

Zarządzenia pracodawcy a należyta staranność lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy (cz. II)¹

DOI: 10.70537/54RQ0E09

Streszczenie

Jedną z dopuszczalnych form, w jakich wykonywany może być zawód lekarza, jest jego realizacja w ramach stosunku pracy. Niejednokrotnie może to prowadzić do konfliktu między poleceniem pracodawcy a ustawowymi dyrektywami, którymi każdy lekarz powinien się kierować, podejmując aktywność zawodową. Ich źródło mogą stanowić zarządzenia pracodawcy pojawiające się z reguły na tle ekonomicznego rachunku zysków i strat. Kluczem do rozwiązania tego problemu jest ustalenie pożądanego wzorca postępowania, który istotnie limituje zakres powinności lekarza pozostającego w stosunku pracy, w warunkach podporządkowania pracownika pracodawcy. Właściwa rekonstrukcja wzorca pozwala na przybliżenie się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy realizacja świadczeń zdrowotnych w sposób pożądaný przez pracodawcę nie prowadzi do jego naruszenia. W efekcie więc chodzi o przeciwdziałanie potencjalnemu ryzyku narażenia się przez lekarza na możliwość ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, cywilnej czy karnej.

¹ Kwestia pojęcia wolnego zawodu lekarza i konsekwencji jego wykonywania w ramach stosunku pracy została rozwinięta w pierwszej części niniejszego artykułu.

Słowa kluczowe: zarządzenia pracodawcy, należyta staranność lekarza

Wykonywanie zawodu lekarza w ramach stosunku pracy może niejednokrotnie prowadzić do konfliktu między poleceniem pracodawcy a ustawowymi dyrektywami, którymi każdy lekarz powinien się kierować, podejmując aktywność zawodową. Kluczem do rozwiązania tego problemu jest ustalenie pożądanego wzorca postępowania, który istotnie limituje zakres powinności lekarza pozostającego w stosunku pracy, w warunkach podporządkowania pracownika pracodawcy. Właściwa rekonstrukcja wzorca pozwala na przybliżenie się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy realizacja świadczeń zdrowotnych w sposób pożądaný przez pracodawcę nie prowadzi do jego naruszenia. W efekcie więc chodzi o przeciwdziałanie potencjalnemu ryzyku narażenia się przez lekarza na możliwość ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, cywilnej czy karnej.

Kryteria pozwalające na rekonstrukcję wzorca należytej staranności i sumienności lekarza

Z punktu widzenia prowadzonych rozważań podkreślenia wymaga, że swoistym korelatem szerokich uprawnień lekarza w zakresie samodzielności i niezależności zawodowej są obowiązki, jakie generuje status profesjonalisty.

Na tle obowiązujących regulacji dostrzec można zamiar rozróżnienia tych dwóch sfer powinności profesjonalisty². Dokonywane jest to w szczególności poprzez odwoływanie się z jednej strony do sprawdzalnych empirycznie aspektów intelektualnych, technicznych, prakseologicznych wykonywania zawodu (np. przestrzegania prawa, uwzględniania specjalistycznej wiedzy zawodowej), które utożsamiać można z kategorią starannego działania, z drugiej zaś strony – do sfery sumienności, w tym etyki zawodowej.

Definiując należytą staranność lekarza, należy odwołać się do wzorca staranności z art. 355 k.c.³ Artykuł 355 § 1 k.c. stawia dłużnikowi

² Zob. J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020, s. 180; <http://doi.org/10.34616/23.20.025>.

³ Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1610); dalej jako: k.c.

wymaganie wykonywania zobowiązania z należytą starannością, tj. ze starannością ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Tworzony na tle danego stosunku zobowiązaniowego wzorzec postępowania jest obiektywny, choć podlegać może relatywizacji⁴. Z art. 355 § 2 k.c. wynika, że należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określana być powinna przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności (a więc przy odwołaniu się do wzorca zawodowości)⁵. Można przyjąć, że budowa wzorca należytnej staranności na tle tej regulacji wiąże się z jego dalszą konkretyzacją⁶. Relatywizacja wzorca polega na osadzeniu go w kontekście faktycznym, prawnym, ekonomicznym i społecznym⁷. Oznacza to, że staranność wymagana w stosunkach danego rodzaju będzie musiała być uwzględniana w odniesieniu do wiedzy, doświadczenia i umiejętności praktycznych, jakie podlegają różnicowaniu w obrębie grupy zawodowej.

W literaturze przedmiotu⁸ wyróżnić można dwa stanowiska w kwestii poziomu wymaganego od lekarza miernika staranności.

Po pierwsze, przyjmuje się, że od lekarza należy wymagać podwyższonego miernika staranności przekraczającej przeciętną. Przede wszystkim wynikać ma to ze szczególnego charakteru stron i przedmiotu świadczenia udzielanego przez tego profesjonalistę (zdrowie i życie ludzkie), a także okoliczności polegających na tym, że negatywne skutki

⁴ Oznacza to, że należy uwzględniać konkretne okoliczności i uwarunkowania niezależne od danego podmiotu, w jakich musiał on podejmować swoje działania (np. z uwagi na nagłość wystąpienia sytuacji). Podlegać to będzie więc uzasadnionemu różnicowaniu, w zależności od potrzeby prowadzenia czynności restytucyjnych w warunkach klinicznych czy na sali widowiskowej albo w parku.

⁵ Zob. wyrok SN z 20.05.1986 r., III CRN 82/86, „OSNCP” 8/1987, poz. 125, w którym przyjęto, że zasadę taką można byłoby wyprowadzić z art. 355 § 1 k.c. nawet w braku art. 355 § 2 k.c.; podobnie: P. Machnikowski [w:] idem, E. Gniewek, (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2017, s. 655, który podkreśla, że mechanizm przewidziany w § 2 nadaje się do zastosowania wobec innych niż przedsiębiorcy grup zawodowych. Chodzi bowiem o sytuacje, gdy dany podmiot pełni nie tylko na co dzień określoną funkcję, ale w tej funkcji występuje w konkretnym zobowiązaniu.

⁶ Zob. A. Girdwoyń, *Należyta staranność lekarza*, Warszawa 2024, s. 155–168.

⁷ Ibidem.

⁸ Zob. szerzej na ten temat: K. Bączyk-Rozwadowska, [w:] E. Bagińska (red.), *System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prywatnoprawna*, t. 5, Warszawa 2021, s. 245.

interwencji medycznej są często poważne i nieodwracalne⁹. Stanowisko to zyskało poparcie w judykaturze¹⁰. Mowa tu jednak o wzorcu, który jest zaostrożony w stosunku do sytuacji zwykłych i oznacza staranność zakreśloną na wyższym poziomie niż przeciętnie wymagana w danym typie stosunków. Przyjęcie takiego zapatrywania skutkować może jednak wzrostem oczekiwań wobec danego podmiotu, poprzez ukształtowanie bardziej wymagającego modelu postępowania jednocześnie z ułatwieniem postawienia mu zarzutu niedołożenia należytej staranności. Podkreśla się, że posługiwanie się wskazanym pojęciem powinno być jednak uznane nie tylko za niemające uzasadnienia w świetle art. 355 § 1 k.c. oraz przepisów ustaw medycznych, ale także zbyteczne ze względu na wysoki poziom staranności ogólnie wymaganej od podmiotów wykonujących zawody medyczne na tle stosunków regulowanych przez prawo medyczne¹¹.

Po drugie, szeroko reprezentowane jest także stanowisko, zgodnie z którym od lekarza wymagać należy zwykłej staranności profesjonalnej, którą cechuje wprawdzie nie najwyższy, jednak nadal wysoki poziom przeciętnej (normalnej) staranności zawodowej¹². Trafnie podkreśla się

⁹ Zob. M. Kopeć, [w:] idem (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 45–47.

¹⁰ SN w orzeczeniu z 7.01.1966 r. (I CR 369/65, „OSP” 12/1966, poz. 278) przyjął, że jeżeli chodzi o zawód lekarza, to te wymagania muszą być – ze względu na daleko idące skutki jego pracy – specjalnie wysokie. W szczególności można i należy wymagać od lekarza niebędącego specjalistą w określonym zakresie, aby nie tylko skierował chorego do specjalisty, ale nawet specjalnie uczulił go na konieczność niezwłocznego specjalistycznego leczenia, jeżeli w rachubę wchodzi możliwość kalectwa. W nowszym orzecznictwie akcentuje się okoliczność, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należały podjęcie takiego sposobu postępowania, które gwarantować powinno – przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności – przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażania pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Zabiegi operacyjne muszą być zarówno przeprowadzane zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny, jak i właściwie przygotowane od strony organizacyjnej (zob. wyrok SN z 26.10.2003 r., II CK 34/02, „OSP” 2005, Nr 4, poz. 54). Pogląd wskazujący na wymóg ponadprzeciętnej staranności lekarza zyskał poparcie w wyroku SN z 30.06.2021 r. (II CSKP 95/2, Lex nr 3226422).

¹¹ Tak: W. Borysiak, *Kilka uwag o pojęciu należytej staranności w stosunkach regulowanych przez prawo medyczne*, „STPP” 3/2020, s. 42.

¹² Tak: M. Sośniak, *Należyta staranność*, Katowice 1980, s. 189–190; F. Śmigiełski, Głosa do wyr. SN z 10.II.2010 r., V CSK 287/09, s. 664; M. Boratyńska, P. Konieczniak, [w:] idem (red.), *System Prawa*

przy tym, że sformułowanie „wysoki stopień przeciętnej staranności” nacechowane jest wysokim poziomem rygoryzmu¹³. Miernik ten współwyznacza treść wzorca, przez którego pryzmat oceniane powinno być konkretne zachowanie tego profesjonalisty. Chodzi o to, by lekarz dysponował adekwatnymi do swojej roli zawodowej wiedzą, umiejętnościami i środkami technicznymi oraz wykorzystywał je w praktyce¹⁴.

Ten drugi kierunek wykładni znajduje potwierdzenie w obowiązujących przepisach prawa. Wymóg zachowania staranności zawodowej przewidziany został w regulacji zawodowej (art. 4 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁵), a dodatkowo znajduje odzwierciedlenie w art. 8 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶ oraz w innych regulacjach szczególnych nakładających taki obowiązek na wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wzorzec należytej staranności lekarza w stosunkach regulowanych przez prawo medyczne wyznaczają w przeważającej mierze zasady wykonywania zawodu, na które wpływają obowiązujące standardy medyczne. Na tej podstawie należy przyjąć, że należyta staranność w wykonywaniu zawodu lekarza przejawia się w uwzględnianiu aktualnej wiedzy medycznej, dostępnych lekarzowi metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz przejawianiu określonych w szczególności

Medycznego, t. 2, cz. 1 i 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2018; s. 292–296; G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Kraków 2019, s. 350–352. Por. wyrok SN z 10.02.2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561, w którym przyjęto, że nie chodzi o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Podobnie wyrok SN z 15.03.2012 r., I CSK 330/11, „OSNC” 9/2012, poz. 109.

¹³ A. Girdwoyń, *Należyta...*, op. cit., s. 178.

¹⁴ Por. jednak M. Boratyńska, P. Konieczniak, [w:] eidem (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 296 – ich zdaniem wniosek o zwykłej staranności zawodowej jest dostatecznie uzasadniony brzmieniem art. 355 § 1 k.c. Wskazują także, że nie ma potrzeby odnoszenia do lekarzy art. 355 § 2 k.c. z uwagi na to, że poziom wymaganej od nich staranności wynika ze specyfiki wykonywania wolnego zawodu i jest niezależny od tego, czy lekarz prowadzi działalność gospodarczą, czy wykonuje zawód w ramach stosunku pracy.

¹⁵ T.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516; dalej jako: u.z.l.l.d.

¹⁶ T.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581; dalej jako: u.p.p.

w rozdziale 5 u.z.l.l.d., zatytułowanym *Zasady wykonywania zawodu lekarza*, zachowań i sposobów postępowania w kluczowych sytuacjach związanych z wykonywaniem tego zawodu, a wyrażonych przez ustawodawcę w języku obowiązków prawnych¹⁷.

Przejawem należytej staranności lekarza jest prowadzenie aktywności zawodowej z uwzględnieniem następujących dyrektyw.

Po pierwsze, lekarz ma wykonywać swój zawód *lege artis*, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy zastrzeżeniu jednak, że dostępnymi metodami i sposobami¹⁸. Wiedza medyczna posiadana przez lekarza ma być aktualna, tzn. nieprzestarzała. Okoliczność ta implikuje powinność ciągłego doskonalenia kwalifikacji zawodowych. Jednocześnie, jak zauważa się w doktrynie¹⁹, śledzenie postępu wiedzy medycznej nie jest proste. Dlatego powszechną praktyką jest wykonywanie zawodu lekarza według standardów opartych na aktualnym stanie wiedzy medycznej i naukowych dowodach, ang. *evidence-based medicine* – EBM²⁰. Ich funkcją jest stworzenie ram bezpieczeństwa prawnego w warunkach wykonywania aktywności zawodowej lekarza. Polega to na tym, że o ile lekarz w trakcie wykonywania zawodu będzie przestrzegał zawartych w standardach zaleceń i wymagań, co do zasady może mieć pewność, iż w sytuacjach typowych jego postępowanie z prawnego punktu widzenia

¹⁷ Tak słusznie M. Borowicz, *Wykonywanie...*, op. cit., s. 183.

¹⁸ Poza art. 4 u.z.l.l.d. o obowiązku tym wspominają także art. 4 i 6 KEL, gwarantujące lekarzowi swobodę działań zawodowych, zawsze jednak tylko w granicach wyznaczonych przez aktualną wiedzę medyczną oraz rzeczywiste potrzeby pacjenta. Z opisanym obowiązkiem lekarza skorelowane jest prawo pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej przewidziane w art. 6 ust. 1 u.p.p.

¹⁹ Tak: B. Namysłowska-Gabrysiak, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza...*, op. cit., s. 91 i n.

²⁰ Standardy medyczne, ujmowane jako wskazówki, ścieżki, schematy, algorytmy postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, obejmują wskazania odnośnie do: (a) metod diagnostycznych (zalecenia co do rodzaju badań, częstości ich wykonywania), (b) metod leczniczych (zalecenia stosowania leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym interwencji chirurgicznych), (c) metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne), (d) kontroli procesu leczenia (badania kontrolne). Standardy mogą też dotyczyć wyposażenia placówki medycznej i kontroli jego stanu technicznego. Zob. szerzej na ten temat: M. Boratyńska, *Miejsce standardów lekarskich w systemie prawa medycznego – teoria i praktyka*, [w:] A. Górski, M. Grassmann, E. Sarnacka (red.), *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019, Warszawa 2020, s. 3 i n.

zostanie ocenione jako prawidłowe. Standardy medyczne mają różny charakter prawny w zależności od podstawy prawnej ich wydania i miejsca ich publikacji²¹. Źródłem aktualnego stanu wiedzy pozostaje także literatura profesjonalna, w tym prace naukowe publikowane w renomowanych czasopiśmiech.

Pojęcie aktualnej wiedzy medycznej pozostaje terminem nieostrym, co pozwala na szerszą ocenę działania lekarza pod kątem zgodności ze wskazaniami aktualnej wiedzy²².

Zasada wykonywania zawodu zgodnie z aktualnymi wskazaniami wiedzy ma znaczenie przy ocenie zbędności zabiegu leczniczego. Wykonanie zabiegu zbędnego może być kwalifikowane jako naruszenie obowiązku stosowania aktualnej wiedzy medycznej w odniesieniu do konkretnego pacjenta, a w konsekwencji stanowić naruszenie art. 4 u.z.l.l.d.²³ Czynność lecznicza zbędna stanowi przejaw winy lekarza²⁴.

Pomimo że wzorzec staranności może być określony jako zdepersonalizowany, w relacjach uregulowanych przez prawo medyczne wielokrotnie sięga się w doktrynie²⁵ i orzecznictwie²⁶ do wzorców typu zawodowego, przykładowo właśnie staranności dobrego lekarza. Odwołanie

²¹ Szczególny charakter mają standardy dotyczące postępowania w sprawie ustalania tzw. śmierci mózgowej, wydane na podstawie art. 43a u.z.l. Standardy medyczne mogą być też określane wprost w drodze administracyjnej przez ministra właściwego do spraw zdrowia (np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. poz. 1756, które obowiązuje od 1.01.2019 r).

²² Zob. M. Kopeć [w:] idem (red.), *Ustawa o zawodach...*, op. cit., s. 42.

²³ M. Boratynska, *Zabieg leczniczy (oczymiście) zbędny*, „PiM” 2/2014, s. 94.

²⁴ Co najmniej niedołożenia należytej staranności, choć częściej rażącego niedbalstwa – zob. M. Nestorowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 211.

²⁵ Zob. M. Sośniak, *Elementy zawodowe w odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Palestra” 8–9/1964, s. 5 i n.; I. Wrześniewska-Wal, *Standardy wykonywania zawodu lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, [w:] A. Górski, M. Grossmann, E. Sarnacka (red.), *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019, s. 112; W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2004, s. 331 oraz Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2012, s. 206.

²⁶ Zob. wyroki SO w Lublinie z 25.03.2014 r., I C 618/11, Lex nr 1845488; SO w Słupsku z 30.06.2015 r. I C 281/11, Lex nr 1839474; SO w Łodzi z 23.08.2015 r., II C 1565/14, Lex nr 1917472; SA w Poznaniu z 7.12.2018 r., I ACa 189/18, Lex nr 2637779.

się do standardu postępowania modelowego lekarza²⁷ pozwala bowiem na zrelatywizowanie obiektywnego wzorca należytej staranności tego podmiotu²⁸. Następuje to poprzez osadzenie go w kontekstach: faktycznym, prawnym, ekonomicznym i społecznym. Podkreślić należy, że także w ramach określonej grupy podmiotów²⁹, np. lekarzy ginekologów, wzorzec typu zawodowego będzie podlegał każdorazowo dalszej konkretyzacji, ze względu na istniejące w ramach danej grupy zawodowej zróżnicowanie wiedzy, umiejętności czy doświadczenia. Nie wyklucza to jednak możliwości, a wręcz powinności stawiania wymogu staranności wynikającej z wzorca typu zawodowego konstruowanego na tle stosunków danego rodzaju – wobec lekarza adepta³⁰. Wiedza pacjenta o braku doświadczenia danego przedstawiciela zawodu medycznego (np. tego, że jest on młodym lekarzem) nie wpływa przy tym na zakres staranności wymaganej od tego ostatniego podmiotu.

Relatywizacja obiektywnego wzorca postępowania nie może jednak prowadzić do uchylania jego obowiązywania w przypadku podejmowania przez lekarza działań medycznych znajdujących się poza jego kwalifikacjami. Jak trafnie przyjął SN w postanowieniu z 26.05.2021 r.³¹, naruszenie zasad deontologii zawodowej przez lekarza czy lekarza dentystę może nastąpić nie tylko w związku udzielaniem świadczenia zdrowotnego, rozumianego zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., lecz również w związku z innymi aktywnościami uznanymi przez ustawodawcę za „wykonywanie zawodu lekarza”. Przy tym zaistnienie podobnej sytuacji jest trudne do wyobrażenia w warunkach zatrudnienia lekarza na podstawie umowy o pracę, gdzie pozostaje on zobligowany

²⁷ Zob. w kwestii znaczenia pojęcia modelowego zachowania lekarza: wyrok SN z 21.10.2021 r., I KK 65/21, Lex nr 3335534.

²⁸ Wymagania stawiane lekarzowi są zawsze pochodną oczekiwań stawianych jego grupie zawodowej – te zaś, z uwagi na swój profesjonalny charakter, są ustalane na podstawie zobiektywizowanych kryteriów; tak: A. Girdwojń, *Należyta...*, op. cit., s. 178.

²⁹ Tak: W. Borysiak, *Kilka uwag...*, op. cit., s. 48.

³⁰ M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968, s. 107.

³¹ I KK 23/21, Lex nr 3229514, z głosem Z.B. Gądzik, „Ius Novum” 4/2022, s. 177.

do udzielania świadczeń zdrowotnych. Ich granicę wyznaczają bowiem posiadane kwalifikacje.

Lekarz ma obowiązek wykonywania zawodu dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Rolą tego zastrzeżenia jest stworzenie podstawy do zwolnienia lekarza od ewentualnej odpowiedzialności za niepowodzenie w leczeniu w sytuacji, gdy zastosował środki lub metody leczenia dostępne mu i zgodne z wymaganiami wiedzy medycznej, choć nie najskuteczniejsze. Przepis ten nie powinien natomiast być interpretowany jako usprawiedliwiający stosowanie przez lekarza metod lub środków uznanych w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej za przestarzałe, nieskuteczne, nawet jeżeli kiedyś uważano je za dopuszczalne. Wyklucza się też stosowanie metod i środków starych oraz nierokujących lub gorzej rokujących, jeżeli powszechnie są zastępowane innymi metodami leczenia³². Lekarz musi bowiem zawsze działać co najmniej zgodnie z minimalnymi wymogami wynikającymi z aktualnego stanu wiedzy medycznej.

W kontekście prowadzonych rozważań znaczenia nabiera kwestia dostępności – z ekonomicznego punktu widzenia – zastosowanych metod i środków. Dotyczy to świadczeń gwarantowanych³³, w odniesieniu do których brak w ich dostępności może być związany z tym, że podmiot leczniczy nie zakontraktował w ogóle świadczenia danego rodzaju lub zakontraktował je w niewystarczającej ilości. Faktyczna niedostępność określonych metod czy środków może w praktyce prowadzić lekarzy np. do powstrzymywania się od kierowania pacjentów na potrzebne badania (USG, RTG), ograniczania ich zakresu lub kierowania ich dopiero podczas kolejnej wizyty. Zaniechanie wykonania koniecznych badań diagnostycznych albo ograniczenie ich zakresu, podyktowane często dyscypliną finansów, prowadzić może do powstania powikłań zdrowotnych po stronie pacjenta – stanowiąc jednocześnie źródło

³² Tak SN w wyroku z 28.10.1983 r., II CR 358/83, „OSP” 9/1984, poz. 187.

³³ W rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146); dalej jako: u.ś.o.z.

potencjalnej odpowiedzialności lekarza. Na uwagę zasługuje wyrok SN z 20.03.2002 r.³⁴, w którym za błąd diagnostyczny uznano stwierdzenie nieistniejącej ciąży, wyłącznie na podstawie badania ultrasonograficznego (USG), które w ocenie powołanych w sprawie biegłych mogło mieć jedynie charakter pomocniczy. Postawienie błędnej diagnozy, w wyniku popełnionych błędów, w zakresie istnienia, a następnie nieistnienia ciąży, doprowadziło do cierpień psychicznych pacjentki.

Podstawa ekonomiczna nie może jednak usprawiedliwiać braku udzielenia pomocy lekarskiej przez lekarza w sytuacjach nagłych, o których mowa w art. 30 u.z.l.l.d³⁵ oraz art. 15 u.d.z.l., a także w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³⁶. Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a także do uzyskania takiego świadczenia w przypadku porodu jest ponadto zagwarantowane w art. 7 u.p.p. W efekcie odmowa przyjęcia do porodu rodzącej pacjentki (z uwagi na brak miejsc), przy jednoczesnym braku zapewnienia jej fachowej opieki w drodze do innego szpitala (w związku z dostępnością karetki tylko w określonych godzinach), stanowi przejaw decyzji obciążonej wysokim ryzykiem porodu bez wykwalifikowanej pomocy medycznej³⁷. W tych okolicznościach Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie³⁸ uznał lekarza dyżurnego winnym przewinienia zawodowego, polegającego na niezapewnieniu bezpieczeństwa porodu, z zachowaniem zasad wiedzy medycznej.

SN w wyroku z 13.07.2005 r.³⁹ wyraźnie podkreślił, że w umowie między Kasą Chorych (Narodowym Funduszem Zdrowia) a świadczeniodawcą

³⁴ V CKN 909/00, „PS” 4/2003, s. 141, z głosem K. Bączyk.

³⁵ Chodzi o przypadki, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

³⁶ T.j. Dz.U. z 2024 poz. 652; dalej jako u.PRM.

³⁷ M. Boratyńska, *Opieka okołoporodowa*, [w:] eadem, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 439.

³⁸ Sygn. OSL 4/01.

³⁹ I CK 18/05; „OSP” 6/2006 poz. 70 z głosem M. Nesterowicza [w:] idem (red.), *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 582 i n.

zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia, jeżeli strony umowy nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń. SN potwierdził też⁴⁰ obowiązek ponoszenia kosztów leczenia osób nieubezpieczonych przez NFZ udzielonego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia⁴¹.

Stan zagrożenia życia lub zdrowia i związany z tym obowiązek udzielenia przez lekarza pomocy lekarskiej – w sytuacjach nagłych – stanowi wreszcie okoliczność, która uzasadniać może odstąpienie od wykonywania poleceń pracodawcy w zakresie dotyczącym organizacji czasu i miejsca pracy. W sytuacjach wątpliwych polecenie pracodawcy nie może bowiem prowadzić do naruszenia wynikającego z prawa nakazu podejmowania czynności zawodowych. Obowiązek pozostawania w gabinecie lekarskim (w przychodni zdrowia) – a więc w miejscu i godzinach pracy wskazanych przez pracodawcę – nie może być uznany za przyczynę zwalniania lekarza z obowiązku udzielenia pomocy osobie znajdującej się przed budynkiem przychodni, jeżeli ta pozostaje w sytuacji zagrażającej jej życiu lub zdrowiu⁴².

Pojęcie obowiązku wykonywania zawodu dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób rozważyć należy także w kontekście rodzaju i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, niezależnie od źródła ich finansowania. Sprzyja to możliwości podjęcia świadomej decyzji przez pacjenta w przedmiocie udzielonego

⁴⁰ Wyrok SN z 8.08.2007 r., I CSK 125/07, Lex nr 333609.

⁴¹ Oznacza to, że lekarz (podmiot leczniczy) ma zawsze obowiązek udzielić świadczenia zdrowotnego w opisanych sytuacjach, a NFZ ma obowiązek za te świadczenia zapłacić, niezależnie od treści umów i limitów. W przeciwnym bowiem przypadku oznaczałoby to przerzucenie ryzyka pokrycia kosztów związanych z obligatoryjnym udzieleniem każdemu świadczenia zdrowotnego w sytuacjach nagłych z państwa na podmiot leczniczy będący świadczeniodawcą.

⁴² Przypadek ten ilustruje zdarzenie, do jakiego 29.10.2021 r. doszło w Swarzędzu pod budynkiem przychodni, przed którą najpierw zasnęła, a później zmarł mężczyzna. Wezwani z przychodni lekarze i pielęgniarki odmówili pomocy, uzasadniając to brakiem możliwości opuszczenia stanowiska pracy. Zob. na ten temat <https://gloswielkopolski.pl/50letni-wielkopolanin-zmarl-przed-przychodnia-w-swarzedzu-nikt-z-gapiow-nie-udzielil-mu-pomocy-chociaz-byla-tam-lekarka-i/ar/c14-15887033>.

mu świadczenia zdrowotnego. W stosunku do pacjenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym lekarz ma nie tylko powinność zaproponowania sposobu postępowania diagnostycznego lub leczniczego wchodzącego w zakres świadczeń zdrowotnych gwarantowanych, czyli finansowanych ze środków publicznych (art. 5 pkt 35 u.ś.o.z.). Pozostaje on wręcz zobowiązany do przedstawienia zalet i ewentualnych wad innych, równie lub bardziej skutecznych metod lub środków diagnostyki czy leczenia w celu umożliwienia pacjentowi dokonania świadomego wyboru postępowania lekarskiego, nawet jeśli byłoby prowadzone, częściowo lub całkowicie, na jego koszt. Względy ekonomiczne nie mogą więc wyznaczać jedyne kryterium zaproponowanych pacjentowi metod postępowania diagnostycznego czy leczniczego, nawet jeśli zatrudniony w podmiocie leczniczym lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych pozostaje związany limitami wydatków. W wyroku z 22.08.2003 r.⁴³ SN przyjął, że sugerowanie pacjentowi przebywającemu w szpitalu konieczności zakupu na własny koszt leku, zachęcanie go do tego, a nawet naklanianie w powiązaniu z sytuacją istniejącą w publicznej służbie zdrowia (placówkach szpitalnych) nie może być oceniane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych przez lekarza zatrudnionego w szpitalu, jeżeli zastosowanie tego lekarstwa było faktycznie usprawiedliwione zdiagnozowanymi dolegliwościami i optymalną metodą leczenia.

Po drugie, swoistą emanacją realizacji należytej staranności lekarza w wykonywaniu przez niego wolnego zawodu jest respektowanie podstawowych zasad związanych z jego wykonywaniem, a przewidzianych przez ustawę (m.in. w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego, obowiązku uzyskania zgody pacjenta na przeprowadzenie badań; braku konieczności uzyskania zgody na badanie i świadczenie zdrowotne; poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta; dopuszczalności odmowy leczenia czy odstąpienia od leczenia; zachowania tajemnicy lekarskiej, prowadzenia dokumentacji medycznej). W kontekście przewidzianego w art. 31 u.z.l.l.d. obowiązku informacyjnego wobec pacjenta

⁴³ Zob. wyrok SN z 22.08.2003 r., I PK 638/02, LEX nr 84497.

na uwagę zasługuje uprawnienie lekarza do skorzystania ze wskazanego w art. 31 ust. 4 u.z.l.l.d. „przywileju terapeutycznego”. Przepis ten umożliwia lekarzowi ograniczenie zakresu przekazywanej informacji w sytuacji, w której rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, a według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta ma on jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Oznacza to, że w tej wyjątkowej sytuacji o zakresie udzielonej informacji przesądza w pierwszym rzędzie ocena zawodowa lekarza i w dalszej kolejności wola pacjenta. Pracodawca nie może ingerować za pomocą poleceń w sferę swobody wypowiedzi zawodowej, nakazując lekarzowi przekazanie pełnej informacji o stanie zdrowia, w sytuacji niepomyślnych rokowań⁴⁴.

Interesujący przypadek stanowi art. 38 u.z.l.l.d., odnoszący się do warunków odmowy lub odstąpienia od leczenia. Naturalnie odmowa leczenia jest niedopuszczalna w sytuacji, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (por. art. 30 u.z.l.l.d.). Obowiązek leczenia w takich przypadkach dotyczy wszystkich lekarzy, niezależnie od formy wykonywania zawodu, i odnosi się zarówno do jego podjęcia, jak i kontynuacji.

Wspomniana regulacja istotnie różnicuje jednak warunki skuteczności tej odmowy w przypadku lekarza wykonującego swój zawód na podstawie stosunku pracy czy służby od sytuacji lekarzy wykonujących zawód na innej podstawie (np. na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej). Zgodnie z art. 38 ust. 3 u.z.l.l.d. taki lekarz może odmówić podjęcia się leczenia i od niego odstąpić tylko z ważnych powodów oraz za zgodą swojego przełożonego. Z brzmienia tej regulacji można by wnioskować *a contrario*, że inny lekarz może

⁴⁴ Tak: J. Borowicz, *Wykonywanie...*, op. cit., s. 364.

to uczynić w każdej sytuacji, bez żadnych ograniczeń. Interpretacja taka pozostaje jednak nieuprawniona. W każdych okolicznościach odmowa lub odstąpienie od leczenia wymagać będzie zaistnienia ważnych powodów.

W wielu przypadkach jednak polegać mogą one na zamiarze uwzględnienia przez lekarza pozostającego w stosunku pracy czynnika ekonomicznego wskazanego przez pracodawcę (limitu zakontraktowanych z NFZ świadczeń zdrowotnych). Wówczas dla skuteczności odmowy (odstąpienia) od leczenia wymagana będzie zgoda przełożonego. Jak słusznie wskazał SN w wyroku z 11.12.2002 r.⁴⁵, odmowa przez lekarza wykonania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zabiegu operacyjnego, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją tego lekarza, a wymaga istnienia poważnych powodów stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej.

Jak podkreśla się w doktrynie⁴⁶, wiele argumentów przemawia za tym, że art. 38 u.z.l.l.d. należy interpretować przez pryzmat art. 7 KEL. Tym bardziej że zgodnie z art. 7 KEL lekarz może nie podjąć się leczenia chorego lub od niego odstąpić w szczególnie uzasadnionych wypadkach, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Do powodów uzasadniających potencjalną odmowę podjęcia lub kontynuowania leczenia zaliczyć można⁴⁷ zarówno przyczyny leżące po stronie pacjenta⁴⁸, jak i lekarza⁴⁹. Odmowa leczenia może być też uzasadniona zachowaniem się osób trzecich⁵⁰. Przyczyny te mogą leżeć również po obydwu stronach relacji

⁴⁵ I CKN 1386/00, LEX nr LEX nr 75348.

⁴⁶ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Komentarz*, Warszawa 2022, s. 869–879.

⁴⁷ Zob. szerzej A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa 1993, s. 75.

⁴⁸ Dotyczy to np. sytuacji obraźliwego zachowania pacjenta wobec lekarza, chronicznego niestosowania się do zaleceń lekarza, które niweczy proces leczenia, złośliwego uchylania się od uiszczenia umówionego honorarium.

⁴⁹ Na przykład jego stan wyczerpania, zmęczenie, dramatyczna sytuacja życiowa, w jakiej znalazł się on sam lub osoba mu bliska, zmiana miejsca zamieszkania.

⁵⁰ Na przykład agresją okazywaną lekarzowi przez rodzinę pacjenta.

lekarz – pacjent i wynikać np. z utraty wzajemnego zaufania wskutek konfliktu. Wreszcie uzasadnionym powodem odstąpienia od kontynuacji leczenia może być też przekonanie lekarza, że posiadana przez niego wiedza i umiejętności nie są wystarczające do zapewnienia pacjentowi skutecznej pomocy lekarskiej albo że biorąc pod uwagę stan pacjenta, wyczerpał już wszystkie dostępne mu możliwości lecznicze. Lekarz nie może natomiast odmówić podjęcia się leczenia z powodu zagrożenia zdrowotnego, którego źródłem jest stan zdrowia pacjenta⁵¹.

Wreszcie, przewidziana w art. 37 u.z.l.l.d., powinność zasięgnięcia w razie wątpliwości opinii lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego uznana być może za jedną z naczelnych zasad prawa medycznego. Regulacja ta przeciwdziałać powinna ryzyku przekraczania kwalifikacji zawodowych lub udzielania świadczenia zdrowotnego bez odpowiedniej wiedzy lub umiejętności. Harmonizuje ona zresztą z art. 10 KEL, który ustanawia zasadę nieprzekraczania kompetencji zawodowych.

Istotną rolę przypisać należy także obowiązkowi dochowania zawodowej sumiennosci, którego kluczowym przejawem jest respektowanie wymogu powinności przestrzegania zasad etyki zawodowej, wyrażanego wprost w art. 4 u.z.l.l.d.

Zadośćuczynienie powinności sumiennego wykonywania zawodu realizuje się w szczególności poprzez wykonywanie obowiązków⁵²: przestrzegania etyki zawodowej i ogólnej, zachowania tajemnicy zawodowej, bezstronności i obiektywizmu zawodowego, w szczególności powstrzymywania się od wykonywania czynności zawodowych w sytuacji możliwego konfliktu interesów; dbałości o interesy świadczeniobiorcy w sytuacji niemożności świadczenia na jego rzecz usługi zawodowej lub zaprzestania jej świadczenia.

⁵¹ Problem ten w praktyce pojawiał się w związku z odmową przyjmowania przez lekarzy pacjentów, o których wiadomo, że są nosicielami wirusa HIV. Odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego takiej osobie przez lekarza praktykującego indywidualnie nie można uznać za uzasadnioną. Lekarz z racji wykonywanego zawodu powinien wiedzieć, jak się przed zakażeniem zabezpieczyć, i mieć w swojej dyspozycji odpowiednie środki ochronne. Odmiennie można oceniać sytuację, gdy np. podmiot leczniczy nie zapewnia zatrudnionym w nim lekarzom lateksowych rękawic, masek lub okularów ochronnych.

⁵² Podobnie W. Borowicz, *Wykonywanie...*, op. cit., s. 184–185.

Artykuł 6 KEL wyraża swobodę wyboru metod postępowania, przy jednoczesnym ograniczeniu czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Wyklucza to więc realizację sugestii zastosowanej procedury medycznej w oparciu jedynie o kryterium jej wyceny (np. wydłużenie czasu hospitalizacji, pozwalające na zakwalifikowanie procedury medycznej jako wyżej płatnej).

W odniesieniu do norm postępowania lekarza wobec pacjenta na szczególną uwagę zasługuje, wskazany w art. 8 KEL, element poświęconego czasu. Pozostaje on nierozdzielnie złączony z zachowaniem należytej staranności przy udzielaniu świadczeń⁵³. Kwestia ta wyraźnie podkreślona została w orzeczeniu OSL w Warszawie z 4.07.2019 r.⁵⁴, w którym przyjęto, że lekarz nie może pozbawiać opieki chorych u kresu życia, a jego obowiązkiem jest poświęcić pacjentowi czas, zbadać pacjenta i ulżyć jego cierpieniom. W miarę możliwości chory powinien umierać wolny od cierpień, w spokoju i w otoczeniu bliskich mu osób. Jednocześnie wyznaczane często przez pracodawcę limity czasowe, z uwzględnieniem których udzielane powinny być świadczenia zdrowotne, istotnie utrudniają należyte spełnienie tego kryterium.

Z kolei art. 10 KEL⁵⁵ formułuje zakaz wykraczania poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich. W efekcie podejmowanie czynności jedynie w zakresie swoich kwalifikacji może być w tym kontekście uznane za jedną z zasad etycznego wykonywania zawodów medycznych⁵⁶.

⁵³ Należyta staranność obejmuje również łagodzenie cierpienia chorych i utrzymywanie w miarę możliwości jakości kończącego się życia, poświęcając takim chorym niezbędny czas. KEL wymienia dwa aspekty właściwej relacji lekarza do pacjenta: ogólnie pojęta staranność czynności lekarza oraz poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu.

⁵⁴ OSL 630.52/18.

⁵⁵ „Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich”. Ustęp 2 art. 10 KEL wskazuje natomiast, że jeżeli zakres czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi.

⁵⁶ W określonych przypadkach ustawodawca przewiduje konieczność posiadania szczególnych kwalifikacji przez podmioty dokonujące określonych czynności z zakresu medycyny. Okoliczności te wpływają na zakresy dla takich podmiotów wzorzec staranności.

Zasada niepodjęcia przez przedstawicieli zawodów medycznych czynności poza zakresem swoich kwalifikacji może być zresztą uznana za jedną z podstawowych zasad prawa medycznego. W sytuacji, w której podmiot wykonujący działalność leczniczą podejmie się osobistego wykonania zobowiązania, co do którego nie ma kwalifikacji zawodowych lub odpowiedniej wiedzy lub umiejętności, nawet samo maksymalne natężenie jego uwagi nie wystarczy do zwolnienia go z odpowiedzialności.

Granice obowiązywania standardu należytej staranności lekarza

Nalożenie na przedstawicieli zawodów medycznych obowiązku dochowania należytej staranności w połączeniu z brzmieniem art. 355 k.c. oznacza, że ten sam standard obowiązuje w zakresie relacji z pacjentem i przy wykonywaniu wszystkich czynności na jego rzecz. Obejmuje on wszelkie zachowania lekarza we wszystkich przejawach kontaktu z pacjentem i na każdym etapie leczenia⁵⁷. Staranność jest zatem wymagana zarówno przy przeprowadzaniu wywiadu i badań diagnostycznych zmierzających do rozpoznania, jak i przy stosowaniu terapii, udzielaniu świadczeń z zakresu profilaktyki medycznej oraz rehabilitacji. W judykaturze⁵⁸ podkreśla się, że obowiązek działania z należyłą starannością dotyczy także pozabiegowej (pooperacyjnej) opieki nad pacjentem.

Rodzi to na płaszczyźnie prawa medycznego różnorakie konsekwencje. Przede wszystkim na wymagany od lekarza poziom staranności nie wpływa to, czy odpłatność za dane świadczenie jest dokonywana w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, czy też nie. Ten sam poziom należytej staranności obowiązywać też będzie dany podmiot zarówno wówczas, gdy dokonywać on będzie czynności zgodnej z prawem, jak

⁵⁷ Tak: K. Bączyk-Rozwadowska, [w:] E. Bagińska (red.), *System Prawa Medycznego...*, t. 5, s. 247.

⁵⁸ SN w wyroku z 18.01.2013 r. (IV CSK 431/12; Lex nr 1275006) przyjął, że obowiązki lekarza nie kończą się z chwilą dokonania zabiegu; pacjent wymaga bowiem odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego, koniecznego zwłaszcza wówczas, gdy podczas operacji pojawiły się komplikacje. Szpital ponosi zatem odpowiedzialność za lekarza, jeżeli podjęcie dalszych czynności medycznych pozwoliłoby uniknąć szkody, a przynajmniej zmniejszyć jej rozmiar.

i wówczas, gdy w danej sytuacji jego zachowanie będzie *ex ante* bezprawne (np. spełniać będzie na rzecz pacjenta świadczenie zdrowotne bez uzyskania jego uświadomionej zgody lub dokonywać będzie zabiegu przerwania ciąży mimo braku przesłanek prawnych do dokonania go). W konsekwencji ten sam standard dotyczyć będzie zarówno stosunków prawnych, w których istnieje już pomiędzy pacjentem a podmiotem udzielającym mu świadczeń zdrowotnych stosunek umowny, jak też tych, których źródłem jest czyn niedozwolony.

Podsumowanie

Istotą zawodu lekarza jest to, aby był on wykonywany w sposób niezależny w wymiarze merytorycznym, wyłącznie na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i zawodowego doświadczenia oraz w granicach obowiązującego prawa i zasad etyki lekarskiej. W efekcie wzorzec starannego i sumiennego postępowania lekarza, ustalony przez przepisy prawa, zasady etyki i deontologii⁵⁹, należy uznać za stały i nienaruszalny niezależnie od formy, w jakiej wykonywany jest zawód lekarza (na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej czy w formie indywidualnej praktyki lekarskiej).

Co do zasady wykonywanie zawodu lekarza w ramach stosunku pracy nie prowadzi więc do zanegowania cech zawodu takich jak samodzielność i niezależność intelektualna. Jednocześnie specyfika wykonywania zawodu w warunkach podporządkowania pracownika pracodawcy skutkować może ograniczeniem pełnej swobody lekarza w aspekcie zwłaszcza miejsca i czasu wykonywania zawodu (pod kierownictwem pracodawcy oraz w miejscu i czasie przezeń wyznaczonym). Limitem jej ograniczeń, wynikających z pracowniczego podporządkowania, zwłaszcza w aspekcie kierowania procesem pracy pracownika, są takie ich formy i sposoby, które nie niweczą wolnego charakteru zawodu⁶⁰.

⁵⁹ Por. W. Borysiak, L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 200 i n.

⁶⁰ Tak też: J. Borowicz, *Wykonywanie...*, s. 20.

Bibliografia

- Bagińska E. (red.), *System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prywatnoprawna*, t. 5, Warszawa 2021.
- Boratyńska M., *Zabieg leczniczy (oczymaście) zbędny*, „Prawo i Medycyna” 2/2014.
- Boratyńska M., Konieczniak P. (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.
- Borowicz J., *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020; <http://doi.org/10.34616/23.20.025>.
- Borysiak W., *Kilka uwag o pojęciu należytej staranności w stosunkach regulowanych przez prawo medyczne*, „Studia Prawa Prywatnego” 3/2020.
- Bosek L. (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2004.
- Gądzik Z.B., *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 26 maja 2021 r., I KK 23/21*, „Ius Novum” 4/2022.
- Girdwoyń A., *Należyta staranność lekarza*, Warszawa 2024.
- Glanowski G., *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Kraków 2019.
- Gniewek E., Machnikowski P. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2017.
- Górski A., Grossmann M., Sarnacka E. (red.), *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019.
- Gubiński A., *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa 1993.
- Kopeć M. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Nesterowicz M. (red.), *Prawo medyczne. Komentarz i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Nesterowicz M. (red.), *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2012.
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968.

Sośniak M., *Elementy zawodowe w odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Palestra” 8–9/1964.

Sośniak M., *Należyta staranność*, Katowice 1980.

Śmigielski F., *Glosa do wyr. SN z 10.II.2010 r., V CSK 287/09*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 10/2012.

Zielińska E. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2022.

Summary

Employer's orders and due diligence of a doctor practicing his profession under an employment relationship (part II)

One of the acceptable forms in which the medical profession may be practiced is within the framework of an employment relationship. Often, this may lead to a conflict between the employer's order and the statutory directives that every doctor should follow when undertaking professional activity. Their source may be the employer's orders, usually appearing against the background of the economic profit and loss account. The key to solving this problem is to establish a desired pattern of conduct that significantly limits the scope of duties of a doctor under an employment relationship, in conditions of the employee's subordination to the employer. Proper reconstruction of the pattern allows us to come closer to answering the question whether the provision of health services in the manner desired by the employer does not lead to its violation. In effect, the aim is to counteract the potential risk of a doctor exposing himself to professional, civil or criminal liability.

Keywords: medical doctor due diligence, employer's order