

WYBRANE CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE PODMIOTÓW ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI ZDROWOTNE

ROBERT ŚLIWA

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Streszczenie

System świadczenia usług zdrowotnych w Polsce nie działa prawidłowo. Zasadniczym źródłem konfliktu na linii lekarz (pracownik szpitala) a dyrektor szpitala publicznego (pracodawca) są niskie wynagrodzenia w stosunku do rzeczywistego nakładu pracy lekarza oraz zła organizacja pracy. Doraźne działania podejmowane w celu zaradzenia tej konfliktowej sytuacji okazały się nieskuteczne. Naturalnym procesem jest dążenie do usprawnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zmiany zachodzące w systemie dotyczą zarówno sposobu świadczenia usług zdrowotnych, jak i form organizacyjnych umożliwiających świadczenie tych usług. Zmiana formy prawnej i organizacyjnej podmiotu świadczącego usługi zdrowotne wymusza zwiększenie efektywności i wydajności całego systemu ochrony zdrowia. Wpływa ona także na zwiększenie efektów pracy i wymusza zmiany w sferze jakości świadczenia usług zdrowotnych. Prawidłowe funkcjonowanie systemu usług zdrowotnych jest uzależnione od bardzo wielu czynników. Są to czynniki obiektywne o znaczeniu zasadniczym, jak ilość środków finansowych w systemie, ale są to także czynniki subiektywne, na pozór błahe i niedoceniane, jak oczekiwania placowe personelu medycznego. Każda wprowadzana zmiana musi jednak brać pod uwagę takie czynniki jak: oczekiwania personelu medycznego, przepisy prawa dotyczących czasu pracy personelu oraz dopuszczalne formy prawne świadczenia przez personel medyczny usług medycznych.

Słowa kluczowe: usługi zdrowotne, osoby wykonujące zawód medyczny, praktyka lekarska, zakład opieki zdrowotnej, czas pracy, dyżur lekarski, umowa o pracę, samozatrudnienie, umowa zlecenie, umowa o usługi zdrowotne, świadczenie usług zdrowotnych

1. Wprowadzenie

Trwający od 1997 r. proces reformy i przekształcania publicznej służby zdrowia i wprowadzania do usług zdrowotnych czynnika konkurencyjności i rachunku ekonomicznego nie został do dnia dzisiejszego zakończony. Co prawda w dużej części udało się przekształcić podstawową opiekę zdrowotną, szczególnie poprzez wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz), lekarza pierwszego kontaktu) oraz praktycznie w całości udało się urynkować usługi zdrowotne świadczone przez lekarzy stomatologów, to jednak proces przekształceń w obrębie szpitalnictwa nie osiągnął zamierzonego efektu. Dowodem na ten stan rzeczy są powtarzające się fale strajków lekarskich w publicznych placówkach ochrony zdrowia, zwłaszcza w publicznych szpitalach (publicznych zakładach opieki zdrowotnej). Zasadniczym źródłem tego konfliktu na linii lekarz (pracownik szpitala) a dyrektor szpitala publicznego (pracodawca) są

niskie wynagrodzenia w stosunku do rzeczywistego nakładu świadczonej przez lekarza pracy. Doraźne działania podejmowane, aby „ugasić istniejący pożar”, nie przyczyniły się do istotnej zmiany sytuacji. Pospiesznie przygotowane kolejne nowelizacje przepisów prawa obciążone były poważnymi wadami skutkującymi pogłębiającym się bałaganem organizacyjnym. Prawidłowe funkcjonowanie systemu usług zdrowotnych jest uzależnione od bardzo wielu czynników. Są to czynniki obiektywne o znaczeniu zasadniczym, jak ilość środków finansowych w systemie, ale są to także czynniki subiektywne, na pozór błahe i niedoceniane, jak oczekiwania płacowe personelu medycznego.

Spośród wszystkich czynników mających większy lub mniejszy wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce warto zwrócić uwagę na kilka często niedocenianych, a mających ważny wpływ na funkcjonowanie całego systemu elementów.

2. Czynniki I. Podmiot świadczący usługi zdrowotne

Podstawowym czynnikiem biorącym udział w procesie świadczenia usług zdrowotnych jest personel medyczny (podmiot świadczący usługi zdrowotne). Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia doprowadziły do upodmiotowienia personelu medycznego. Personel ten przestał być wyłącznie pracownikiem najemnym, stał się samodzielnym przedsiębiorcą organizującym swoją pracę, odpowiadającym za swoje decyzje i ponoszącym ryzyko swojej działalności. Zasadnicze zmiany polegały na zmianie i przekształceniu dotychczasowego stosunku *stricte* pracowniczego (podporządkowanie, kierownictwo) regulowanego przez przepisy kodeksu pracy¹ w stosunek cywilnoprawny (równość stron, samodzielność) regulowany przez przepisy kodeksu cywilnego². Niestety zmiana ta pozostaje niedoceniana i niezauważana zwłaszcza przez polityków.

Działalność medyczna polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych³ jest zaliczana do kategorii działalności regulowanych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. *o swobodzie działalności gospodarczej*⁴. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest wymóg mówiący, że świadczenia zdrowotne mogą być udzielane tylko i wyłącznie przez uprawnione podmioty, do których zaliczamy:

1. **Osoby fizyczne** wykonujące zawód medyczny, działające w oparciu o przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*⁵ (uozl), świadczące swoje usługi jako indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie (odpowiednio IPL i GPL).
2. **Zakłady opieki zdrowotnej**, funkcjonujące w oparciu o przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*⁶ (ZOZ).

Osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny

Najliczniejszymi podmiotami samodzielnie świadczącymi usługi zdrowotne są indywidualne oraz grupowe praktyki lekarskie. Ustawa z dnia 05 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza*

¹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks Pracy, tekst jednolity* Dz. U. 1998, Nr 21, poz. 94, z późn. zm.

² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks Cywilny*. Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93, z późn. zm.

³ W obrębie polskiego systemu ochrony zdrowia zasadą jest, że świadczenia zdrowotne udzielane mogą być bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, zaś podmiot uprawniony do ich udzielania nie może odmówić ich udzielenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego dostępu do takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

⁴ Dz. U. 2004, Nr 173, poz. 1807, z późn. zm.

⁵ *tekst jednolity*, Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.

⁶ *tekst jednolity* Dz. U. 2007, Nr 14, poz. 89, z późn. zm.

dentysty (t.j. Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) szczegółowo definiuje kryteria, jakie muszą być spełnione, aby można było świadczyć lekarskie usługi zdrowotne. Przede wszystkim, z treści art. 2 cytowanej ustawy wynika, że „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”.

Lekarz może wykonywać zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej dopiero po uzyskaniu wymaganego przez prawo wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez okręgową radę lekarską (samorząd zawodowy) właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki lekarskiej. Za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską uważa się wykonywanie zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej (umowa o świadczenie usług, umowa zlecenie etc.). Nadto, jeżeli ma to być indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, lekarz jest obowiązany spełniać warunki obejmujące posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, oraz posiadać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego.

Drugą formą organizacyjną świadczenia usług zdrowotnych jest grupowa praktyka lekarska (GPL). Odpowiednie przepisy ustawy *o zawodzie lekarza ...* wskazują, że lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę lekarską jedynie w formie spółki cywilnej lub partnerskiej. Działalność taka może być prowadzona po uzyskaniu stosownego wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich prowadzonego przez okręgową radę lekarską (samorząd zawodowy) właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki lekarskiej (tak art. 50a uozl). Wymogiem formalnym jest konieczność złożenia wniosku o wpis do rejestru GPL prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską zawierający dane obejmujące:

1. listę lekarzy wspólników spółki ze wskazaniem:
 - imion i nazwisk wspólników,
 - ich miejsca zamieszkania
 - imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania spółki;
2. informacje o posiadaniu przez lekarzy wymaganych kwalifikacji,
3. numer ewidencji działalności gospodarczej albo w przypadku spółki partnerskiej numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego;
4. oznaczenie miejsca i daty sporządzenia wniosku;
5. podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Zasadniczą cechą charakterystyczną indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich polega na tym, że występuje w nich konieczność (nakaz) osobistego wykonywania usług przez lekarzy działających w ramach IPL i GPL. W praktyce wymóg ten przekłada się na zasadnicze ograniczenie możliwości zatrudniania osób świadczących usługi zdrowotne. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską może zatrudniać wyłącznie osoby nie będące lekarzami, przy czym mają to być osoby niezbędne do

wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). Dodatkowo pamiętać należy, że grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zakład opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (z.o.z.) (tekst jednolity, Dz. U. 2007, Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) wskazuje, że świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej (vide art. 4 z.o.z.). W myśl art. 2 cytowanej ustawy zakładem opieki zdrowotnej jest:

1. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
2. przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia,
3. pogotowie ratunkowe,
4. medyczne laboratorium diagnostyczne,
5. pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
6. zakład rehabilitacji leczniczej,
7. żłobek,
8. inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie.

Zakład opieki zdrowotnej może być utworzony i prowadzony przez:

9. ministra lub centralny organ administracji rządowej,
10. wojewodę,
11. jednostkę samorządu terytorialnego (gminę, powiat, etc.),
12. publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
13. kościół lub związek wyznaniowy,
14. pracodawcę (vide przepisy kodeksu pracy),
15. fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
16. inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną,
17. spółkę nie mającą osobowości prawnej (spółki cywilne oraz spółki handlowe osobowe).

Przepisy prawa wyłączają możliwość utworzenia zakładu opieki zdrowotnej przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz spółkę, o której mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o partnerstwie publiczno-prywatnym* (Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1420).

Zakład opieki zdrowotnej może funkcjonować jako:

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej (PZOZ), jeżeli jest on utworzony przez organ, o którym mowa w punktach 1-4.
2. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ), jeżeli jest on utworzony przez instytucje i osoby, o których mowa w punktach 5-8.

W obu przypadkach zasady udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów są, a w zasadzie powinny być identyczne.

3. Czynniki 2. Czas pracy personelu medycznego

Drugim istotnym czynnikiem mającym wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jest regulacja prawna dotycząca czasu pracy personelu medycznego. Podstawą do jakichkolwiek rozważań dotyczących czasu pracy pracowników są przepisy prawa pracy, zwłaszcza zaś art. 128§1 i następne kodeksu pracy (k.p.) (ustawa z dnia 26 czerwca 1974r *Kodeks Pracy*, tekst jednolity Dz.U.1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm.). Zasadą kodeksową wynikającą z treści art. 129§1 k.p. jest, że „*czas pracy pracownika nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w pięciodniowym tygodniu pracy (...)*”. Pomimo istnienia tej ogólnej reguły, już w samym kodeksie pracy zostało wprowadzonych szereg rozwiązań szczególnych dotyczących systemu i rozkładu czasu pracy, jak np.: system zrównoważonego czasu pracy (art. 135 k.p.), praca przy dozorze urzędów (art. 136 k.p.), praca przy pilnowaniu mienia i ochronie osób (art. 137 k.p.), praca w ruchu ciągłym (art. 138 k.p.), system przerywanego czasu pracy (art. 139 k.p.), system zadaniowego czasu pracy (art. 140 k.p.) oraz system indywidualnego czasu pracy, system skróconego czasu pracy oraz przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy. Każde z tych rozwiązań w pewnym stopniu modyfikuje i uelastycznia możliwość dostosowania czasu pracy do potrzeb pracodawcy i pracownika. Jednakże żadne z ww. rozwiązań nie jest w stanie definitywnie rozwiązać problemu zatrudniania lekarzy w publicznych placówkach służby zdrowia. Uwzględniając specyfikę pracy pracowników ochrony zdrowia, w szczególności nigdzie indziej niespotykane wymagania związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniego standardu opieki nad pacjentem oraz jej ciągłości, uregulowano zagadnienie czasu pracy pracowników ochrony zdrowia na zasadzie *lex specialis* w sposób odrębny, bezpośrednio w przepisach ustawy o *zakładach opieki zdrowotnej (zoz)*. Z jej treści wynika, że w przyjętym okresie rozliczeniowym czas pracy pracownika ochrony zdrowia zatrudnionego na podstawie umowy o pracę nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Wątpliwości w tym zakresie zostały ostatecznie rozwiane przez Sąd Najwyższy, który w uchwale z dnia 03 sierpnia 2007r. (I PZP 6/07) rozstrzygnął, że pracownicy zoz korzystają w pełni z prawa do przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Czas pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym, dla pracowników:

1. technicznych, obsługi i gospodarczych – normy wynoszą 8 godzin na dobę oraz przeciętnie 40 godzin na tydzień,
2. niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami – normy wynoszą 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień,
3. radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, oraz fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów – norma nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień. Ograniczenie to jest podyktowane i uzasadnione szczególnymi warunkami pracy w środowisku niebezpiecznym dla zdrowia i życia pracowników.

Wyjątek stanowi treść art. 32(i) ustawy o z.o.z., w myśl którego jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zakładu opieki zdrowotnej mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przy czym, w tych przypadkach łączny czas pracy nie może przekraczać przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym,

a w stosunku do pracowników technicznych, gospodarczych i obsługi – przeciętnie 42 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Oczywiście rozwiązanie to nie może być stosowane, bez wyraźnej zgody pracownika oraz nie może być ono stosowane w odniesieniu do pracownic w ciąży oraz pracownic opiekujących się dzieckiem do lat 4, których czas pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę. Nadto zasygnalizować należy, że bez dobrowolnej zgody lekarza wyrażonej na piśmie, pracodawca nie może zmusić pracownika do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo, co wynika wprost z treści art. 131 k.p..

Problematyka dyżurów lekarskich

Niezmiernie ważnym elementem mającym wpływ na czas pracy pracowników ochrony zdrowia jest kwestia dyżurów lekarskich pełnionych w placówkach medycznych sprawujących nad pacjentem opiekę całodobowo (np.: szpitale). Szczególny charakter pracy lekarza powoduje, że lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej (np.: szpitalu) przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego. Samo pojęcie dyżuru medycznego jest zdefiniowane w treści art. 18 (d) pkt 4 ustawy o zoz, w myśl którego dyżur medyczny polega na wykonywaniu poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych lekarza lub innego pracownika medycznego, z przeznaczeniem dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych. Przy czym pracownikami medycznymi są wszystkie osoby, które wykonują czynności związane z medycyną fachowo, stale i w celach zarobkowych, legitymując się jednocześnie kwalifikacjami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasadniczym problemem prawnym wiążącym się z zagadnieniem dyżurów lekarskich była kwestia udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy czas dyżuru winien być wliczany do całkowitego czasu pracy pracownika, a zatem czy praca na dyżurze jest tak naprawdę pracą w godzinach nadliczbowych, czy też praca w ramach dyżuru nie jest zaliczana do czasu pracy pracownika, a tym samym nie wpływa ona w żaden sposób na uprawnienia pracownicze wynikające z przepisów kodeksu pracy dotyczących maksymalnego czasu pracy. Odpowiedź na te pytania nie była w prawie polskim do tej pory precyzyjna i zasadniczo zależała od tego, jaki organ (sąd pracy, ministerstwo zdrowia, etc.) dokonywał wykładni przepisów dotyczących dyżurów lekarskich. Kwestia ta została jednoznacznie rozstrzygnięta w dyrektywie 2003/88/WE, która zaczęła obowiązywać od dnia 01 stycznia 2008r. Nowe przepisy dostosowujące polskie prawo do cytowanej dyrektywy, w ujęciu wykładni przyjętej przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości, podkreślają, że dyżury pełnione przez lekarza mającego obowiązek znajdować się w szpitalu, muszą być w całości uważane za czas pracy nawet wówczas, gdy może on odpoczywać w miejscu pracy w czasie, w którym jego usługa nie jest potrzebna.

Na zasygnalizowanie zasługuje także, że nowela ustawy o zoz zniosła ograniczenie co do liczby odbywanych dyżurów medycznych, przy czym wynagrodzenie za pełnione dyżury wyliczane jest na zasadach wynikających z kodeksu pracy według stawek za godziny nadliczbowe. Pamiętać przy tym należy, że przepisy nie definiują samego pojęcia normalne wynagrodzenie. Pojęcie to zostało określone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 1986r (I PRN 40/86), jako wynagrodzenie, które zatrudniony otrzymuje stale i systematycznie w zwykłych warunkach i terminach wypłat, które obejmuje:

1. wynagrodzenie zasadnicze wynikające ze stawki osobistego zaszeregowania,

2. dodatkowe składniki pensji o charakterze stałym, jeżeli na podstawie przepisów obowiązujących w zakładzie lub innych postanowień płacowych pracownik ma do nich prawo,

3. dodatki:

- a) funkcyjny,
- b) stażowy,
- c) za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia,
- d) inne.

4. premie o charakterze stałym i niezależne od uzyskania określonych, konkretnych osiągnięć w pracy, nieobjętych zadaniami wykonywanymi w godzinach nadliczbowych.

Dodatek do wynagrodzenia za dyżur liczony jest od samego wynagrodzenia wynikającego z osobistego zaszerzgowania określonego stawką godzinową. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego pracownika oblicza się, dzieląc miesięczną stawkę wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszerzgowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. W świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 3 kwietnia 2007r (II PZP 4/07) podstawę do obliczeń stanowi wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze ustalone w umowie o pracę, gdyż tylko ono stanowi ekwiwalent świadczonej pracy łączący się z jej rodzajem, pozostałe zaś składniki wynagrodzenia nie są bowiem bezpośrednią zapłatą za pracę określonego rodzaju lub na określonym stanowisku. Przykładem może tu służyć dodatek funkcyjny wypłacany pracownikom publicznych zoz na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 8 czerwca 1999r w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1999, Nr 52, poz. 543, z późn. zm). W odniesieniu do zasad ustalania wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przeciętnym okresie rozliczeniowym należy stosować reguły dotyczące wynagradzania za godziny nadliczbowe. Ustawa nakazuje stosować odpowiednio art. 151¹ §1-3 k.p., nie wyłączając równocześnie stosowania art. 151³ k.p. i art. 151¹¹ k.p., co znacznie komplikuje rozliczanie dodatkowej pracy przypadającej w dni wolne z tytułu pięciodniowego tygodnia pracy oraz w niedzielę i święta. Nadto zwrócić należy uwagę, że za czas pełnienia dyżuru medycznego pracownikowi nie przysługuje do odebrania czas wolny od pracy. Na zasadzie wyjątku, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, ordynator (kierownik) może zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Nadto lekarze mogą zostać zobowiązane do pozostawania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Prawo do odpoczynku

W obrębie pojęcia prawo do odpoczynku dyrektywa unijna wprowadza proste rozwiązanie polegające na przyznaniu każdemu pracownikowi prawa do codziennych 11 godzin odpoczynku. Ponieważ ustawa o zoz nie definiuje pojęcia doba pracownicza, należy skorzystać z rozwiązania obowiązującego na gruncie kodeksu pracy, według którego doba to kolejne 24 godziny, poczynając od godziny, gdy rozpoczyna się pracę zgodnie z obowiązującym rozkładem czasu pracy. Ponieważ sposób wyliczania czasu dobowego odpoczynku budził wiele kontrowersji, 20 grudnia 2007r. resort zdrowia stwierdził, że pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny należy udzielić 11 godzin dobowego odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

Rozwiązanie to było zgodne ze stanowiskiem Państwowej Inspekcji Pracy wyrażonym w piśmie z dnia 27 listopada 2007r (GNP-302-4560-527/07/PE), w którym przyjęto, że art. 32 (jb) ust 1 ustawy powyższego zoz gwarantuje pracownikowi w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, ale równocześnie art. 32 (jb) ust. 2 ustawy o zoz stwierdza, że pracownikom pełniącym dyżur medyczny, 11 godzinny okres odpoczynku dobowego, przypadający w dobie pracowniczej, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. Zdaniem PIP, rozwiązanie to jako *lex specialis* stanowi istotną zmianę sposobu udzielenia odpoczynku przewidziana w treści art. 151⁵ §2 k.p.. W rozwiązaniu tym uwzględniono wyrok ETS z dnia 12 listopada 1996r (sprawa Unitek Kingom v Council; C-84/94) uchylający art. 5 zd. 2 dyrektywy 93/104, zgodnie z którym minimalny czas odpoczynku określony w tym przepisie z reguły obejmował niedzielę. Zdaniem ETS Rada nie wyjaśniła, dlaczego niedziela, jako dzień odpoczynku, jest bardziej związana z ochroną życia i zdrowia pracowników niż pozostałe dni tygodnia. W konsekwencji dyrektywa 2003/88/WE nie wymaga już, aby tygodniowy odpoczynek przypadał w niedzielę, ale za to każdy pracownik powinien mieć zagwarantowane prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu, w którym zawiera się 11 godzinny odpoczynek dobowy.

Stosowanie dyrektywy 2003/88/WE w odniesieniu do szpitali spowoduje w krótkim okresie czasu pojawienie się istotnych braków, jeśli chodzi o pracowników mogących świadczyć pracę na dyżurach, gdyż wprowadzone rozwiązania w sposób istotny ograniczają możliwość pełnienia dużej liczby dyżurów przez pojedynczego pracownika. Po drugie, wynagrodzenia, jakie należy wypłacać pracownikom pełniącym dyżury stanowiąc będą bardzo duże obciążenie dla budżetów szpitali, którego to obciążenia szpitale nie są w stanie udźwignąć. Istniejący problem dyżurów w szpitalach publicznych można rozwiązać na dwa sposoby, poprzez:

1. całkowitą prywatyzację usług zdrowotnych, tj. zawieranie umów na świadczenia zdrowotne z podmiotami zewnętrznymi, np.: niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (prywatyzacja szpitali lub ich oddziałów),
2. częściową prywatyzację usług zdrowotnych, polegającą na zawieraniu przez lekarzy będącymi pracownikami szpitali, dodatkowych umów cywilnoprawnych na świadczenie usług w ramach dyżurów lekarskich (subkontrakty)

O ile, pierwsze rozwiązanie jest aktualnie ze względów politycznych niewykonalne, o tyle drugie rozwiązanie jest już dość powszechnie stosowane w praktyce. Przedmiotem umów cywilnoprawnych zawieranych z lekarzami jest świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów. Przy czym lekarze dotychczas zatrudnieni i stale pracujący w szpitalu, zobowiązują się do pełnienia dyżurów już nie jako pracownicy publicznego szpitala, lecz jako przedsiębiorcy działający poprzez swoje indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie albo jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia pracodawcy (szpitala publicznego) rozwiązanie to ma szereg zalet. Niewątpliwie najważniejszą z nich jest znaczne ograniczenie kosztów pracowniczych obciążających budżet szpitala w związku z koniecznością zapewnienia obsady personelu medycznego na dyżurach całodobowych. Dzięki choćby częściowemu sprywatyzowaniu dyżurów szpital może zaoszczędzić znaczną część środków przeznaczonych dotychczas na wypłatę wynagrodzeń za pracę pracowników w godzinach nadliczbowych, może również zaoszczędzić na ewentualnym ograniczeniu konieczności tworzenia nowych etatów dla pracowników niezbędnych dla zapewnienia wymaganej obsady lekarskiej na dyżurach.

4. Czynniki 3. Właściwa forma świadczenia usług zdrowotnych

Kolejnym czynnikiem mającym istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu usług zdrowotnych jest wybór właściwej formy prawnej ich świadczenia. Świadczenie usług zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej (zoz) może przybrać formę:

1. udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach **stosunku pracowniczego** – umowy o pracę⁷ – w takim przypadku personel działa w imieniu i na rzecz pracodawcy (zoz). Do umowy takiej stosuje się przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy*⁸ (k.p.)
2. udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie **umowy o świadczenie usług zdrowotnych** – kontraktu⁹ – w tej formie świadczenia usług personel może działać bez otwierania praktyki lekarskiej, jak i działając w ramach prowadzonej przez siebie IPL. Do umowy o świadczenie usług zdrowotnych stosuje się przepisy o zleceniu z art. 734-751 k.c.¹⁰, ponadto dla dokonania wyboru wykonawcy usług nie jest wymagane, jak w przypadku zakładu publicznego, stosowanie procedury konkursowej z art. 35 ustawy o zoz.

Stosunek pracowniczy jest nadal najpopularniejszym i najczęściej spotykanym sposobem świadczenia usług zdrowotnych. Jednak z oficjalnych danych Inspekcji Pracy wynika, że z roku na rok coraz bardziej popularnym zjawiskiem wśród lekarzy staje się samozatrudnienie. Lekarze coraz częściej rezygnują z dobrodziejstwa przywilejów socjalnych wiążących się ze stosunkiem pracowniczym na korzyść samodzielności i niezależności wynikającej z faktu prowadzenia własnej firmy. Niebagatelne znaczenie ma także diametralnie inny sposób wynagradzania. Zjawisko samozatrudnienia nasiliło się zwłaszcza w 2008r w związku ze zmianami w zakresie prawa pracy dotyczącymi czasu pracy dyżurowej lekarzy. Pracodawcom w publicznej służbie zdrowia (vide szpitale) bardziej opłacało się, zamiast zatrudniać dodatkowych pracowników na etatach, (których zresztą nie sposób jest znaleźć na rynku), powierzenie tych samych prac odrębnym jednoosobowym podmiotom gospodarczym. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy są bardzo wysokie pozapłacowe koszty, jakie pracodawca musi ponosić w związku z zatrudnianiem pracowników na podstawie umów o pracę. I tu warto zwrócić uwagę na fakt, że od lat praktycznie nic się w tej materii nie zmieniło, z wyjątkiem kosmetycznych zabiegów dotyczących nieznacznego obniżenia składki rentowej. Korzystanie z usług pracowników, którzy zarejestrowali samodzielną działalność gospodarczą, zwalnia pracodawcę z szeregu kosztów administracyjnych oraz obowiązków płatnika składek na ubezpieczenie społeczne. Każdy samozatrudniony sam musi wyliczyć i odprowadzić składki do ZUS od swoich zarobków. Samozatrudnienie jest niewątpliwie bardzo elastyczną formą zatrudnienia, zarówno dla lekarza, jak i dla jego byłego pracodawcy, który łatwo może skorzystać i zrezygnować z usług samozatrudnionego. Nie musi on np.: interesować się wiekiem osoby prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą, dbać o jej wypoczynek czy wreszcie kontrolować czas jej pracy. Może w miarę swobodnie rozwiązać z taką osobą umowę, niezależnie od tego, że jako pracownik na etacie korzystałaby ona z ochrony przed zwolnieniem ze względu na wiek przedemerytalny, miałby prawo do urlopu wypoczynkowego, czy świadczenia chorobowego. Oczywiście jest, że nie każdy samozatrudniony łatwo godzi się z utratą przywilejów

⁷ Nalęcz M., *Prawo pracy po zmianach, cz. II, Monitor Prawniczy 2002/22/1028.*

⁸ *tekst jedn.: Dz. U. 1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm.*

⁹ *wyrok Sądu Najwyższego z 13 kwietnia 2000 r., I PKN 594/99, OSNAP 2001/21/637.*

¹⁰ *ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93 z późn. zm.*

socjalnych wynikających z przepisów prawa pracy, które przysługują pracownikom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, takich jak: ochronę wynagrodzeń, normy czasu pracy i odpoczynku.

Pierwszym zarzutem, jaki można postawić rozwiązaniu polegającemu na świadczeniu usług zdrowotnych w oparciu o umowę cywilnoprawną jest podejrzenie o pozorność relacji prawnych między stronami, zwłaszcza gdy dotychczasowe obowiązki lekarza-pracownika przejmuje ten sam lekarz-przedsiębiorca. Szczególnie baczna uwagę należy zwrócić na treść art. 22§1 k.p., w myśl którego:

„Art. 22. § 1. Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem.

§ 1¹. Zatrudnienie w warunkach określonych w § 1 jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy.

§ 1². Nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych w § 1.”

Z treści cytowanego wyżej przepisu wynika jednoznacznie, że ewentualne zastąpienie umowy o pracę przez zawarcie umowy cywilnoprawnej nie będzie miało większego znaczenia prawnego, gdyż w dalszym ciągu lekarze pełniący dyżur będą w świetle prawa pracy pracownikami szpitala. Potwierdzenie takiego stanowiska można wyprowadzić z treści orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2002r (I PKN 876/2000, OSNP 2004, Nr 4, poz. 60), w którym stwierdza, że: „w razie wykonywania na rzecz pracodawcy kilku rodzajów pracy porządkowej należy domniemywać, że strony łączy jeden stosunek pracy (...). To samo dotyczy innych form praktyki intensyfikowania pracy w normalnym czasie pracy, polegających przykładowo na zawieraniu umowy o dodatkową pracę (czynności), wykonywaną w normalnym czasie pracy (ewentualnie przekształconym w zadaniowy czas pracy) obok pracy podstawowej i kwalifikowaną na ogół jako autonomiczna klauzula w podstawowym stosunku pracy, czy też powierzaniu tzw. pracy uzupełniającej, gdy praca umówiona nie wypełnia całego czasu pracy (...)”, tym bardziej, że „w przeciwnym razie mielibyśmy do czynienia z próbą obejścia przepisów o czasie pracy i wysokości wynagrodzenia za godziny nadliczbowe” (tak uchwała SN z dnia 12 kwietnia 1994r, I PZP 13/94, OSNAPiUS 1994, Nr 3, poz. 39)

Wskazując na podstawowe kryteria (*accidentalialia negotii*) w oparciu, o które można odróżnić stosunek pracy od stosunków cywilnoprawnych, wskazać należy na fakt, że:

1. pracownikiem może być wyłącznie osoba fizyczna,
2. pracownik zobowiązuje się świadczyć pracę w zamian za wynagrodzenie (odpłatność pracy),
3. przedmiotem umowy ze strony pracownika jest samo pełnienie (wykonywanie) pracy,
4. pracownik nie jest obciążony ryzykiem realizacji świadczenia pracy,
5. pracownik obowiązany jest świadczyć pracę osobiście,
6. pracownik świadcząc pracę, jest podporządkowany pracodawcy (świadczy pracę pod kierunkiem pracodawcy – pracodawca ma możliwość wydawania poleceń, które są wiążące dla pracownika),
7. pracodawca wyznacza czas i miejsce wykonywania pracy.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że jeszcze całkiem niedawno możliwość świadczenia usług zdrowotnych w oparciu o umowę cywilnoprawną budziła szereg wątpliwości prawnych i organizacyjnych, dopiero ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielę-

gniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści¹¹, w sposób jednoznaczny i klarowny odniosła się do tej kwestii. Prawdziwym momentem zwrotnym był jednak dzień 1 stycznia 2007r., od którego weszła w życie nowa definicja pozarolniczej działalności gospodarczej. Definicja ta została wprowadzona ustawą z dnia 16 listopada 2006 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw¹². W myśl nowej regulacji prawnej z zakresu przedmiotowego definicji pozarolniczej działalności gospodarczej wyłączono czynności, które łącznie spełniają następujące warunki (vide art. 5b ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych¹³:

1. wprowadzają odpowiedzialność świadczącego usługę wobec osób trzecich za rezultat jego czynności oraz ich wykonywanie, z wyłączeniem odpowiedzialności za popełnienie czynów niedozwolonych¹⁴,
2. są one wykonywane pod kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez zlecającego te czynności¹⁵,
3. wykonujący te czynności nie ponosi ryzyka gospodarczego związanego z prowadzoną działalnością¹⁶.

Kolejną wskazówkę interpretacyjną w zakresie kryteriów umowy o pracę zawiera wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 1999 r., I PKN 642/98¹⁷, w myśl którego „nazwa umowy nie ma znaczenia, jeżeli nawiązany stosunek pracy ma cechy wskazane w art. 22 § 1”. Problem odróżnienia umowy o pracę od umowy cywilnoprawnej nasila się zwłaszcza, gdy zawarta przez strony umowa zawiera zarówno cechy (elementy) umowy o pracę oraz cechy (elementy) umowy cywilnej (np.: umowa zlecenie). Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 września 1998 r., I PKN 334/98¹⁸, stanął na stanowisku, że „dla oceny takiego rodzaju stosunku prawnego decydujące jest ustalenie, które z tych cech mają charakter przeważający”, gdy zaś „umowa wykazuje wspólne cechy dla umowy o pracę i umowy prawa cywilnego z jednakowym ich nasileniem, o jej rodzaju decyduje zgodny zamiar stron i cel umowy, który może być wyrażony także w nazwie umowy”¹⁹. Z łatwością można zwrócić uwagę na fakt, że niektóre cechy (elementy) umowy są na tyle istotne, że mają decydujące znaczenie dla określenia jej rodzaju, np.: brak bezwzględного obowiązku osobistego świadczenia pracy wyklucza możliwość zakwalifikowania stosunku prawnego jako umowy o pracę (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1998 r., I PKN 416/98²⁰; także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 1998 r., I PKN 458/98²¹, z którego wynika, że „możliwa w umowach typu zlecenia klauzula wykonywania usług przez osobę trzecią-zastępcę (art. 738 § 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.), jest niedopuszczalna w umowie o pracę (art. 22 § 1)”. Nadto „nie jest możliwe uznanie umowy za umowę o pracę, jeżeli wykonawca: czynności lub usługi ("pracownik")

¹¹ Dz. U. 2005, Nr 175, poz. 1461.

¹² Dz. U. 2006, Nr 217, poz. 1588.

¹³ Dz. U. 1991, Nr 80, poz. 350 z późn. zm.

¹⁴ wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2000 r., I PKN 133/00, OSNAP 2002/14/326.

¹⁵ wyrok Sądu Najwyższego z 26 listopada 1998 r., I PKN 458/98, OSNAP 2000/3/94, podobnie OSNAP, 2000.7.267, zobacz także wyrok Sądu Najwyższego z 28 października 1998 r., I PKN 416/98, OSNAP 1999/24/775.

¹⁶ wyrok Sądu Najwyższego z 12 stycznia 1999 r., I PKN 535/98, OSNAP 2000/5/175.

¹⁷ OSNAPiUS 2000, z. 11, poz. 417.

¹⁸ OSNAPiUS 1990, z. 20, poz. 646.

¹⁹ tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 czerwca 1998 r., I PKN 191/98, OSNAPiUS 1999, z. 14, poz. 449; por. także podobną tezę wyroku z dnia 2 września 1998 r., I PKN 293/98, OSNAPiUS 1999, z. 18, poz. 582.

²⁰ OSNAPiUS 1999, z. 24, poz. 775.

²¹ OSNAPiUS 2000, z. 3, poz. 94.

nie jest obowiązany do wykonywania poleceń zlecniodawcy ("pracodawcy"), czyli gdy brak jest elementu podporządkowania"²². Szczególnego znaczenia nabiera także wyrok z dnia 15 października 1999 r., I PKN 307/99²³, w którym Sąd Najwyższy uznał, że „przy ocenie charakteru stosunku prawnego łączącego strony (umowa o pracę, umowa zlecenia) należy uwzględniać specyfikę funkcjonowania podmiotu zatrudniającego. Umowa zlecenia z reguły określa rodzaj wykonywanych czynności i w zasadzie nie może polegać na pozostawianiu w dyspozycji zlecającego i wykonywaniu stosownie do jego potrzeb czynności zleczanych na bieżąco”.

Powyższe nie wskazuje bynajmniej na istnienie zakazu zawierania umów cywilnoprawnych z osobami fizycznymi działającymi równocześnie jako przedsiębiorcy. Jedyne ograniczenie odnosi się w zasadzie wyłącznie do przypadków „zastąpienia istniejącej umowy o pracę umową cywilnoprawną”, nie oznacza to jednak równocześnie prawnego domniemania obligatoryjnego istnienia stosunku pracy. Tak naprawdę pewien problem pojawia się jedynie w przypadku, gdy następuje zatrudnianie dotychczasowych pracowników poza normalnym czasem pracy na podstawie umów cywilnoprawnych przy pracach tego samego rodzaju, co objęte zostało poprzednio stosunkiem pracy. Pracodawca zawsze może zawrzeć z własnym pracownikiem dodatkową umowę o pracę, o ile będzie to praca inna niż objęta istniejącą już pomiędzy nimi umową o pracę, zatem przedmiotem dodatkowej umowy cywilnoprawnej – powinna być – zgodnie z ukształtowaną wykładnią przepisów kodeksu pracy – praca innego rodzaju niż określona w podstawowej umowie o pracę, wykonywanie zaś tej pracy nie może kolidować z czasem wykonywania pracy podstawowej.

Istnieje oczywiście ryzyko, że w razie naruszenia powyższych zasad, lekarze udzielający świadczeń na podstawie umów cywilno-prawnych, w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, których działalność spełnia wszystkie wyżej wymienione warunki, mogą zostać przez urzędy skarbowe uznani za pracowników²⁴ i w efekcie pozbawieni możliwości opodatkowania według 19% stawki podatku oraz mogą być zobowiązani opłacać składki na ZUS w wyższej niż dotychczasowa wysokości²⁵.

Szczególnie jaskrawym przykładem problemów interpretacyjnych dotyczących stosunku cywilnoprawnego w ochronie zdrowia jest treść art. 8 ust 2a ustawy z dnia 13 października 1998r *systemie ubezpieczeń społecznych*²⁶ (s.u.s.), w myśl którego „... za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenie lub innej umowy o świadczenie usług, do której z Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli taką umowę zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub w ramach takiej umowy wykonuje prace na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy”. Potwierdzenie takiego stanowiska można wyprowadzić z treści orzeczenia Sądu Najwyższego²⁷ z dnia 14 lutego 2002r, w którym stwierdza, że: „w razie wykonywania na rzecz pracodawcy kilku rodzajów pracy porządkowej należy domniemywać, że strony łączy jeden stosunek pracy (...). To samo dotyczy innych form praktyki intensyfikowania pracy w normalnym czasie pracy, polegających przykładowo na zawieraniu umowy o dodatkową pracę

²² tak Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 11 kwietnia 1997 r., I PKN 89/97, OSNAPiUS 1998, z. 2, poz. 35; z dnia 4 grudnia 1997 r., I PKN 394/97, OSNAPiUS 1998, z. 20, poz. 595 oraz z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNAPiUS 2001, z. 1, poz. 18.

²³ OSNAPiUS 2001, z. 7, poz. 214.

²⁴ wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2001 r., I PKN 256/00, OSNAP 2002/23/564.

²⁵ Pismo Ministerstwa Finansów z dnia 11 grudnia 2006r., znak: DD2/006-0603/MW/06/1220.

²⁶ Dz. U. 2007, Nr 11, poz. 74, z późn. zm.

²⁷ I PKN 876/2000, OSNP 2004, Nr 4, poz. 60.

(czynności), wykonywaną w normalnym czasie pracy (ewentualnie przekształconym w zadaniowy czas pracy) obok pracy podstawowej i kwalifikowaną na ogół jako autonomiczna klauzula w podstawowym stosunku pracy, czy też powierzaniu tzw. pracy uzupełniającej, gdy praca umówiona nie wypełnia całego czasu pracy (...)", tym bardziej, że „w przeciwnym razie mielibyśmy do czynienia z próbą obejścia przepisów o czasie pracy i wysokości wynagrodzenia za godziny nadliczbowe”²⁸.

Treść przywołanego wyżej art. 8 ust 2 a ustawy o s.u.s. wyklucza w praktyce możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel szpitala w formie umów cywilnoprawnych bez równoczesnego funkcjonowania tego personelu jako przedsiębiorców prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

5. Zakończenie

Umowa o świadczenie usług zdrowotnych (na warunkach zlecenia) daje stosunkowo dużą swobodę w kształtowaniu warunków wzajemnej współpracy szpitala (zakładu) i lekarza. Wykonywanie zawodu lekarza w formie prowadzenia indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej nie podlega bezpośrednio przepisom prawa pracy, ani przepisom ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to także, że nie mają tu zastosowania także przepisy ochronne dotyczące maksymalnego wymiaru czasu pracy i czasu pełnionych dyżurów oraz regulacje dotyczące gwarantowanych urlopów wypoczynkowych i okolicznościowych. Wszelkie tego typu zagadnienia podlegają indywidualnym ustaleniom zgodnie z nieograniczoną wolą stron kontraktu, w myśl zasady swobody kształtowania umów cywilnoprawnych (art. 353¹ k.c.). Cytowana zasada wyraża się tym, że lekarze świadczący usługi zdrowotne w ramach prowadzonej przez siebie praktyki (IPL), a także ci, którzy nie prowadzą prywatnej praktyki, mogą praktycznie bez ograniczeń zawierać z zakładem opieki zdrowotnej (ZOZ) umowy o świadczenie usług medycznych. Ta niewątpliwie najprostsza forma współpracy pozwala lekarzowi, z jednej strony uniknąć kosztów związanych z otwarciem i prowadzeniem swojej IPL i nie wymaga zgłaszania działalności w ewidencji działalności gospodarczej.

Dążenie do usprawnienia procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jest normalnym procesem zachodzącym w systemie ochrony zdrowia. Zmiany dotyczą zarówno sposobu świadczenia usług zdrowotnych jak i form organizacyjnych umożliwiających świadczenie tychże usług. Zmiana formy prawnej i organizacyjnej podmiotu świadczącego usługi zdrowotne wymusza zwiększenie efektywności i wydajności całego systemu ochrony zdrowia. Wpływa na zwiększenie efektów pracy i wymusza zmiany w sferze jakości świadczenia usług zdrowotnych. Każda wprowadzana zmiana musi jednak brać pod uwagę także przywołane wyżej czynniki w postaci oczekiwań personelu medycznego, przepisów prawa dotyczących czasu pracy tego personelu oraz dopuszczalne formy prawne świadczenia przez personel medyczny usług medycznych. W tym kontekście publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które są strukturami źle zarządzanymi, przy czym nie jest to tylko i wyłącznie ich wina, są *ex definitione* skazane na porażkę. Ta zaprogramowana porażka jest w dużej mierze efektem obowiązujących w tej materii regulacji prawnych. Natomiast niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie są obciążone skostniałą strukturą organizacyjną, same organizują swoją strukturę, pracę, oraz relacje z personelem lekarskim, same kontraktują usługi zdrowotne, ale też same odpowiadają za jakość i dostępność świadczonych usług

²⁸ uchwała SN z dnia 12 kwietnia 1994r, I PZP 13/94, OSNAPiUS 1994, Nr 3, poz. 39.

zdrowotnych, są zdecydowanie lepiej przygotowane do funkcjonowania w ramach reguł rynkowych. Jeżeli do tego dodamy fakt, że podmioty niepubliczne mogą świadczyć usługi zdrowotne zarówno nieodpłatnie w ramach kontraktu z NFZ jak i odpłatnie, w sposób, tzn. komercyjny – gdy pacjent sam płaci za udzielaną mu usługę zdrowotną, sytuacja publicznych form świadczenia usług zdrowotnych wydaje się nie do pozazdroszczenia.

SELECTED FACTORS INFLUENCING ACTIVITY OF THE MEDICAL FIRMS IN THE HEALTH SERVICE SECTOR

Summary

The health care system in Poland has been not working accurately for years now. Basic source of conflict, which lies between health care personnel and managers of hospitals, is inefficient wage system and improper work organisation. Ad hoc operational tasks performed in the situations of real conflicts seem to be inaccurate. The alteration of health care system (HCS) in Poland is definitely needed, so the planned and expected changes in functioning require new efforts. Needed changes refer to both: (1) performance, quality, level of services performed, and (2) organisational forms needed for performing medical services. Legal and organisational transformation of HCS units usually leads to efficiency improvement on all the levels of the whole system. Many factors influence the proper functioning of the HCS. Some of them may be neglected, but amount of money introduced to the financing system of the HCS and salary expectations of medical personnel are crucial for stability and performance of the medical services. In the article the author focused his attention on the labour factor of the HCS, legal changes in engagement agreement between employees and employers, and working on free-lance terms medical personnel (pay and hours agreement, contract of specified work, employment contract, contract of services and other forms of agreements).

Keywords: medical services, medical personnel, medical profession, medical health care centre, working time, on-call duties, turn of duty, employment contract, self-employment, health care-services contract, mandate contract, servicing health-care services

Robert Śliwa
Katedra Prawa Międzynarodowego i Porównawczego
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Kraków, ul. Rakowicka 27
e-mail: sliwarobert@interia.pl