dyżury medyczne. Zgodnie z art. 95 ust. 1 UDL pracownicy medyczni posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie medycznym wykonującym działalność leczniczą w formie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego w tym zakładzie leczniczym. Dyżur medyczny jest wykonywany poza normalnymi godzinami pracy (art. 95 ust. 2 UDL), czas dyżuru wlicza się do czasu pracy (art. 95 ust. 3 UDL), a praca w ramach dyżuru może być planowana również w zakresie przekraczającym 37 godzin i 55 min na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jak słusznie wskazują w swej publikacji Jagoda Jaskulska i Maciej Jaskulski [9], przepis art. 95 UDL ma zastosowanie wyłącznie do osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy i nie znajduje zastosowania w przypadku umów cywilnoprawnych, co potwierdzono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2019 roku sygn. akt. III PK 128/17 [10]. Co więcej, ww. autorzy twierdzą, że przepis art. 95 ust. 3 UDL, nakazujący wliczanie czasu dyżuru do czasu pracy, jest w pełni zgodny z linią orzecniczą Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej.

Z pojęciem dyżuru medycznego wiąże się również pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. dyżur pod telefonem. Art. 98 ust. 1 UDL określa, że wszyscy pracownicy wskazani w art. 95 ust. 1 UDL, którzy są zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Co do zasady czas pozostawania w gotowości do pracy nie wlicza się do czasu pracy (art. 151⁵ § 2 KP), jednakże w przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie znajdują przepisy dotyczące dyżuru medycznego (art. 98 ust. 4 UDL), co m.in. oznacza, że wówczas czas efektywnie świadczonej pracy w podmiocie leczniczym wlicza się do czasu pracy (art. 95 ust. 3 UDL). Jednocześnie wymaga podkreślenia, że czas pozostawania pracownika w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych nie może naruszać ustawowego prawa do odpoczynku dobowego i tygodniowego (art. 151⁵ § 2 zd. 1 KP).

Analiza treści art. 98 ust. 4 UDL (a konkretnie fragmentu, w którym ustawodawca wspomina o „wezwanie do podmiotu leczniczego”) prowadzi do logicznej konkluzji, że w czasie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych pracownik pozostaje co prawda do dyspozycji pracodawcy (musi być gotowy na ewentualne wezwanie i jednocześnie, w razie potrzeby, musi mieć możliwość odpowiednio szybkiego przybycia do podmiotu leczniczego), ale przebywa w wybranym przez siebie miejscu poza podmiotem leczniczym [11].

Klauzula opt-out – regulacje prawne

Najpierw zostaną przywołane przepisy regulujące przedmiotową materię. Przepisy regulujące klauzulę opt-out zostały zawarte w art. 96 UDL.

Zgodnie z art. 96 ust. 1 UDL pracownicy medyczni posiadający wyższe wykształcenie mogą wyrazić pisemną zgodę na pracę powyżej przeciętnych 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach klauzuli opt-out nie znajduje zastosowania (przewidziany w art. 151 § 3 KP) limit 150 godzin nadliczbowych w danym roku kalendarzowym.

Jak napisano powyżej, ustawodawca zawarł wymóg, by zgoda na pracę w przedłużonym czasie była wyrażona pisemnie. Analiza skutków niedochowania formy pisemnej wymaga odwołania się do Kodeksu cywilnego [12]. Artykuł 96 ust. 1 UDL nie przewiduje w takim przypadku rygoru nieważności, zatem według art. 73 § 1 Kodeksu cywilnego zgoda na dłuższy czas pracy wyrażona bez dochowania formy pisemnej z prawnego punktu widzenia będzie ważna. Należy jednak pamiętać, że w takim przypadku niedochowanie formy pisemnej skutkować będzie trudnościami dowodowymi, bowiem zastosowanie znajdzie art. 74 § 1 Kodeksu cywilnego (*Forma ad probationem*). W praktyce oznacza to, że w przypadku niedochowania formy pisemnej dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron na fakt wyrażenia zgody na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo będzie dopuszczalny, jeśli obie strony (zarówno pracownik medyczny, jak i pracodawca) wyrażą na to zgodę albo fakt wyrażenia zgody będzie uprawdopodobniony za pomocą dokumentu (74 § 2 Kodeksu cywilnego). Należy wskazać, że w tym wypadku Kodeks cywilny definiuje „dokument” jako nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z jej treścią (art. 77³ Kodeksu cywilnego).

Również wypowiedzenie klauzuli opt-out wymaga formy pisemnej i konieczne jest zachowanie miesięcznego okresu wypowiedzenia (art. 96 ust. 6 UDL). Analogicznie jak już podano powyżej, niedochowanie formy pisemnej przy składaniu wypowiedzenia klauzuli opt-out będzie miało opisany wyżej skutek w postaci trudności dowodowych.

W przypadku pracy w ramach klauzuli opt-out okres rozliczeniowy nie może być dłuższy niż 4 miesiące (art. 96 ust. 2 UDL).

W art. 96 ust. 4 UDL ustawodawca wprost zakazał pracodawcom jakichkolwiek działań dyskryminacyjnych wobec pracowników, którzy odmówią podpisania klauzuli opt-out. Zatem warto podkreślić, że pracownik medyczny nie ma obowiązku godzić się na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo; podpisanie takiej zgody zawsze powinno być dobrowolne i może zostać ona cofnięta, jeśli pracownik zmieni zdanie.

Aby obliczyć maksymalny tygodniowy czas pracy w ramach klauzuli opt-out, należy pomniejszyć czas pracy o godziny ustawowo przewidzianego odpoczynku, tj. o 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego (art. 97 ust. 1 UDL) i 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego (art. 97 ust. 3 UDL). Po dokonaniu odpowiednich wyliczeń maksymalny dozwolony czas pracy w ramach klauzuli opt-out będzie wynosił 78 godzin na tydzień.

Warto jeszcze wyraźnie podkreślić, że w przypadku lekarzy rezydentów podpisanie klauzuli opt-out nie jest konieczne do prawidłowego zrealizowania programu szkolenia specjalizacyjnego. Lekarz rezydent (który nie podpisał klauzuli opt-out) pracuje w normalnym wymiarze czasowym 37 godzin i 55 minut na tydzień, jednakże na potrzeby dyżuru

medycznego może być zobowiązany do pracy w wymiarze maksymalnie 48 godzin na tydzień, co pozostawia 10 godzin i 5 minut pracy na tydzień na potrzeby dyżurowania. Zatem istnieje możliwość zgodnego z prawem przepracowania godzin dyżuru zgodnie z programem specjalizacji.

Wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, dyżur medyczny i za pracę powyżej 48 godzin tygodniowo oraz wynagrodzenie z tytułu pozostawania w gotowości do pracy

Pod kątem ochrony praw pracownika ważne jest zgodne z przepisami rozliczenie za wykonywaną pracę, w szczególności istotna jest wiedza o tym, że za pracę w godzinach nadliczbowych przysługuje wyższa płaca.

W przypadku niepodpisania klauzuli opt-out standardowy czas pracy wynosi 37 godzin i 55 minut, jednakże zgodnie z prawem pracownik medyczny może być zobowiązany do pracy w godzinach nadliczbowych, aż do 48 godzin na tydzień, zatem w takim przypadku godziny nadliczbowe wynoszą maksymalnie 10 godzin i 5 minut na tydzień. Za ten czas godzin ponadwymiarowych przysługuje wyższe wynagrodzenie ustalane na podstawie art. 151¹ § 1–3 KP. Również przy ustalaniu wynagrodzenia za pracę w ramach dyżuru medycznego stosuje się (na mocy art. 95 ust. 5 UDL) odpowiednio art. 151¹ § 1–3 KP (szczegóły tego przepisu omówiono poniżej).

Po podpisaniu klauzuli opt-out pracownikowi za pracę powyżej 48 godzin na tydzień przysługuje wynagrodzenie jak za godziny nadliczbowe ustalane poprzez odpowiednie zastosowanie przepisów z art. 151¹ § 1–3 KP tj.: za każdą godzinę przepracowaną ponad 48 godzin na tydzień pracownikowi medycznemu oprócz normalnego wynagrodzenia przysługuje dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia, jeśli dodatkowe godziny pracy przypadają w nocy lub w niedziele i święta niebędące dla niego dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy lub w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy (151¹ § 1 pkt 1 lit. a, b, c KP). Natomiast dodatek do normalnego wynagrodzenia w wysokości 50% wynagrodzenia przysługuje, gdy dodatkowe godziny przypadają w innym dniu niż wskazane w zdaniu poprzednim (151¹ § 1 pkt 2 KP).

Osobnego omówienia wymagają zasady wynagrodzenia pracownika medycznego za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. za tzw. dyżur pod telefonem (art. 98 ust. 1 UDL). Jeśli pracownik zostanie zobowiązany do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, za każdą godzinę pozostawania w gotowości przysługuje mu wynagrodzenie równe 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego (art. 98 ust. 2 UDL). W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego w kwestii wynagrodzenia (za czas rzeczywiście świadczonej pracy w podmiocie leczniczym) zastosowanie mają omówione przepisy dotyczące wynagrodzenia za dyżur medyczny (art. 98 ust. 4 UDL).

Wynagrodzenie za dyżur medyczny a okres wyczynku pracownika

Artykuł 97 ust. 1–2 UDL określa warunki odpoczynku pracownika medycznego w rozliczeniu dobowym. Pracownikowi medycznemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę przysługuje 11 godzin ciągłego

odpoczynku w trakcie doby ze szczególnym wskazaniem, że niezwłocznie po zakończeniu dyżuru medycznego pracownik ma się udać na odpoczynek. Jak wskazują: Anna Gotkowska [13] oraz Dorota Karkowska i Włodzimierz Cezary Włodarczyk [14], ustawodawca nie przewiduje żadnych wyjątków, a zatem określony w art. 97 ust. 1 UDL 11-godzinny dobowy odpoczynek udzielony musi być w każdej dobie każdemu pracownikowi. 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku to wskazane w art. 97 ust. 3 UDL minimum tygodniowego odpoczynku (okres ten powinien zawierać 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego).

Komentarza wymaga powszechna w podmiotach leczniczych praktyka dyżurowania bezpośrednio po zakończeniu pracy w czasie podstawowym. Przyjmijmy, że podstawowy czas pracy przypada od godziny 8.00 do 15.35, wówczas dyżur, rozpoczęty bezpośrednio po zakończeniu czasu podstawowego, kończy się o godzinie 8.00 dnia następnego. W świetle obowiązujących przepisów (art. 97 ust. 2 UDL) odpoczynek dobowy udzielany jest dopiero po zakończeniu dyżuru medycznego (ustawa wymaga, żeby odpoczynek był umożliwiony bezpośrednio po zakończeniu dyżuru), co w efekcie oznacza, że pracownik medyczny może być zobowiązany do nieprzerwanej pracy przez 24 godziny, a na zagwarantowany ustawowo odpoczynek będzie mógł się udać dopiero w następnej dobie.

Przechodząc do dalszej analizy przepisów, należy wskazać, że w uzasadnionych przypadkach ustawodawca daje możliwość skrócenia czasu odpoczynku do 24 godzin na tydzień w rozliczeniu 14-dniowym (art. 97 ust. 4 UDL). Zatem przepis ten pozwala nawet na nieudzielenie odpoczynku tygodniowego w pierwszym z 2 tygodni okresu rozliczeniowego, lecz tylko w przypadku, jeżeli zostanie to zrekompensowane do końca 14-dniowego okresu rozliczeniowego. Jednakże warto podkreślić, że nawet w przypadku skrócenia tygodniowego czasu odpoczynku pracownik w dalszym ciągu (zgodnie z art. 97 ust. 1 UDL) ma prawo do co najmniej 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Czas odpoczynku jest czasem pracownika, niebędącym czasem pracy [13], a skorzystanie przez pracownika z odpoczynku nie może być podstawą dla pracodawcy do obniżenia wynagrodzenia za pracę w czasie podstawowym ani do obniżenia płacy za pracę na dyżurze medycznym [15]. Istotne jest również to, że czas odpoczynku nie podlega obowiązkowi odrobienia. Wszelkie próby zmuszenia pracownika by „odrobił” czas odpoczynku w innym dniu, np. w sobotę albo w niedzielę, stanowią zachowania sprzeczne z prawem.

Powszechną praktyką pracodawców jest częściowe wliczanie czasu dyżuru medycznego w podstawowy czas pracy kadry medycznej. Działanie to argumentują faktem, że udzielenie (będącej wymogiem prawnym) 11-godzinnej przerwy w wykonywaniu obowiązków pracowniczych może spowodować, że w danym tygodniu pracownik w podstawowym czasie pracy będzie realnie świadczył pracę w czasie krótszym niż ustawowo przewidziane 37 godzin i 55 minut tygodniowo. To działanie przełożonych opisuje Kacper Trybuszewski [15], który wskazuje, że pracodawca, powołując się na fakt, że w danym miesiącu pracownik nie pracował w pełnym, podstawowym obowiązującym go czasie pracy, ponieważ musiał udać się na określony w art. 97 ust. 1–2 UDL odpoczynek, zalicza przepracowane godziny dyżuru medycznego na poczet podstawowego wymiaru czasu pracy. Zatem od łącznego czasu, w którym pracownik odbywał dyżur medyczny, pracodawca odejmuje odpowiednią liczbę godzin,

aby w ten sposób wypełnić podstawowy czas pracy, tj. 37 godzin 55 minut na tydzień.

Powyższe zasady wyliczenia czasu pracy zostaną teraz omówione na konkretnym przykładzie. Załóżmy, że pracownik medyczny w danym tygodniu rozliczeniowym pracował 20 godzin w ramach dyżuru medycznego i jednocześnie z uwagi na obligatoryjne przerwy w pracy w czasie podstawowym pracował tylko 30 godzin (zamiast 37 godzin i 55 minut na tydzień). Zatem pracodawca, ustalając należne wynagrodzenie, „uzupełni” brakujący czas pracy podstawowej. Od 20 godzin dyżuru odejmie 7 godzin i 55 minut, następnie czas ten zostanie dodany do 30 godzin podstawowego czasu pracy. Tym sposobem uzyska 37 godzin i 55 minut czasu podstawowego oraz 12 godzin i 5 minut czasu pracy na dyżurach medycznych. Tylko za pozostały czas dyżurów (czyli całkowity czas dyżurów minus czas brakujący do pełnego, podstawowego wymiaru czasu pracy – w naszym przypadku będzie to 12 godzin i 5 minut) pracownik otrzyma wynagrodzenie w pełnej stawce dyżurowej, czyli 150% lub 200% wynagrodzenia (jak już wcześniej wspomniano dokładna stawka dyżurowa zależy od tego, w jakim dniu odbywał się dyżur). Słusznie tę kwestię podsumowuje Kamila Kocańda [16], wskazując, że za początkowe godziny dyżuru (czyli w naszym przykładzie będzie to 7 godzin i 55 minut) pracodawca wypłaca jedynie dodatek do wynagrodzenia (tj. przy odpowiednim zastosowaniu przepisów KP pracownik za te 7 godzin i 55 minut dyżuru otrzyma jedynie dodatek do wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 50% lub 100% wynagrodzenia, a nie pełną stawkę dyżurową, która wynosi 150% lub 200% wynagrodzenia). Można z tego wysnuć następujący wniosek: im więcej personel medyczny pracuje, tym mniej zarabia. Dyżury są wówczas zaliczane do czasu podstawowego pracy, a wraz ze wzrastającą ich liczbą zmniejsza się przepracowana podstawa czasu pracy, ponieważ pociąga to za sobą również dłuższy czas odpoczynku.

Przedstawienie powyżej postępowanie pracodawców jest zgodne z treścią Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2014 roku sygn. akt. I PK 313/13 [17], w którym wskazano, że dyżur medyczny nie może być uznawany w całości jako praca ponadnormatywna ani też praca w godzinach nadliczbowych. Fakt, że nie jest on wykonywany w normalnych godzinach pracy, nie oznacza, że to praca ponad podstawową normę czasu pracy, a zgodnie z art. 95 ust. 3 UDL dyżur medyczny wlicza się do czasu pracy. Twierdzenie przedstawione w ww. wyroku jest spójne z rozumowaniem przedstawionym w Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2015 roku sygn. akt. I PK 229/13 [18]. Praca pracownika medycznego wykonana w trakcie odbywania dyżuru medycznego, a będąca uzupełnieniem podstawowego czasu pracy, zostaje wynagrodzona w formie wynagrodzenia zasadniczego, dlatego też nie ma podstaw do jej „podwójnego” wynagradzania w postaci wynagrodzenia z tytułu godzin nadliczbowych.

Według Sądu Najwyższego (Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2014 roku sygn. akt. I PZP 2/14 [19]) za pracę w ramach odbywania dyżuru medycznego dopełniającego czas pracy lekarza za obowiązującej go tygodniowej normy czasu pracy przysługuje jedynie dodatek w wysokości określonej przez odpowiednio stosowane przepisy KP (odesłanie z art. 95 ust. 5 UDL). Wynika to również z Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2013 roku sygn. akt. III PK 110/12 [20], który określa, że lekarzowi, który świadomie podejmuje się odbycia dyżurów, które uniemożliwią mu przepracowanie pełnego wymiaru czasu

pracy w wymiarze podstawowym, nie przysługuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany z tego powodu.

Wszystkie przytoczone wyżej tezy Sądu Najwyższego są spójne i uznają za zasadne wliczanie odpowiedniej liczby godzin dyżurów do podstawowego wymiaru czasu pracy, w sytuacji gdy nie jest on zrealizowany przez pracownika w pełnej wysokości. Pozwala to na wypłacanie pracownikowi wynagrodzenia zasadniczego oraz wynagrodzenia za dyżury (ale należy zaznaczyć, że tylko za godziny dyżurów w ponadpodstawowym wymiarze czasu pracy pracownika przysługuje wypłata pełnej stawki dyżurowej). Sąd Najwyższy rozpatrywał głównie sprawy dotyczące lekarzy. Należy jednak pamiętać, że do odbywania dyżurów medycznych mogą być zobowiązani wszyscy pracownicy, którzy wykonują zawód medyczny i posiadają wykształcenie wyższe, a są zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym *działalność leczniczą* w formie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (art. 95 ust. 1 UDL).

Wracając do kwestii wyliczeń czasu pracy i czasu odpoczynku – 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w czasie doby pozostawia 13 godzin pracy, z czego 7 godzin 35 minut stanowi normalne godziny pracy pracowników medycznych. Na dyżur medyczny pozostaje wówczas 5 godzin 25 minut dziennie [13]. Nie stanowi tajemnicy, że dyżury w placówkach medycznych trwają więcej niż 5 godzin 25 minut. Dlatego też w praktyce nie jest możliwe pełne zrealizowanie podstawowego wymiaru czasu pracy w czasie tzw. normalnych godzin pracy (zwykle w szpitalach są to godziny 7.00–14.35 lub 8.00–15.35) oraz odbywania dyżurów medycznych, do których personel medyczny może być zobowiązany (art. 95 ust. 1 UDL), przy zachowaniu wymogu prawnego, którym jest 11-godzinny nieprzerwany odpoczynek w każdej dobie i bezpośrednio po zakończeniu dyżuru medycznego (art. 97 ust. 1–2 UDL), od którego ustawodawca nie przewidział wyjątków.

Pracodawca nie określa formy wykorzystania czasu odpoczynku pracownika. Pracownik ma w tym zakresie swobodę. W praktyce oznacza to, że w czasie odbierania odpoczynku w placówce medycznej, z którą łączy go stosunek pracy, pracownik może pracować w innej placówce medycznej, np. na podstawie umowy cywilnoprawnej. Po odebranych 11 godzinach odpoczynku pracownik może rozpocząć kolejny dzień pracy w danej placówce. Taka praktyka, choć częsta, w skrajnych przypadkach może prowadzić do obniżenia jakości świadczonych usług medycznych z uwagi na zmęczenie pracownika. Pracodawca może wówczas podjąć odpowiednie kroki celem zniesienia takiej sytuacji (łącznie z rozwiązaniem stosunku pracy) [13].

Zjawisko obniżenia jakości usług medycznych z uwagi na przemęczenie pracownika może mieć miejsce nie tylko w wyżej opisanym przypadku. Jak orzekł Sąd Okręgowy w Gliwicach (Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 22 listopada 2017 roku sygn. akt. VI Ka 780/17 [21]), zmuszanie pracownika medycznego do dłuższej pracy poprzez uniemożliwienie mu odebrania 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku podlega karze i uważane jest za czyn o wysokiej szkodliwości społecznej przede wszystkim z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów.

Przewidywane uchylenie klauzuli opt-out i umowa cywilnoprawna jako alternatywa

Jak już wspomniano, ustawodawca na dzień 1 stycznia 2028 roku przewidział uchylenie przepisów art. 96 UDL

pozwalających na wyrażenie zgody na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo. Zapis o przyszłym usunięciu klauzuli opt-out zawarto w art. 3 pkt 2 Ustawy z dnia 5 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw [22]. Przyszłe uchylenie klauzuli jest swego rodzaju odpowiedzią ministra zdrowia na strajki pracowników medycznych z 2017 i 2018 roku, którzy masowo wypowiadali klauzulę opt-out i nie zgłaszali się na dyżury, co spowodowało paraliż pracy placówek medycznych, a w konsekwencji mogło prowadzić do zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Tak długi okres *vacatio legis* (prawie 10-letni) wprowadzenia ustawy nowelizacyjnej wynika z ogromnego niedoboru kadr medycznych. Brak pracowników medycznych sprawia, że liczne podmioty lecznicze mają problem z należytym obsadzeniem etatów i zapewnieniem ciągłości pracy w trybie dyżurowym. W takich warunkach nagłe i natychmiastowe zniesienie możliwości podpisania klauzuli opt-out najprawdopodobniej spowodowałoby paraliż systemu ochrony zdrowia i tym samym zagrożiłoby bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów. Zatem można założyć, że ustawodawca, mając na uwadze potrzeby podmiotów leczniczych, w szczególności konieczność zapewnienia ciągłości pracy, odroczył wejście w życie wskazanych przepisów nowelizujących ustawę, a jednocześnie wprowadzenie ustawy nowelizacyjnej stanowi (dość odległą) obietnicę realizacji w przyszłości części postulatów (skrócenie czasu pracy) środowiska medycznego.

Wracając do analizy obecnego stanu prawnego – warto podkreślić, że wypowiedzenie klauzuli opt-out, czyli cofnięcie zgody pracownika na pracę w wymiarze ponad 48 godzin tygodniowo, jest prawem pracownika i z tego prawa pracownik może w dowolnym momencie skorzystać. Należy jednak pamiętać, że rezygnacja z pracy w wymiarze ponad 48 godzin tygodniowo nie następuje z dnia na dzień, a przy zachowaniu miesięcznego okresu wypowiedzenia, dzięki czemu pracodawca ma czas na podjęcie odpowiednich działań celem optymalizacji i zachowania ciągłości pracy oddziału czy szpitala. Warto podkreślić, że przy wypowiedzeniu klauzuli opt-out nie stosuje się przepisów KP dotyczących wypowiedzenia umów o pracę. Zastosowanie mają wówczas przepisy ogólne Kodeksu cywilnego [12]. Zgodnie z art. 112 Kodeksu cywilnego gdy termin oznaczony jest w tygodniach, miesiącach lub latach, kończy się on z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowi terminu. Miesięczny okres wypowiedzenia klauzuli opt-out kończy się więc z upływem dnia, który datą odpowiada dniowi, w którym pracodawca otrzymał informację o wypowiedzeniu. Na przykład jeżeli informacja o wypowiedzeniu klauzuli opt-out wpłynęła do pracodawcy 26 marca, to okres wypowiedzenia upływa 26 kwietnia.

W sprawie protestu lekarzy głos zabrał etyk Jan Hartman [23], który stwierdził, że medycy, masowo wypowiadając klauzule opt-out, kierowali się przede wszystkim dobrem pacjenta, które jest zagrożone w sytuacji, gdy świadczenia zdrowotne udzielane są przez przemęczonych pracowników medycznych. Bez wątpienia praca ponad siły prowadzi do uszczerbku na zdrowiu własnym pracownika medycznego, a w konsekwencji taki pracownik może, w dłuższej perspektywie czasowej, w ogóle nie być w stanie pomóc żadnemu pacjentowi. Odnotowano nawet przypadki, kiedy praca przez długie godziny doprowadziła do tragedii – zgonu pracownika. Fakt wyniszczającego wpływu zbyt długiej pracy i niedoboru odpoczynku na zdrowie pracownika medycznego

potwierdzają liczne badania [24], a przemęczeni pracownicy popełniają również więcej błędów medycznych [25].

Z kolei Katarzyna Fortak-Karasińska [23], odnosząc się do protestów lekarzy, zgodziła się, że wypowiedanie klauzuli opt-out jest prawem pracownika i w dowolnym momencie kariery może z tego prawa skorzystać. Podała jednak w wątpliwość ze względów etycznych sposób jej wypowiedzenia, tj. masowe wypowiedanie klauzuli opt-out przez tysiące lekarzy oraz traktowanie tego jako kartę przetargową w rozmowach negocjacyjnych z rządem.

Odnosząc się do meritum niniejszego artykułu, należy wskazać, że obecnie przepis dotyczący klauzuli opt-out obowiązuje i może być stosowany bez ograniczeń, co pomimo obiecanego uchYLENIA wywołuje liczne spory między pracownikami medycznymi a ich przełożonymi.

Również w związku z długim *vacatio legis*, który (w momencie wprowadzenia w życie ustawy nowelizacyjnej wynosił prawie 10 lat), prawdopodobne jest, że ustawodawca przywróci możliwość włączania klauzul opt-out do umów pracowników lub wprowadzi ją ponownie w nieco zmienionej formie [11].

Alternatywą dla umowy o pracę z podpisaną klauzulą opt-out, a właściwie współistniejącą z nią formą zatrudnienia, są umowy cywilnoprawne. Jest to dość powszechna praktyka i polega na zawieraniu umowy z osobą prowadzącą prywatną praktykę medyczną [11]. Umowy te są regulowane przez przepisy Kodeksu cywilnego [12], a nie przez KP, jak ma to miejsce w przypadku umów o pracę. Oznacza to, że wymiar czasu pracy jest uzależniony od obustronnych ustaleń między zleceniobiorcą (np. lekarzem prowadzącym prywatną praktykę), a zleceniodawcą (np. władzami danego podmiotu leczniczego) [12].

Ponadto istnieją również inne różnice pomiędzy umowami cywilnoprawnymi a umowami o pracę. Przede wszystkim zatrudnienie w formie umowy o pracę nazywane jest zatrudnieniem pracowniczym i polega ono na świadczeniu pracy na podstawie stosunku pracy [3, 26]. Zatrudnienie oparte na przepisach prawa cywilnego nazywane jest zatrudnieniem niepracowniczym. Istotną różnicą między ww. umowami jest również kwestia gwarancji minimalnego miesięcznego wynagrodzenia za wykonywaną pracę. Pracownik zatrudniony na umowę o pracę ma zagwarantowane minimalne wynagrodzenie oraz inne prawa przewidziane przez KP, m.in. prawo do odpoczynku. Osoba zatrudniona w ramach umowy cywilnoprawnej otrzymuje wynagrodzenie w zależności od świadczonej pracy, np. liczby przepracowanych godzin [3, 27].

Odmienne kształtuje się również kwestia odpowiedzialności finansowej za wyrządzone szkody. W przypadku umowy o pracę odpowiedzialność na zasadzie ryzyka ponosi pracodawca [3]. W postępowaniu odszkodowawczym o błąd medyczny występuje zatem tylko pracodawca, który dopiero w razie niedogodnego dla siebie rozwiązania może wystąpić wobec pracownika medycznego jako sprawcy szkody z roszczeniem regresowym [28]. Zgodnie z art. 119 KP odszkodowanie zostaje ustalone w kwocie odpowiadającej szkodzi, ale od pracownika nie można żądać kwoty wyższej niż kwota 3-miesięcznego wynagrodzenia przysługującego mu w dniu wyrządzenia tej szkody. Wspomniane ograniczenia regresowe mają zastosowanie tylko w momencie, gdy szkoda powstała wskutek działania nieumyślnego, co może mieć miejsce w przypadku błędu medycznego.

Z kolei w przypadku umów cywilnoprawnych odpowiedzialność osoby udzielającej świadczenia medycznego nie

jest kwotowo ograniczona i zależna jest od wielkości szkody. Zgodnie z art. 27 ust. 7 UDL odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi solidarnie osoba udzielająca świadczenia oraz podmiot leczniczy, który zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych. Solidarna odpowiedzialność za szkodę wynika również z art. 33 UDL.

W odniesieniu do odpowiedzialności solidarnej dłużników należy przywołać regulacje z Kodeksu cywilnego [12]:

„Art. 366.

§ 1. Kilku dłużników może być zobowiązanych w ten sposób, że wierzyciel może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregośkolwiek z dłużników zwalnia pozostałych (solidarność dłużników).

§ 2. Aż do zupełnego zaspokojenia wierzyciela wszyscy dłużnicy solidarni pozostają zobowiązani”.

Jak wynika z powyższego, poszkodowany pacjent (wierzyciel) ma możliwość wyboru spośród możliwych działań, a zatem może żądać wypłaty odszkodowania zarówno łącznie od osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego i podmiotu leczniczego albo domagać się wypłaty odszkodowania od każdego z dłużników z osobna. Praktyka pokazuje jednak, że zazwyczaj pacjenci kierują roszczeniem wyłącznie względem podmiotu leczniczego, ponieważ zwykle istnieje ryzyko, że osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego może być niewypłacalna w zakresie wysokiego odszkodowania, jakiego oczekuje pacjent.

Zakres odpowiedzialności zobowiązanych solidarnie podmiotów zależy od tego, w jakim stopniu uczestniczyli w szkodzi. Podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność finansową m.in. za nieodpowiednią organizację pracy i błędy kadry medycznej, w wyniku których doszło do uszczerbku na zdrowiu lub życiu pacjenta. W późniejszym etapie (tj. po otrzymaniu przez pacjenta odszkodowania) podmiot leczniczy może wystąpić z roszczeniem regresowym wobec osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego i wówczas znaczenie ma forma zatrudnienia sprawcy szkody. Jak już wyżej wspomniano, odpowiedzialność finansowa osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej nie jest ograniczona kwotowo, natomiast odpowiedzialność finansowa pracownika (czyli osoby zatrudnionej na umowę o pracę) ograniczona jest do 3-krotności miesięcznego wynagrodzenia.

Przechodząc do dalszej analizy – należy wskazać, że w przypadku umów cywilnoprawnych przepisy nie przewidują żadnych ograniczeń dotyczących czasu udzielania świadczeń zdrowotnych. Godziny dyżuru medycznego, które są realizowane przez kadrę medyczną w ramach umowy cywilnoprawnej, nie są zaliczane do czasu pracy i nie skutkują koniecznością odbycia obowiązkowego odpoczynku, ponieważ nie ma tu zastosowania art. 97 ust. 1–2 UDL [15, 16].

Praktyka, jaką było zatrudnianie pracownika medycznego jednocześnie na etat oraz w ramach umowy cywilnoprawnej, przez pewien czas była dość powszechna. Utrwalona została jednak linia orzecznicza, która uznaje za niezgodne z prawem łączenie pracy na pełen etat z umową cywilnoprawną w jednym podmiocie leczniczym [16]. Odnosząc się do tej sprawy – przywołania wymaga postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015 roku sygn. akt I UZ 3/15, w którym wskazano, że: „W ocenie Sądu Najwyższego regulacja

zacytowanego ustępu trzeciego art. 132 tej ustawy [SN analizował Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) – przypis autorów niniejszego artykułu] oddziałuje na sferę lekarskich stosunków prawnych, gdyż wynika z niej ustawowy zakaz zawierania z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choćby w tym celu zatrudnieni lekarze utworzyli lub prowadzili indywidualne praktyki lekarskie” [29].

PODSUMOWANIE

Podsumowując – czas pracy pracowników medycznych zatrudnionych na umowę o pracę, określany poprzez Kodeks pracy. Umowy cywilnoprawne są regulowane przez przepisy Kodeksu cywilnego, w tym wypadku czas wykonywania obowiązków zawodowych nie jest ograniczony ustawowo.

W przypadku umów o pracę istotną rolę pełni również Ustawa o działalności leczniczej, w szczególności art. 96, regulujący tzw. klauzulę opt-out, pozwalający na dobrowolne wyrażenie zgody na dłuższe godziny pracy. Klauzula opt-out może być traktowana jako możliwość uzyskania wyższych dochodów, jednocześnie nie należy jednak tracić z pola widzenia zagrożeń, jakie mogą wynikać ze zbyt długich godzin pracy i skrajnego przemęczenia. Przeprowadzenie znacząco zwiększa ryzyko popełnienia błędów medycznych, który może prowadzić do uszczerbku na zdrowiu, a nawet do zgonu pacjenta. Zatem należy pamiętać, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zmęczoną pracownika medycznego może stanowić poważne zagrożenie dla pacjenta.

Odnosząc się do funkcjonowania podmiotów medycznych stosujących klauzulę opt-out – można dość do wniosku, że w praktyce może być ona stosowana do obchodzenia (albo wręcz ignorowania) przepisów UDL i KP, w szczególności pracownicy medyczni mogą zostać pozbawieni (niezgodnie z prawem) swojego ustawowego prawa do odpowiednio długiego nieprzerwanego odpoczynku dobowego i tygodniowego. Analiza ustawy wskazuje jednoznacznie, że w każdej dobie każdy pracownik ma prawo do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku i od tej zasady nie przewidziano żadnych wyjątków, zatem przepisy te powinny być uwzględniane przez przełożonych ustalających harmonogramy pracy poszczególnych pracowników. W świetle przepisów po podpisaniu przez pracownika klauzuli opt-out i przy uwzględnieniu zagwarantowanego ustawowo odpoczynku jego maksymalny tygodniowy czas pracy wynosi 78 godzin, natomiast praktyka pokazuje, że niektórzy pracownicy medyczni pracują więcej, niż wynosi ten tygodniowy limit godzinowy. Wieloletnia praca ponad siły i bez racjonalnego odpoczynku może mieć katastrofalne skutki dla zdrowia pracownika medycznego, w skrajnych przypadkach może nawet doprowadzić do jego śmierci.

W kręgu cywilizacji państw zachodnich istnieje wyraźna tendencja do ograniczania czasu pracy pracowników medycznych, w celu umożliwienia im racjonalnego odpoczynku i poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Należy podkreślić, że ograniczenie czasu pracy pracowników medycznych jest również motywowane chęcią ochrony ich zdrowia i życia, bowiem nie ulega wątpliwości, że borykający się z problemami zdrowotnymi (które mogą

wynikać lub być potęgowane przez przemęczenie) pracownik medyczny ma ograniczone możliwości niesienia pomocy pacjentom.

W tym miejscu warto przypomnieć, że planowo przepis art. 96 UDL będzie obowiązywać do 1 stycznia 2028 roku. Jego likwidacja związana jest przede wszystkim ze strajkami przemęczonych kadr medycznych, mających miejsce w 2018 roku. Zdaniem autorów niniejszej publikacji planowaną zmianę uchylającą przepis dotyczący klauzuli opt-out należy oceniać zdecydowanie pozytywnie, jako polepszającą sytuację medyków i redukującą ryzyko popełnienia błędów medycznych na szkodę pacjentów. Jednakże w związku z długim *vacatio legis*, trwającym (w momencie wprowadzenia ustawy) prawie 10 lat, nie sposób jednoznacznie określić, czy faktycznie klauzula opt-out zostanie wycofana, czy też zostanie przekształcona lub powróci pod inną nazwą. W związku z pojawiającymi się problemami z interpretacją przepisów istotne jest zwiększanie wiedzy pracowników medycznych w zakresie form ich zatrudnienia oraz wiążących się z tym praw i obowiązków.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. DzU z 2022 r. poz. 1510 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. DzU z 2022 r. poz. 633 ze zm.).
3. Węglińska J. Formy zatrudnienia personelu medycznego. Rynek-Społeczeństwo-Kultura. 2019;2(33):56–60 (access: 24.09.2022).
4. Stryjewski JP, Kuczaj A, Domal-Kwiatkowska D, et al. Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. Przegl Lek. 2016;73(7):513–515 (access: 25.09.2022).
5. Sip M, Juskowiak K, Zgorzalewicz-Stachowiak M, et al. Ewolucja zawodu ratownika medycznego w Polsce oraz zagrożenia związane z jego wykonywaniem. Hygeia Public Health. 2019;54(1):15–22 (access: 25.09.2022).
6. Żemigala M. Zjawisko śmierci z przepracowania. Studia i Prace WNEiZ US. 2018;53(3):179–183 (access: 25.09.2022).
7. Seweryn M, Kosikowski J. Zmęczenie bohatrowie. Menedżer zdrowia. Zarządzanie. 2021;11(12):74–77 (access: 25.09.2022).
8. Stelmach M. Zmarł lekarz z walbrzyskiego szpitala – pracował ponad 100 godzin w tygodniu. Termedia. <https://www.termedia.pl/mz/Zmarl-lekarz-z-walbrzyskiego-szpitala-pracowalponad-100-godzin-w-tygodniu,43406.html> (access: 25.09.2022).
9. Jaskulska J, Jaskulski M. Dyżur medyczny a kodeksowa regulacja dyżuru pracowniczego w świetle standardów pozakrajowych. Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej. 2021;28(3):221–231 (access: 25.09.2022). <https://doi.org/10.4467/25444654spp.21.019.13965>
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2019 roku sygn. III PK 128/17 (LEX nr 2607242).
11. Dercz M, Rek T. Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. 2nd ed. Wolters Kluwer; 2019 (access: 21.09.2022).
12. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tj. DzU z 2022 r. poz. 1360. ze zm.).
13. Gotkowska A. Prawo pracownika do dobowego i tygodniowego odpoczynku. ABC <https://sip.lex.pl/#/publication/469834151/prawo-pracownika-do-dobowego-i-tygodniowego-odpoczynku> (access: 21.09.2022).
14. Karkowska D, Włodarczyk WC. Prawo medyczne dla pielęgniarek. Wolters Kluwer Polska; 2013 (access: 21.09.2022).
15. Tybuszewski K. Obliczenie wynagrodzenia za czas dyżuru medycznego odbywanego bezpośrednio po pracy zakończonej w podstawowym czasie. ABC <https://sip.lex.pl/#/publication/469952177/tybuszewski-kacper-obliczenie-wynagrodzenia-za-czas-dyzuru-medycznego-odbywanego-bezposredniopo...?cm=URELATIONS> (access: 20.09.2022).
16. Kocańda K. Problem niedoboru lekarzy — czy jest remedium? Folia Cardiol. 2018;13(2):196–198 (access: 19.09.2022). doi:10.5603/FC.2018.0037
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2014 r. sygn. I PK 313/13 (LEX nr 1628905).
18. Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2015 r. sygn. I PK 229/13 (LEX nr 1652377).
19. Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2014 r. sygn. I PZP 2/14 (LEX nr 1532593).

20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2013 r. sygn. III PK 110/12 (LEX nr 1396438).
21. Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 22 listopada 2017 r. sygn. VI Ka 780/17 (LEX nr 2436961).
22. Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2018 r. poz. 1532, 2383, z 2020 r. poz. 2401.).
23. Leśniewski B. Czy wypowiedzanie umów opt-out jest etyczne i legalne? Termedica. <https://www.termedia.pl/mz/Czy-wypowiedzanie-umow-opt-out-jest-etyczne-i-legalne-28278.html> (access: 22.09.2022).
24. Zużewicz K, Prędecka A. Wymiar czasu pracy kontra zdrowie (Przegląd doniesień naukowych). Zeszyty Naukowe SGSP. 2018;66(1/2):149–164 (access: 23.09.2022).
25. Boczek K. Karōshi, czyli lekarze umierają pracując. Służba Zdrowia. https://www.sluzbazdrowia.com.pl/arttykul.php?numer_wydania=4710&art=11 (access: 24.09.2022).
26. Berezka A. Nietypowe formy zatrudnienia w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania. 2012;28:97–116 (access: 23.09.2022).
27. Aromińska K. Umowa zlecenia a umowa o pracę. Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka. 2014;9:20–23 (access: 23.09.2022).
28. Gotkowska A. Umowa o pracę a kontrakt. ABC. <https://sip.lex.pl/#/publication/469834153/umowao-prace-a-kontrak> (access: 24.09.2022).
29. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015 r. sygn. akt I UZ 3/15 (LEX nr 1781846).