

Dorota Karkowska
Tomasz Adam Karkowski

Zatrudnianie w podmiotach lecznicznych



Wolters Kluwer

Dorota Karkowska
Tomasz Adam Karkowski

Zatrudnianie w podmiotach lecznicznych

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Stan prawny na 20 października 2017 r.

Recenzenci

Prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Prof. dr hab. n. med. Marian Sygit

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Ołówek

Opracowanie redakcyjne

Dagmara Wachna

Łamanie

Wolters Kluwer Polska

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer Polska SA, 2018

ISBN 978-83-8124-160-1

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
---------------------	---

Wstęp – odrębne prawo zatrudnienia w podmiotach leczniczych jako teza badawcza.....	11
--	----

Część pierwsza

POJĘCIE I UWARUNKOWANIA ZATRUDNIENIA W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Rozdział I

Pojęcie i charakterystyka prawa zatrudnienia	19
1. Uwagi ogólne.....	19
2. Prawo pracy a prawo zatrudnienia	24
3. Pojęcia zatrudnienia a samozatrudnienia.....	27

Rozdział II

Ochrona zatrudnienia w źródłach prawa	31
1. Uwagi ogólne.....	31
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.....	34
3. Międzynarodowe prawo pracy	40
3.1. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych.....	43
3.2. Międzynarodowa Organizacja Pracy	45
3.3. Światowa Organizacja Zdrowia.....	48
4. Europejskie prawo pracy	49
4.1. Rada Europy	50
4.2. Ustawodawstwo Unii Europejskiej	56
5. Ustawy zwykłe	63
6. Akty wykonawcze.....	71
7. Układy zbiorowe pracy jako swoiste źródła prawa zatrudnieniowego.....	71
8. Akty wewnątrzzakładowe	82
8.1. Regulamin pracy	82
8.2. Regulamin wynagradzania.....	86

8.3. Statut podmiotu leczniczego.....	88
8.4. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego	90
9. Zwyczaj w prawie zatrudnienia.....	92
10. Klauzula generalna	94

Rozdział III

Podmioty lecznicze jako miejsce świadczenia pracy.....	97
1. Uwagi ogólne – podmioty lecznicze niebędące i będące przedsiębiorcami	97
2. Wykonywanie zawodu w podmiotach leczniczych	107
3. Stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.....	120
3.1. Kierownik podmiotu leczniczego	123
3.2. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem.....	128
3.3. Naczelnia lub przełożona pielęgniarek oraz pielęgniarka oddziałowa.....	131
3.4. Inne stanowiska kierownicze.....	133
4. Pełnienie funkcji publicznej w podmiocie leczniczym.....	133
5. Podsumowanie.....	134

Część druga

STOSUNKI ZATRUDNIENIA W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Rozdział IV

Stosunek pracy.....	139
1. Uwagi ogólne.....	139
2. Pojęcie stosunku pracy	139
3. Cechy konstrukcyjne stosunku pracy	141
4. Strony stosunku pracy	147
4.1. Pracownik.....	147
4.2. Podmiot leczniczy jako pracodawca.....	151
4.2.1. Osoba fizyczna.....	152
4.2.2. Jednostka organizacyjna.....	153
4.2.3. Podmiot uprawniony do reprezentacji	159
5. Swoboda nawiązania stosunku pracy.....	160
5.1. Zgodna wola stron jako warunek nawiązania stosunku pracy	160
5.2. Sposób wyrażenia woli stron stosunku pracy.....	162
5.3. Forma złożenia zgodnych oświadczeń woli stron stosunku zatrudnienia	164
5.4. Kształtowanie treści stosunku pracy.....	166
5.5. Postanowienia przewidziane Kodeksem pracy.....	167
5.6. Postanowienia dodatkowe przewidziane wolą stron	171
5.7. Informowanie pracowników	172
5.8. Klauzule autonomiczne	175
6. Rodzaje umów o pracę.....	176

7. Ryzyko pracownika i pracodawcy.....	183
8. Zabezpieczenie społeczne pracownika.....	185

Rozdział V

Stosunek pracy a cywilnoprawne stosunki zatrudnienia.....	187
1. Uwagi ogólne.....	187
2. Umowa o dzieło	188
2.1. Pojęcie i charakter prawny	188
2.2. Cechy konstrukcyjne umowy o dzieło	190
2.3. Ryzyko przyjmującego i zamawiającego dzieło	193
2.4. Zabezpieczenie społeczne wykonawców umowy o dzieło	195
3. Umowa zlecenia i umowa o świadczenie usług medycznych.....	196
3.1. Pojęcie i charakter prawny	196
3.2. Cechy konstrukcyjne umowy zlecenia i umowy o świadczenie usług medycznych	198
3.3. Ryzyko zleceniobiorcy i zleceniodawcy.....	205
3.4. Zabezpieczenie społeczne zleceniobiorców	207

Rozdział VI

Umowa o prace wolontariackie.....	211
1. Uwagi ogólne.....	211
2. Pojęcie i charakter prawny	211
3. Cechy konstytutywne	214
4. Zabezpieczenie społeczne wolontariuszy.....	216

Rozdział VII

Ustalanie charakteru prawnego umów zatrudnienia	221
1. Uwagi ogólne.....	221
2. Brak domniemania zawarcia umowy o pracę	221
3. Treść i nazwa umowy zawartej w celu wykonywania pracy	225
4. Przekształcenie charakteru prawnego stosunku zatrudnienia w trakcie jego trwania	229
5. Interes prawny zmiany charakteru stosunku zatrudnienia	231

Podsumowanie	235
---------------------------	------------

Bibliografia.....	239
--------------------------	------------

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- EKPC – Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- EKS – Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie 18.10.1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.)
- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459 ze zm.)
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p. – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666 ze zm.)
- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2016 r. poz. 1822 ze zm.)
- MPPESiK – Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r., ratyfikowany 3.03.1977 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169)
- MPPOiP – Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r., ratyfikowany 3.03.1977 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
- u.d.l. – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.)
- u.d.p.p. – ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 1817 ze zm.)
- u.s.d.g. – ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2016 r. Nr 1829 ze zm.)
- u.s.u.s. – ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.)
- u.ś.o.z. – ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.)
- u.z.o.z. – ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)

Czasopisma i wydawnictwa promulgacyjne

MPP	-	Monitor Prawa Pracy
OSN	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNAPiUS	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNP	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSP	-	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiKA	-	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	-	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
PiM	-	Prawo i Medycyna
PiP	-	Państwo i Prawo
PiZS	-	Praca i Zabezpieczenie Społeczne

Inne

ETPC	-	Europejski Trybunał Praw Człowieka
MOP	-	Międzynarodowa Organizacja Pracy
ONZ	-	Organizacja Narodów Zjednoczonych
poz	-	podstawowa opieka zdrowotna
SA	-	Sąd Apelacyjny
SN	-	Sąd Najwyższy
spzoz	-	samodzielny publiczny zespół opieki zdrowotnej
TK	-	Trybunał Konstytucyjny
TSUE	-	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
WHO	-	Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)
WSA	-	Wojewódzki Sąd Administracyjny

WSTĘP – ODRĘBNE PRAWO ZATRUDNIENIA W PODMIOTACH LECZNICZYCH JAKO TEZA BADAWCZA

Rozpoczynając analizę problemu zatrudnienia w podmiotach leczniczych, należy przyjąć tezę o przełomie, który dokonał się w zakresie form prawnych sprawowania władzy nad wykonywaniem zawodów medycznych w tych podmiotach. Jak zaważa A. Supiot, model pracy umownej rzucił cień na system prawny pracy niezależnej, a wyraźne rozróżnienie form wykonywania pracy nie jest współcześnie możliwe, co skłania do rozważania ich wzajemnego stosunku raczej w kategoriach współzależności niż przeciwieństw¹.

W praktyce prawo zatrudnienia w podmiotach leczniczych to nie tylko prawo pracy, lecz także regulacje ochronne związane z zatrudnieniem cywilnoprawnym. Obecnie w podmiotach leczniczych z różnych powodów coraz rzadziej zawierany jest klasyczny stosunek pracy. Dlatego *de lege ferenda* chodzi przede wszystkim o wskazanie, które formy zatrudnienia niepracowniczego z uwagi na szczególnie sposób wykonywania pracy powinny zostać objęte nowymi regulacjami prawnymi. Należy dążyć do równego rozłożenia sił między samodzielnym wykonywaniem zawodu a ochronną funkcją prawa wobec osób zatrudnionych.

Interes osób zatrudnianych w podmiotach leczniczych różni się od interesu podmiotów zatrudniających te osoby, dlatego również środki, którymi posługuje się ustawodawca w celu ich ochrony, muszą być zróżnicowane. Jednocześnie trzeba zauważyć, że interesy osób zatrudnionych wymagają ochrony w większym zakresie. Podmiot zatrudniający, posiadający przewagę ekonomiczną i organizacyjną nad pracownikiem medycznym, w wielu przypadkach jest w stanie sam skutecznie zadbać o ochronę swoich interesów², dlatego też nie zawsze ustawodawca podejmuje działania legislacyjne w tym celu. Niekiedy wręcz można stwierdzić, iż interes podmiotów zatrudniających lepiej chroni brak regulacji niż jej wprowadzenie. Brak przepisów stwarza możliwość regulowania

¹ A. Supiot, *Zatrudnienie pracownicze i zatrudnienie niezależne* [w:] *Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego*, Warszawa, 13–17 września 1999 r., Warszawa 1999.

² L. Florek, *Ustawa i umowa w prawie pracy*, Warszawa 2010, s. 117.

danej kwestii w drodze umowy lub rokowań zbiorowych, co z reguły sprzyja interesowi podmiotów zatrudniających, będących silniejszą stroną stosunku zatrudnienia.

W podmiotach prowadzących działalność leczniczą zatrudniane są często osoby świadczące pracę polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, których działania są ważne dla zagwarantowania i utrzymania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Mają one status niepracowniczy, potocznie mówi się, że są to osoby zatrudnione na tzw. kontrakcie, a z uwagi na podobny zakres obowiązków do osób o statusie pracowniczym nazywane są współpracownikami. Osoby o statusie niepracowniczym często stanowią w podmiotach leczniczych aż połowę personelu, ale zazwyczaj nie są traktowane jak ci pracownicy, którzy znajdują się w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi zakładu lub podmiotu leczniczego. Pracują dla organizacji, ale nie są jej częścią. Do omawianej kategorii osób zalicza się w szczególności osoby zatrudniane na podstawie umów cywilnoprawnych, osoby samozatrudnione jako indywidualni przedsiębiorcy, konsultanci lub wolontariusze czy osoby zatrudniane przez podmioty trzecie. Odrębną, ale równie ważną grupę osób zatrudnianych w podmiotach leczniczych, choć w tym opracowaniu nieuwzględnionych, stanowią osoby zatrudniane przez agencje pracy tymczasowej czy przez podmioty outsourcingowe.

Niewątpliwie praca osób mających status niepracowniczy bardzo często jest wyzwaniem dla tradycyjnej polityki zatrudnienia w podmiocie. Co do zasady korzystają one z wyposażenia i infrastruktury podmiotów leczniczych, reprezentują przed pacjentami podmiot (lub jeden z jego zakładów), są często „pierwszym kontaktem” ze szpitalem czy innym zakładem leczniczym. Nie ma żadnym wątpliwości, iż osoby te pełnią ważne funkcje w imieniu podmiotu, ale odpowiedzialność prawna za szkody, których doznają pacjenci, często jest w takich sytuacjach przypisywana nie podmiotowi zatrudniającemu (zleceniodawcy), ale wyłącznie bezpośrednim wykonawcom usług medycznych, czyli profesjonalistom medycznym. W praktyce podmioty lecznicze, konstruując umowy cywilnoprawne podpisywane z osobami mającymi świadczyć usługi medyczne, w treści tych umów zawierają często zapisy sprzeczne z klauzulą generalną wyrażoną w art. 5 k.c. (np. dotyczące czasu pracy) czy wręcz próbują przerzucić odpowiedzialność cywilną na osoby zatrudnione poprzez odwoływanie się wprost do art. 429 k.c. i w ten sposób wyłączyć własną odpowiedzialność cywilną wynikającą z art. 33 u.d.l.

Niepokojących procesów w zakresie standardów zatrudniania w podmiotach leczniczych nie można tłumaczyć tylko brakiem w Polsce kadry medycznej. Koszty niespójnej, a czasami niebezpiecznej polityki zatrudniania w podmiotach leczniczych ponoszą zarówno osoby, które godzą się na zawieranie umów cywilnych narażających je na popełnienie błędów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych (głównie z przemęczenia), jak i pacjenci, którym brakuje gwarancji dotyczącej jakości i bezpieczeństwa procesu udzielania tych świadczeń.

Znając rozmiar posiadanych zasobów, trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie, czy obok pracowników medycznych w podmiotach leczniczych pracują inne grupy osób, którym należy się ochrona prawna w kształtowaniu ich statusu jako zatrudnionych i na czym ewentualnie ta ochrona miałaby polegać? Jest to również pytanie o konieczność stworzenia odrębnego prawa zatrudnienia dla sektora ochrony zdrowia, które w odmienny sposób chroniłoby różnie zatrudnionych, lecz dla którego pewne gwarancje miałyby charakter wiodący. Na potrzebę rozwiązania problemu badawczego dotyczącego konieczności tworzenia w systemie prawa osobnej kategorii prawa zatrudnienia zwraca uwagę M. Gersdorf, która przyjęła tezę roboczą, „w myśl której prawo zatrudnienia to prawo dla osób żyjących z pracy rąk, którym należy się z tego tytułu ochrona, a jej zakres i przedmiot wynika ze specyfiki tego zatrudnienia”³. Jeśli przyjąć, że ustawodawca mógłby rozważyć w przyszłości taką koncepcję, warto zastanowić się nad kształtem odpowiedniej regulacji prawnej.

Celem opracowania jest zarówno wskazanie na te obszary zatrudnienia, w których międzynarodowy, europejski i polski ustawodawca dokonali już zbliżenia czy wręcz ujednoczenia ochrony zatrudnienia osób w podmiocie leczniczym, bez względu na to, czy mamy do czynienia z zatrudnieniem pracowniczym czy niepracowniczym, jak i próba opisanie zakresu ochrony socjalnej osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w zakładach leczniczych. Przedmiotem zainteresowania autorów są te stosunki zatrudnienia cywilnoprawnego, które stanowią podstawę wykonywanej pracy w podmiocie leczniczym, na jego rzecz i w warunkach organizacyjnej zależności, czyli obejmujące osoby wykonujące prace w warunkach ekonomicznej zależności.

Przychylając się do postulatu tworzenia nowej dziedziny prawa, jaką staje się prawo zatrudnieniowe, trzeba zwrócić uwagę na potrzebę dyferencjacji w odniesieniu do zatrudniania w sektorze opieki zdrowotnej. Wiąże się to ze zjawiskiem odchodzenia od tradycyjnych form zatrudnienia, szczególnie w przypadku osób wykonujących zawody medyczne.

Opracowanie zawiera próbę diagnozy stanu prawnego dotyczącego zatrudniania w podmiotach leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem stwierdzonych dysfunkcji i napięć oraz ograniczania swobody działania podmiotów stosunków zatrudniania. Nie wystarczy jednak sam opis sytuacji, trzeba zrozumieć, jak do niej doszło, diagnoza nie może się więc obejść bez zaprezentowania teorii, a w szczególności bez analizy dorobku judykatury.

Intencją autorów jest uświadomienie odbiorcom znaczenia systemu polityki kadrowej w podmiotach leczniczych w kontekście interesu publicznego oraz wagi umieszczenia statusu osób zatrudnianych w zakładach podmiotów leczniczych w odpowiednim systemie regulacji prawnych. Trzeba podkreślić, że kiedy osoby zatrudniane na podstawie umów niepracowniczych funkcjonują w środowisku pracy obok tzw. standardowych

³ M. Gersdorf, *Prawo zatrudnienia*, Warszawa 2013, s. 34.

pracowników organizacji, doświadczenie podpowiada nam, że istnieje wiele kwestii prawnych, do których trzeba się odnieść.

Niektórzy postrzegają prawo regulujące kwestie zatrudnienia jedynie jako obciążenie dla podmiotów zatrudniających, które hamuje elastyczność, innowacyjność oraz przedsiębiorczość. Nie ma na to oczywistych dowodów. Wiele podmiotów leczniczych dostrzega jednak korzyści związane ze współpracą z osobami mającymi status niepracowniczy, ponieważ mniejsza odpowiedzialność prawna może obniżyć pozapłacowe koszty pracy. Jeśli jednak takie decyzje podejmowane są bez przemyślenia wszystkich konsekwencji korzystania z usług medycznych osób mających status niepracowniczy, skutki – jak pokazuje dotychczasowe orzecznictwo sądowe – mogą być katastrofalne.

Dość sztywne reguły prawa pracy pochodzące z lat 70. XX w., jak również modyfikowane pod wpływem europejskiego prawa pracy i pozostawiające dużą dozę swobody w kształtowaniu treści umów cywilnych przepisy prawa cywilnego pochodzące z lat 60. stały się przedmiotem licznych wykładni polskich sądów, które niekiedy starają się w procesie stosowania prawa zatrudnienia wypełniać braki powstałe na etapie stanowienia prawa. Nie jest to stan zadowalający. Obecnie w podmiotach leczniczych obserwujemy z jednej strony sytuację wywierania nacisku na kwestie pozyskiwania i zatrzymywania pracowników medycznych, a z drugiej strony wzrastającą potrzebę elastyczności oraz zarządzania karierą i jej wynikami odczuwaną przez wąsko wykwalifikowanych specjalistów z zakresu medycyny. Mają oni na ogół doskonale sprecyzowane aspiracje zawodowe i oczekiwania oraz wiedzą, jak powinno się nimi zarządzać. Często to właśnie te osoby odrzucają standardowe zatrudnienie oraz tradycyjną strukturę zarządzania na rzecz mocniej zróżnicowanych, sprzyjających przedsiębiorczości trybów pracy i świadomie „sprzedają” swoje umiejętności. W tym obszarze sprecyzowania wymaga rola międzynarodowego, europejskiego i krajowego prawa zatrudnienia. Niekiedy literatura z zakresu zarządzania przedstawia zarządzanie kadrami medycznymi tak, jakby kierujący zakładami leczniczymi podejmowali decyzje w próżni prawnej. Tak oczywiście nie jest. Debata nad wpływem uregulowań prawnych i stopniem, w jakim hamują one lub wspierają prowadzenie działalności leczniczej, jest obecna w polskiej przestrzeni publicznej, choć często okazjonalnie, i budzi sporo emocji. Wpływ regulacji prawnych na prowadzenia takiej działalności nie został dokładnie określony, nikt jednak nie może zaprzeczyć, że ich rola jest istotna i oddziałują one na decyzje podejmowane każdego dnia.

Polskie ustawodawstwo zawiera rozwinięte prawo pracy i ochronę wynagrodzeń, ale tylko dla pracowników. Zatem osoby zatrudniane na innej podstawie niż umowa o pracę, które podlegają mniejszej ochronie, są uznawane za atrakcyjne na rynku pracy. Uważa się, iż zatrudnianie personelu na podstawie umów cywilnoprawnych pozwala uniknąć wielu obowiązków prawnych. Jednak, jak pokazuje niniejsza analiza, rzadko tak jest w rzeczywistości. Czasami regulacje prawne ustalają minimalne standardy, a wpływ niektórych z tych ustaleń wykracza poza granice Polski (chodzi w szczególności o mię-

dzynarodowe i europejskie prawo pracy). Istotne jest uzmysłowienie sobie roli, jaką odgrywają uregulowania prawne, nawet jeśli ustawodawstwo zatrudniania w podmiotach leczniczych zawiera niewiele przepisów dotyczących tej kwestii lub w ogóle jest ich pozbawione. W takiej sytuacji odpowiednie regulacje umieszcza się w umowach.

Należy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaką rolę w zatrudnianiu w podmiocie leczniczym odgrywa umowa, co można dzięki niej osiągnąć i jak najlepiej ją wykorzystać? Umowy okazują się szczególnie ważne tam, gdzie brakuje tradycyjnych struktur stosunków zatrudnienia. Mimo że prawa i ochrona ustawowa osób zatrudnianych na podstawie umów pozapracowniczych są ograniczone, nie należy zakładać, że w ogóle nie istnieją. Kluczowe obszary prawnej regulacji dla osób zatrudnianych w podmiotach leczniczych, bez względu na prawne formy zatrudniania, to: godność i prawa człowieka, prawo antydyskryminacyjne, ochrona zdrowia i życia osób zatrudnionych, obowiązek i prawo ustawicznego kształcenia. Należy zaznaczyć, że cele polityki zatrudniania oraz jej treść, a także rola prawa miękkiego powinny być odpowiednio doceniane, ponieważ na ich podstawie określone są najlepsze praktyki, wzorce i wytyczne.

Część pierwsza

**POJĘCIE I UWARUNKOWANIA ZATRUDNIENIA
W PODMIOTACH LECZNICZYCH**

Rozdział I

POJĘCIE I CHARAKTERYSTYKA PRAWA ZATRUDNIENIA

1. Uwagi ogólne¹

Elastyczne formy zatrudnienia od połowy lat 90. XX w. budzą żywe zainteresowanie zarówno w praktyce podmiotów leczniczych, jak i w doktrynie prawa pracy i prawa cywilnego.

Ustawa z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej wprowadziła do języka prawnego nową nomenklaturę, nazywając socjalistyczne społeczne zakłady służby zdrowia zakładami opieki zdrowotnej. Kolejne nowelizacje ustawy doprowadziły do stopniowych przekształceń własnościowych szpitali, przychodni i innych zakładów opieki zdrowotnej². Przywołana ustawa przede wszystkim odstąpiła od monopolu władz publicznych³ i stworzyła możliwość wyboru miejsca pracy w publicznym lub/oraz niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej⁴. Ustawodawca wykorzystał ustawę o zakładach opieki zdrowotnej oraz akty wykonawcze wydawane na jej podstawie do kształtowania warunków zatrudnienia charakterystycznych tylko dla pracowników zakładu opieki zdrowotnej. Przepisy

¹ Niniejszy fragment został wcześniej opublikowany w: D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 342–351.

² Na skutek tego straciły moc: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22.03.1928 r. o zakładach leczniczych i wielokrotnie nowelizowana ustawa z 28.10.1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Inicjatywę ustawodawczą w sprawie projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej podjął Senat RP w kwietniu 1991 r. – Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP skierowała pod obrady Sejmu projekt tej ustawy, który został opracowany w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.

³ K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa–Poznań 1993.

⁴ Już od 1991 r. publiczny zakład mógł być zakładem samodzielnym, posiadającym osobowość prawną, a od 1999 r. była to forma obowiązkowa – C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003, s. 186; por. także A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską: wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 1998, s. 98 i n.

tej ustawy określono w doktrynie prawa pracy jako przepisy szczególne wobec Kodeksu pracy⁵, obecnie rolę taką spełniają przepisy ustawy o działalności leczniczej.

W 1994 r. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej na podstawie art. 35 i 35a dała możliwość wykonywania pracy na terenie publicznego zakładu na podstawie innej niż pracownicza, co dało asumpt do przemian form prawnych sprawowania władzy nad wykonywaniem zawodów medycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Tradycyjny pracowniczy model wykonywania zawodów medycznych w szpitalach i innych zakładach zdezaktualizował się, co otworzyło drogę prowadzącą nie tyle do zaniku władzy kierownika placówki i podporządkowania personelu medycznego, ale do ich głębokiej przemiany⁶. Z uwagi na samodzielność wykonywania zawodu lekarza zaczęto zastanawiać się, czy zatrudnienie pracownicze nie krępuje zbyt mocno lekarza w relacjach z samym pacjentem i czy w związku z tym nie należy dążyć do wprowadzenia niepracowniczych form zatrudnienia. Problem zatrudnienia niepracowniczego zaczął nabierać znaczenia również dla pielęgniarek, jednak tu wskazywano na inne motywy – chodziło przede wszystkim o zmniejszenie kosztów pracy.

Uruchomienie 1.01.1999 r. systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego radykalnie zmieniło uwarunkowania wykonywania zawodów medycznych⁷. Regułą stało się wykonywanie tych zawodów w szpocz-ach, natomiast wykonywanie ich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej działających w formie jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego miało być odstępstwem od tej reguły⁸. Kwestia przejęcia i usamodzielnienia konkretnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej została ogólnie przesądzona⁹, co niewątpliwie wpłynęło na warunki pracy personelu medycznego¹⁰. Nową sytuację zakładów określono w literaturze jako zgodę na „instytucjonalny egoizm”, wskazując, iż: „O ile w starej sytuacji oczekiwano od personelu – przynajmniej normatywnie –

⁵ Z. Kubot, *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki i położne*, PiM 2001/1.

⁶ C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, s. 179.

⁷ J. Jończyk, *Ubezpieczenie zdrowotne*, PiZS 2003/3, s. 2 i n.; L. Buliński, *Instytucjonalne zmiany w służbie zdrowia – gdański przykład*, „Polityka Społeczna” 2009/5–6, s. 20.

⁸ Od 1999 r. istnienie szpocz-u jest dopuszczalne tylko wtedy, jeżeli prowadzenie zakładu w formie szpocz-u byłoby niecelowe lub przedwczesne (art. 35c i 35d u.z.o.z.). Kwestia „niecelowości” budzi uzasadnioną wątpliwość, ponieważ w przepisie nie zostało wskazane, ze względu na jakie okoliczności faktyczne owa „niecelowość” się pojawia. Inna forma prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej może zostać wybrana także wtedy, gdy szpocz nie może sam pokryć ujemnego wyniku finansowego, a organ założycielski postanowi o jego utrzymaniu w jednej z tych form. Zakład utworzony przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych może działać tylko w formie szpocz-u (art. 35c ust. 1 w zw. art. 8 ust. 1 pkt 1–3 u.z.o.z.).

⁹ Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 22.06.2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminę powiat i samorządy województw (Dz.U. Nr 65, poz. 659 ze zm.), dotyczyło przekazywanych zakładów, natomiast nie odnosiło się do tworzenia ich w przyszłości.

¹⁰ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 250 i n.

dostrzegania problemu potrzeb pacjentów, o tyle po reformie oczekiwano wrażliwości na bodźce materialne”¹¹.

Proces przemian z biegiem czasu zaczął przybierać na intensywności i stawiać nowe wyzwania przed prawem pracy i polityką społeczną¹². Towarzyszyły mu także niepokoje w obrębie samego środowiska medycznego, dążącego przede wszystkim do poprawy warunków płacy i pracy oraz wzmocnienia pozycji w sektorze opieki zdrowotnej¹³. Środowisko medyczne nie zaakceptowało następującego procesu decentralizacji odpowiedzialności, prowadzącego *de facto* do pozbywania się przez administrację rządową odpowiedzialności za warunki pracy i płacy poprzez przetrzucanie jej na innych.

W celu poprawy skuteczności działania i rozwoju sektora opieki zdrowotnej niezbędne stało się przeprowadzenie zmian w stanie i strukturze zatrudnienia (restrukturyzacja zatrudnienia). W polskich warunkach dogmat pełnego zatrudnienia oraz rozbudowane funkcje socjalne w systemie gospodarki centralnie planowanej sprawiły, że przerost zatrudnienia, szczególnie od początku transformacji systemowej, był wręcz powszechny, a rozwiązanie tej kwestii pozostawało standardowym hasłem niemal każdego programu restrukturyzacji¹⁴.

W okresie gospodarki scentralizowanej opracowywane były plany zatrudnienia, ale ich związek z realnymi potrzebami przedsiębiorstwa pozostawał niewielki. Charakteryzowała je „z jednej strony dokładność, szczegółowość (...), a z drugiej (...) sztywna realizacja przyjętych zamierzeń”¹⁵. Sytuacja zmieniła się w momencie przekształcenia jednostek budżetowych w spoz-y¹⁶. Umożliwiło to szpitalom prowadzenie bardziej

¹¹ C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, s. 187.

¹² Szeroko kolejne etapy reformowania polskiego sektora opieki zdrowia omawiają C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, s. 169 i n., a także A. Murzynowski, *Jak rozwiązywać problemy płacowe służby zdrowia*, PiM 1999/2, s. 94–97.

¹³ Restrukturyzacji zatrudnienia w większości przypadków towarzyszyły spory i niepokoje społeczne. Do podstawowych barier utrudniających działania restrukturyzacyjne w obszarze zatrudnienia należy zaliczyć brak akceptacji związków zawodowych, niską akceptację pracowników oraz brak spójnej polityki rządu dotyczącej ochrony zdrowia. Por. A. Frąckiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej...*, s. 133–135; J. Klich, *Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej* [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Warszawa 2010, s. 61. Opinia publiczna w niekorzystnych warunkach pracy personelu medycznego (zwłaszcza niskich wynagrodzeniach) upatruje przyczyn korupcji w służbie zdrowia; por. R. Boguszewski, *Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków. Komunikat z badań*, Warszawa 2007, s. 10.

¹⁴ T. Sapeta, *Polityka personalna w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstw* [w:] *Zarządzanie personelem dziś i jutro*, t. II, red. J. Janowska, Łódź 2000, s. 106; C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, s. 209–212.

¹⁵ J. Jończyk, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 146.

¹⁶ Szeroko por. M. Striker, *Decentralizacja zarządzania jako sposób restrukturyzacji publicznych szpitali w Polsce* [w:] *Społeczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych*, red. A. Pocztoński, Warszawa 2007, s. 317.

Zatrudnianie w podmiotach leczniczych

Dorota Karkowska – doktor habilitowany nauk prawnych; radca prawny; przewodnicząca Zespołu ds. Studiów Strategicznych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie; doradca Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie; zatrudniona w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa; założycielka Fundacji *Ius Medicinae*; członek Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. Zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się na prawie medycznym, prawie pracy, prawie ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Tomasz Adam Karkowski – doktor nauk medycznych; adiunkt w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego; członek Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego i Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej. Zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się na polityce zdrowotnej i zarządzaniu w sektorze ochrony zdrowia; ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie wydawnictwa Wolters Kluwer Polska.

Publikacja porusza tematykę szczególnych uwarunkowań zatrudniania w podmiotach leczniczych. Jest ona spojrzeniem na podmioty lecznicze jako miejsca świadczenia pracy przez osoby wykonujące zarówno zawody medyczne, jak i niemedyczne.

W publikacji zawarto odpowiedzi m.in. na następujące pytania:

- jakie są możliwe formy zatrudniania pracowników podmiotów medycznych;
- jakie elementy powinna zawierać poprawnie przygotowana umowa z pracownikiem – z uwzględnieniem specyfiki działalności podmiotu leczniczego;
- jakie przepisy prawa mają wpływ na konstrukcję zapisów umów z pracownikami podmiotów leczniczych;
- jakie ryzyko jest związane z zatrudnianiem pracowników na podstawie umów cywilnoprawnych;
- jaki jest zakres ochrony socjalnej osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Książka przeznaczona jest dla menedżerów oraz pracowników działów kadr sektora ochrony zdrowia – zarówno publicznego, jak i prywatnego.



9788381241601 W01P01

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL
WWW.PROFINFO.PL

CENA 149 ZŁ (W TYM 5% VAT)

ISBN 978-83-8124-160-1



9 788381 241601



Wolters Kluwer