

OBOWIĄZEK UDZIELENIA POMOCY LEKARSKIEJ A PRAWO PRACOWNIKA DO POWSTRZYMANIA SIĘ OD WYKONYWANIA PRACY W WARUNKACH NIEODPOWIADAJĄCYCH PRZEPISOM BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY ORAZ BRAKU ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ – DYLEMATY W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

THE OBLIGATION TO PROVIDE MEDICAL ASSISTANCE, AND THE EMPLOYEE'S RIGHT TO REFRAIN FROM PERFORMING WORK IN CONDITIONS NOT COMPLYING WITH OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY REGULATIONS AND LACKING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT – DILEMMAS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

Dorota Karkowska^{1,2}, Romuald Krajewski³, Tomasz Adam Karkowski⁴

¹ Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum / Jagiellonian University, Collegium Medicum, Kraków, Poland

² Kancelaria Radców Prawnych, sp. p. w Warszawie / Law Firm of Attorney-at-Law in Warsaw, Warsaw, Poland

³ Uniwersytet Rzeszowski / University of Rzeszów, Rzeszów, Poland
Kolegium Nauk Medycznych / College of Medical Sciences

⁴ Uniwersytet Łódzki / University of Lodz, Łódź, Poland
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Logistyki i Innowacji / Faculty of Economics and Sociology,
Department of Logistics and Innovation

STRESZCZENIE

Wstęp: Wraz z pojawieniem się w Polsce nadzwyczajnej sytuacji związanej ze stanem pandemii COVID-19 w debacie publicznej powróciło pytanie, czy w warunkach naruszających bezpieczeństwo i higienę pracy oraz przy braku środków ochrony osobistej personel medyczny ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy. Główny Inspektor Pracy jednoznacznie wskazał, że powstrzymanie się od pracy nie dotyczy pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie ludzkiego życia lub mienia. Celem tego artykułu była analiza przesłanek art. 210 Kodeksu pracy w kontekście przepisów prawa medycznego i zasad etyki zawodowej, a także dostarczenie doktrynie bodźca do badań nad niełatwym kompleksem problemów. **Materiał i metody:** Wykorzystano metodę analizy obowiązujących przepisów prawa pracy i prawa medycznego. Przeanalizowano orzecznictwo Sądu Najwyższego i poglądy doktryny. **Wyniki:** Pracowniczym obowiązkiem lekarza i pielęgniarki jest zawsze obowiązek „ratowania” i „w zakresie” tego obowiązku personel medyczny, w odróżnieniu od „ogółu zatrudnionych”, nie ma odnośnego prawa powstrzymania się od wykonywania pracy w kontekście zasad wykonywania zawodu lekarza przewidujących wyjątek, tj. niepodjęcie lub odstąpienie przez lekarza od leczenia pacjenta z ważnych powodów, gdy nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki. **Wnioski:** Punkt wyjścia stanowi więc rozróżnienie przepisów Kodeksu pracy o charakterze generalnym *legis generalis* i przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty jako przepisów szczególnych *legis specialis*. Zatrudniony lekarz nie może godzić się na wykonywanie zawodu w warunkach narażających pacjentów na szkody. Zaprzestanie pracy przez lekarza podlega ograniczeniom. Med. Pr. 2021;72(6):661–669

Słowa kluczowe: COVID-19, lekarz, odmowa leczenia, status zatrudnienia, bezpieczeństwo, środki ochrony osobistej

ABSTRACT

Background: With the emergence of an extraordinary situation in Poland related to the state of the COVID-19 epidemic, the question returned in the public debate whether in conditions that violate occupational health and safety, lack personal protective equipment the medical staff has the right to refrain from performing work. The National Labor Inspector clearly indicated that refraining from work does not apply to an employee whose employee's duty is to save lives or property. The aim of the article is to analyze the premises of art. 210 of the Labor Code in the context of medical law and professional ethics and to provide the doctrine with an incentive to research on the difficult issue. **Material and Methods:** It uses the method of analyzing the current provisions of labor law and medical law. The jurisprudence of the Supreme Court and the views of the doctrine were analyzed. **Results:** The employee duty of a doctor and a nurse is always the obligation to “rescue” and “within” this obligation, medical personnel, unlike “all employees,” do not have the relevant right to refrain. In the context of the rules of practicing the medical profession providing for an exception, i.e., the doctor's failure to take or withdraw from treatment of a patient for important reasons, in a situation where there is no urgent case. **Conclusions:** The starting point is, therefore, the distinction between the provisions of the Labor Code of a general character *legis generalis* and the provisions of the Act on the profession of doctor and dentist as specific provisions *legis specialis*. An employed doctor cannot agree to practice in conditions that expose patients to harm. Refraining from work by a doctor as an employee by referring is subject to limitations. Med Pr. 2021;72(6):661–9

Key words: COVID-19, doctor, refusal of treatment, employment status, safety, personal protective equipment

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Dorota Karkowska, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, e-mail: dorota.karkowska@uj.edu.pl
Nadesłano: 15 lipca 2021, zatwierdzono: 31 sierpnia 2021

WSTĘP

Inspiracją do napisania niniejszego artykułu stała się publiczna wymiana stanowisk pomiędzy Rzecznikiem Praw Obywatelskich (RPO), Głównym Inspektorem Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) oraz adwokatami z Sekcji Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Okręgowej Rady Adwokackiej (ORA) w Warszawie na temat praw osób wykonujących zawody medyczne do powstrzymania się od wykonywania pracy w związku z brakiem wystarczających środków ochrony osobistej w stanie pandemii COVID-19. W artykule przypomniano także oficjalne stanowisko rządu polskiego w zakresie powstrzymywania się od pracy personelu medycznego przedstawione przed Komitetem Niezależnych Ekspertów Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP).

Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził stanowisko, że w sytuacji, gdy pracodawca nie zapewnia odpowiednich środków ochrony indywidualnej pracownikom, o których mowa w art. 210 § 5 Kodeksu pracy (k.p.) [1], wydaje się, że przysługuje im prawo powstrzymania się od pracy: „Nie można bowiem w ramach wykonywania pracy wymagać od pracowników heroizmu, tj. świadomego, w przypadku braku indywidualnych środków ochrony, narażania swojego życia i zdrowia w imię ratowania zdrowia i życia innych osób” [2].

Rzecznik podkreślił, że zgodnie z art. 11 ust. 1 Ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [3] kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Zaniechanie realizacji tego obowiązku może rodzić odpowiedzialność karną z art. 165 § 1 pkt 1 Kodeksu karnego (sprowadzenie niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia wielu osób poprzez spowodowanie szerzenia się choroby zakaźnej) [4]. Z kolei po stronie personelu medycznego – udzielającego świadczeń zdrowotnych bez wymaganych indywidualnych środków ochrony – może się to wiązać z odpowiedzialnością za wykroczenie z art. 116 § 1 pkt 2 Kodeksu wykroczeń [5]. Odpowiedzialność tę ponoszą bowiem osoby, które wiedząc o tym, że stykają się z chorym na chorobę zakaźną, nie przestrzegają nakazów lub zakazów zawartych w przepisach o zapobieganiu tym chorobom

lub o ich zwalczaniu, a więc w tym przypadku nie stosują nakazu korzystania z indywidualnych środków ochrony [2].

Bardzo stanowcze stanowisko w niniejszej sprawie zajął Główny Inspektor PIP, który w przesłanej do RPO odpowiedzi napisał, że: „Immanentną częścią pracy personelu medycznego jest zagrożenie biologicznymi czynnikami środowiska pracy. To ryzyko zawodowe jest wpisane w zawód każdej osoby wykonującej zawód medyczny. [...] Sytuacja personelu medycznego jest w przypadku epidemii SARS-CoV-2 niezwykle trudna, ponieważ konstrukcja przepisu art. 210 k.p. przesądza również o tym, że powstrzymanie się od pracy nie dotyczy pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia. [...] Ocena faktycznego narażenia pracowników zakładów opieki zdrowotnej musi odbyć się w drodze kontroli, a za sprawy chorób zakaźnych i sprawy epidemiologiczne odpowiada Powiatowy i Wojewódzki Inspektor Sanitarny. Podstawowym źródłem regulacji w tym zakresie jest w Polsce ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU z 2019 r., poz. 1239 ze zm.). [...] W przypadku, gdy pracownicy placówek zdrowotnych podejmą decyzję o powstrzymaniu się od pracy z powodu zagrożenia życia i zdrowia, powołując się na art. 210 k.p. [1], pracodawca może zastosować wobec nich działania porządkowe (od kary upomnienia, nagany po rozwiązanie umowy o pracę), a brak zasadności ich zastosowania może być przedmiotem oceny tylko sądu pracy w procesie wytoczonym z powództwa ukaranych pracowników” [6].

Główny Inspektor PIP wskazał ponadto, że pracownicy medyczni stanowią szczególną grupę, ponieważ wykonują zawody zaufania publicznego, oraz przywołał w swej wypowiedzi stanowisko Sądu Najwyższego (SN) wyrażone w wyroku z 15 maja 2001 r. (sygn. II UKN 395/00): „Praca szpitalnego personelu medycznego odbywa się z natury rzeczy w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia czy nawet życia ludzkiego. Obowiązkiem pracowniczym tych osób jest ratowanie zdrowia lub życia pacjentów, więc personel lekarsko-pielęgniarski nie korzysta z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w zw. z art. 210 § 1 k.p.). Niejako w zamian musi na

szpitalu – jako na pracodawcy – spoczywać zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego” [6]. Jednocześnie zwrócono uwagę, że nie ma środków prawnych, które pozwoliłyby inspektorom pracy powstrzymać pracodawców przed krokami zmierzającymi do ukarania pracowników za powstrzymanie się od pracy z powodu pandemii koronawirusa.

Z kolei stanowisko adwokatów z Sekcji Prawa Medycznego i Farmaceutycznego ORA w Warszawie jest zbieżne ze stanowiskiem RPO. Wskazali oni, że „odmowa wykonywania pracy zarówno na podstawie stosunku pracy, jak i umowy cywilnoprawnej przez osoby wykonujące zawody medyczne jest dopuszczalna, gdy warunki pracy stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby wykonującej zawód medyczny poprzez naruszenie norm prawa lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracodawcę. [...] W aktualnym stanie wiedzy medycznej należy stwierdzić, że wysokie prawdopodobieństwo zakażenia wirusem SARS-CoV-2 może stanowić podstawę do odmowy wykonywania pracy przez osoby wykonujące zawody medyczne” [7].

W kontekście przywołanych wypowiedzi warto przypomnieć oficjalne stanowisko polskiego rządu z 2002 r., wyrażone przed Komitetem Niezależnych Ekspertów MOP w odpowiedzi na opinię pielęgniarskiej centrali związkowej, że w Polsce pracodawcy nie stosują „podstawowych zasad bhp” wobec pielęgniarki, a więc członka personelu medycznego. Rząd stwierdził wówczas, że pielęgniarki przysługują m.in. uprawnienie z art. 210 k.p. (w domyśle: § 1 i 2 tego artykułu) [8]. Rząd uznał zatem, że pracownik medyczny nie jest objęty klauzulą wyłączającą z art. 210 § 5 k.p.

W ocenie autorów niniejszego artykułu każde stanowisko zaprezentowane przez cytowane podmioty może być podważone w określonym zakresie. Każdy z nich wyraża się bowiem w sposób nadmiernie uogólniony, co powoduje zbytnią krańcowość ich poglądów.

Autorzy podjęli w niniejszej pracy próbę badania problemów wyłaniających się podczas analizy przepisu art. 210 § 1–4 k.p. w związku z § 5 w kontekście przepisów regulujących zasady wykonywania zawodu lekarza i możliwości wyprowadzenia pożądanej reguły postępowania personelu medycznego.

MATERIAŁ I METODY

Wykorzystano metodę analizy aktualnych przepisów prawa pracy i prawa medycznego w zakresie obowiązku

udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, w szczególności w zakresie ustawowych przesłanek niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta. W niniejszym artykule ustosunkowano się do wypowiedzi SN poświęconej znaczeniu art. 210 § 5 k.p., która jest obecnie często przytaczana w doktrynie prawa jako obowiązująca wykładnia analizowanego problemu, a tym samym stanowi praktyczną wskazówkę w zakresie oceny postaw lekarzy. W tym celu zebrano i rozważono wywody SN o tym przepisie oraz inne wypowiedzi SN na temat obowiązku zapewnienia pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Wykorzystano komentarze do przywołanych wyroków SN wyrażone w glosach, odniesienia do literatury oraz stanowiska doktryny i judykatury.

WYNIKI

Przy rozważaniu obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej i prawa pracownika do powstrzymania się od wykonywania pracy w warunkach nieodpowiadających przepisom bhp oraz braku środków ochrony osobistej należy wziąć pod uwagę następujące akty prawne: ustawę Kodeks pracy [1], ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (u.COVID) [9], ustawę o działalności leczniczej (u.dz.l.) [10], k.p., ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (u.z.l.) [11], Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) [12], ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym (u.p.r.m.) [13], Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej [14], Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (r.k.m.) [15], oraz ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.) [16].

Obowiązek podmiotu leczniczego jako podmiotu zatrudniającego lekarzy

Podmioty lecznicze w celu realizacji zadań związanych z wprowadzonym w Polsce stanem pandemii COVID-19 musiały dokonać wielu zmian w swoich strukturach organizacyjnych i dostosować je do wymagań sanitarnych umożliwiających świadczenie opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 lub

chorych na COVID-19 (art. 10 ust. 3 u.COVID) [9]. W tak przekształconych komórkach organizacyjnych diametralnie zmieniała się sytuacja personelu medycznego. Obowiązkiem podmiotów zatrudniających było i jest wypełnianie wielu przedmiotowych warunków pozwalających na ratowanie ludzkiego życia w okolicznościach spełniających wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i fachowe (art. 17 w zw. z art. 22 u.dz.l.) [10].

Zgodnie z art. 207 § 2 pkt 1 i 3 oraz art. 304 § 1 k.p. [1] podmiot leczniczy jako pracodawca ma obowiązek chronić zdrowie i życie przez zapewnienie bezpiecznych oraz higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Dotyczy to nie tylko lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ale także umowy cywilnoprawnej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład (art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. 1 u.dz.l.) [10].

Zgodnie z prezentowanym poglądem doktryny prawa pracy cytowany tu obowiązek pracodawcy należy interpretować bardzo szeroko – jako powinność stosowania się do wszelkich regulacji prawa pracy, które służą ochronie życia i zdrowia pracobiorców. W szczególności pracodawca jest obowiązany organizować pracę poprzez właściwą obsadę stanowisk i zapewnienie środków ochrony indywidualnej [17].

Podmiot leczniczy poprzez zatrudniony personel medyczny, w tym lekarzy, jest zobowiązany do udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ust. 1 u.dz.l.) [10]. Przepis art. 15 u.dz.l. jest umieszczony w Dziale I „Przepisy ogólne” i określa obowiązek względem każdego podmiotu leczniczego, bez względu na tytuł własności lub rodzaj działalności leczniczej.

Obowiązek ten ma charakter publicznoprawny w tym sensie, że żaden podmiot leczniczy nie może odmówić żadnemu pacjentowi realizacji jego prawa, jeżeli pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego. „Działania organizatorskie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które pozbawiają podmiot zdolności do realizacji tego prawa pacjenta przez niezapewnienie obsady personalnej mającej zdolność do natychmiastowego udzielenia świadczenia ratującego pacjentowi życie, została uznana za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta.”

Podkreślono, że „w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ważny jest czas, w jakim świadczenie medyczne zostanie udzielone. Stąd też ww. przepisy nakładają na podmioty lecznicze, lekarzy obowiązek udzielenia w takiej sytuacji natychmiastowej pomocy, a żadna okoliczność (wobec bezwzględności charakteru tych przepisów) nie może stanowić usprawiedliwienia dla niewywiązania się z tego obowiązku” [18].

Przesłanki powstrzymania się od wykonywania pracy w świetle art. 210 k.p.

Zgodnie z art. 210 k.p. pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy w 3 sytuacjach, po spełnieniu wskazanych przez ustawodawcę przesłanek.

Po pierwsze, ma to prawo, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bhp oraz jednocześnie stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pracownika [19]. Oznacza to, że w sytuacji, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bhp, ale nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracownika, nie ma on prawa powstrzymać się od wykonywania pracy. W analizowanym przepisie chodzi niewątpliwie o zagrożenie zewnętrzne, obiektywne, czyli realne [20]. Pracownik ma prawo powstrzymywania się od wykonywania pracy we wskazanym przez pracodawcę pomieszczeniu tylko wówczas, jeżeli warunki pracy nie odpowiadają przepisom bhp lub stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla jego zdrowia lub życia [19]. Powstrzymanie się od wykonywania pracy zagrażającej zdrowiu pracownika może w konkretnych okolicznościach sprawy stanowić przedmiot pracowniczego obowiązku dbałości o dobro pracodawcy (art. 100 § 2 pkt 4 k.p.) [21].

Po drugie, z prawa do powstrzymania się od wykonywania pracy może skorzystać także taki pracownik, którego praca stwarza bezpośrednie zagrożenie nie dla niego, ale dla innych osób (art. 210 § 1 k.p.) [1]. Mogą nimi być zarówno współpracownicy, jak i osoby trzecie. Przesłanki skorzystania z tego prawa są jednak łagodniejsze. Ustawodawca nie wymaga badania stanu zagrożenia w świetle przepisów bhp, a jedynie tego, aby praca wykonywana przez pracownika stwarzała bezpośrednie zagrożenie dla innych. W takim wypadku pracownik jest zarówno uprawniony, jak i zobowiązany. Podstawę prawną dla takiego obowiązku pracownika można wyprowadzić z art. 211 pkt 6 k.p. [1], który za podstawową powinność pracownika uważa m.in. obowiązek ostrzeżenia współpracowników, a także innych osób znajdujących się w regionie zagrożenia, o niebezpieczeństwie.

W 2 opisanych powyżej sytuacjach pracownik może ograniczyć się jedynie do zaprzestania wykonywania

czynności, ale jeśli to nie usunie zagrożenia, może oddalić się z miejsca zagrożenia, zawiadamiając o tym przełożonego (art. 210 § 2 k.p.) [1,22]. „Oddalenie się pracownika z miejsca zagrożenia” nie jest jednoznaczne z „opuszczeniem pracy” [23]. Jeżeli pracownik miał prawo do powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia, to nie może z tego tytułu ponosić żadnych niekorzystnych konsekwencji (art. 210 § 2¹ k.p.) oraz zachowuje prawo do wynagrodzenia za ten czas (art. 210 § 3 k.p.) [1].

Po trzecie, odrębnym zagadnieniem jest sytuacja, w której pracownikowi, po uprzednim zawiadomieniu przełożonego, zagwarantowano prawo do powstrzymania się od wykonywania pracy wymagającej szczególnej sprawności psychofizycznej, w przypadku gdy jego stan psychofizyczny nie zapewnia bezpiecznego wykonywania pracy i stwarza zagrożenie dla innych osób (art. 210 § 4 k.p.). Skorzystanie z tego prawa zostało jednak obwarowane przez ustawodawcę kilkoma przesłankami [1]. Przede wszystkim, w przeciwieństwie do ww. okoliczności, prawo do powstrzymania się od wykonywania pracy ze względu na stan psychofizyczny nie przysługuje każdemu pracownikowi. Rodzaje prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej są określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej [14]. Prawo do powstrzymania się od wykonywania pracy ze względu na stan psychofizyczny może przysługiwać tylko osobie, która wykonuje jedną z prac określonych w tym akcie. W rozporządzeniu tym wymieniono 36 rodzajów prac, wśród których nie ma jednak żadnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Obowiązek lekarza udzielenia pomocy medycznej

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością (art. 4 u.z.l.) [11]. Działania medyczne mogą być podejmowane przez lekarza tylko w celu określonym przez ustawodawcę, takim jak zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa stanu zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.) [10]. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty

życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 30 u.z.l.) [11].

Niebezpieczeństwo tych następstw nie musi być bezpośrednio. Obowiązek lekarskiego działania powstaje już w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy nawet pośrednio mogłaby się przyczynić do wystąpienia zagrożenia [24]. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej dotyczy każdego lekarza bez względu na miejsce i prawną formę wykonywania zawodu. Tym samym, jeżeli lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, powyższy obowiązek należy do jego podstawowych obowiązków pracowniczych (art. 100 k.p.) [1].

Niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia pacjenta w świetle prawa medycznego

Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeśli brak udzielenia takiej pomocy nie stanowi dla pacjenta niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia oraz innego przypadku niecierpiącego zwłoki (art. 38 ust. 1 w zw. z art. 30 u.z.l.) [11]. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta tylko z ważnych powodów i za zgodą swojego przełożonego (art. 38 ust. 3 u.z.l.) [11]. Z tego przepisu wynika jednocześnie, że lekarz mający inny status niż pracownicz (np. wykonujący zawód na tzw. kontrakcie) może odstąpić od leczenia lub go nie podjąć bez konieczności wskazania istnienia poważnych powodów, jeśli nie zachodzi sytuacja przewidziana w art. 30 u.z.l. (*a contrario* art. 38 ust. 3 u.z.l.) [11], chyba że strony uregulują tę kwestię w ramach umowy cywilnoprawnej będącej podstawą wykonywania zawodu lekarza.

Nieco inaczej ujmuje analizowany problem art. 7 KEL, który stanowi, że: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz powinien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej” [12]. Artykuł ten ogranicza możliwość niepodjęcia lub odstąpienia tylko do „szczególnie uzasadnionych przypadków”, a wymóg ten odnosi się do każdego lekarza, bez względu na prawną formę i miejsce wykonywania zawodu. Kodeks Etyki Lekarskiej lepiej chroni pacjenta. Warto tu przypomnieć, że przepisy prawa ustanawiają minimalne wymagania, natomiast rolą KEL jest stawianie dodatkowych, wyższych wymagań w zakresie zaufania do zawodu lekarza. Zgodnie z art. 2 ust. 2 KEL: „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus*

aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Artykuł 11 KEL stanowi natomiast: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem” [12].

Ustawodawca nie wskazuje nawet przykładowego katalogu „poważnych powodów”, dla których lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia. „Szczególnie uzasadnionych wypadków” nie wymieniono także w KEL, natomiast w literaturze wskazuje się np. na stan wyczerpania psychofizycznego lekarza [25]. Dotychczas problem ten nie był przedmiotem szerszej analizy ze strony judykatury [26]. W przypadku niepodjęcia lub odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi lekarz ma zawsze obowiązek uzasadnić to w dokumentacji medycznej (art. 38 ust. 4 u.z.l.) [11].

OMÓWIENIE

W obecnym stanie prawnym przepisy k.p. regulują zasady wykonywania danego zawodu medycznego tylko w takim zakresie, w jakim dane kwestie nie zostały uregulowane odmiennie przez przepisy prawa medycznego i nie mogą być interpretowane w oderwaniu od tych przepisów. Punkt wyjścia stanowi więc rozróżnienie przepisów k.p. o charakterze generalnym *legis generalis* i przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty jako przepisów szczególnych *legis specialis*.

Sąd Najwyższy w wyroku z 15 maja 2001 r. wyraził stanowisko, zgodnie z którym: „Praca szpitalnego personelu medycznego odbywa się z natury rzeczy w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia czy nawet życia ludzkiego. Obowiązkiem pracowniczym tych osób jest ratowanie zdrowia lub życia pacjentów, więc personel lekarsko-pielęgniarski nie korzysta z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w zw. z art. 210 § 1 k.p.). Niejako w zamian na szpitalu jako na pracodawcy musi spoczywać zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia personelu medycznego. Dlatego jego członkowie dotknięci np. wirusowym zapaleniem wątroby nie muszą udowadniać, że do zakażenia doszło w związku z pracą zawodową (dla stwierdzenia choroby zawodowej), gdyż jest to wniosek wynikający z samego faktu zatrudnienia w warunkach szpitalnego narażenia na takie zakażenie” [27].

Z poczynionych ustaleń wynika, że art. 210 § 5 k.p. wyklucza stosowanie określonych przepisów o prawie

powstrzymania się od wykonywania pracy przez określone kategorie pracowników. Sąd Najwyższy pominął jednak to, że art. 210 § 5 k.p. nie służy do wykluczenia przysługiwania personelowi medycznemu odnośnego uprawnienia na podstawie innych przepisów niż wyłączne regulacje, np. art. 38 u.z.l. w związku z art. 30 u.z.l. [28].

Ponadto wciąż pozostaje pytanie: jak należy rozumieć użyte w art. 210 § 5 k.p. sformułowanie „pracowniczy obowiązek ratowania życia”? W ocenie autorów niniejszego opracowania można je rozpatrywać w 2 kontekstach, tj. ścisłym i szerokim [28]. W ujęciu ścisłym jego adresatem byłiby tylko lekarze systemu ratownictwa medycznego mający status pracownika, których praca całościowo, globalnie jest ukierunkowana na „czynności ratownictwa medycznego” (art. 3 pkt 3 i 4 oraz art. 32a u.p.r.m.) [13]. W ujęciu szerokim należałoby odrzucić powyższe rozumienie i przyjąć, że w art. 210 § 5 k.p. jest mowa o „każdym” lekarzu mającym status pracowniczy. Wówczas jednak tak szeroka interpretacja może prowadzić do wniosku, że ustawodawcy chodzi w art. 210 § 5 k.p. o jakiegokolwiek pracownika, dla którego w danych okolicznościach aktualizuje się obowiązek wzięcia udziału w ratowaniu, przynajmniej jako przejaw obowiązku dbałości o dobro zakładu pracy (art. 100 § 2 pkt 4 k.p.) [1].

Chcąc odpowiedzieć na powyżej postawione pytanie, warto zwrócić uwagę na 2 kwestie.

Po pierwsze, lekarz może podejmować działania medyczne tylko w celu określonym przez ustawodawcę, takim jak zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa stanu zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.). Ustawodawca nie definiuje ww. terminów, natomiast ich kontekst znaczeniowy wskazuje, że udzielanie świadczeń zdrowotnych ma następować nie tylko w sytuacji „choroby”, czyli braku zdrowia, ale także w sytuacji definiowanej jako bycie zdrowym. W tym ostatnim przypadku świadczenia mają służyć „zapobieganiu”, „zachowaniu” czy „poprawie” zdrowia człowieka. Wynika z tego, że działania medyczne podejmowane w celu „ratowania” są tylko jednym z wielu celów działalności zawodowej lekarza.

Po drugie, ustawodawca wyraźnie dopuszcza 3 przedziały czasowe udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. „stan nagły”, „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Stan „nagłego zagrożenia zdrowotnego” został zdefiniowany w u.p.r.m. i rozumie się przez niego stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne

upośledzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8 u.p.r.m.) [13].

Wyrażenia „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” zostały natomiast zdefiniowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej [15].

Zgodnie z tym rozporządzeniem „przypadek pilny” ma miejsce, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia (§ 2 ust. 1 lit. a r.k.m.) [15]. „Przypadek stabilny” oznacza natomiast stan, którego nie da się określić jako nagły ani pilny (§ 2 ust. 1 lit. a r.k.m.) [15]. Zakwalifikowanie pacjenta do przypadku pilnego albo stabilnego musi nastąpić na podstawie kryteriów opartych na aktualnej wiedzy medycznej, tj. 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby; 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z której powodu ma być udzielone świadczenie; 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności (§ 1 r.k.m.) [15].

Resumując, obowiązek lekarza wynikający z art. 30 u.z.l. w związku z art. 38 u.z.l. niewątpliwie obejmuje swym zakresem udzielanie pomocy pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ocenie autorów niniejszego artykułu termin „przypadki niecierpiące zwłoki” obejmuje również obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w „przypadku pilnym”. Świadczenia „w trybie pilnym” mogą być zaplanowane, choć oczywiście w maksymalnie krótkim czasie, przed świadczeniami udzielanymi w trybie „stabilnym”. Ocena stanu zdrowia pacjenta w każdym przypadku należy do lekarza na podstawie kryteriów medycznych i procedur ustalających kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych (art. 6 ust.1 u.p.p.) [16].

Z tych ustaleń wynika, że zaprzestanie pracy przez lekarza jako pracownika poprzez odwołanie się do art. 210 § 1–4 k.p. [1] podlega ograniczeniom z uwagi na przesłanki z art. 30 u.z.l. w związku z art. 38 u.z.l. [11], ale nie ma podstaw prawnych do jednoznacznego wyłączenia uprawnień lekarza do powstrzymania się od pracy wyłącznie na podstawie 210 § 5 k.p. [1]. Odrębną kwestią, wykraczającą poza wąskie ramy niniejszego artykułu, jest natomiast zagadnienie odpowiedzialności

cywilnej i karnej lekarza oraz podmiotu zatrudniającego za niedopełnienie ciążących na nich obowiązków w zakresie bezpiecznego i higienicznego wykonywania pracy, w tym zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi.

WNIOSKI

Przedstawiony stan prawny wskazuje, że należy rozróżnić zagadnienie odstąpienia od wykonywania pracy przez lekarzy wykonujących zawód na podstawie umowy o pracę od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej. Przepisy dotyczące zasad udzielania pomocy lekarskiej obowiązują lekarza bez względu na prawną formę wykonywania zawodu i podstawę zatrudnienia.

O zaistnieniu obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej świadczy nawiązanie pomiędzy lekarzem a pacjentem tzw. stosunku terapeutycznego, czyli kontaktu z konkretnym pacjentem potrzebującym pomocy. Nie ustanawia tego obowiązku zawarcie umowy o pracę, ale można przyjąć, że nawet zanim pojawi się konkretny chory potrzebujący pomocy, obowiązek podjęcia odpowiednich działań wynika z pełnionej przez zatrudnionego funkcji i jest wypełnieniem obowiązku pracodawcy zapewnienia świadczeń wszystkim uprawnionym pacjentom, w tym także w stanach nagłych.

Zobowiązania lekarzy wobec pacjenta są określone szerzej, niż wynika ze zobowiązań pracowniczych i jest to typowe dla zawodów zaufania publicznego. „Gdy dochodzi do konfliktu i pytania, czyje dobro ma pierwszeństwo: zawodu czy społeczeństwa (pacjenta), odpowiedź powinna być jednoznaczna – pacjenta, ponieważ jego korzyść (zadowolenie) w ostatecznym bilansie przyniesie korzyść także zawodowi (utrzymanie ekonomicznego sensu wykonywania zawodu). Również w tych kategoriach należy rozpatrywać ograniczanie własnych – zawodowych – uprawnień, jeżeli tylko z rozważania społecznej sytuacji wynika, że takie uszczuplenie praw ma znaczenie dla dobra pacjenta, a nie podważa zasadniczych racji bytu fachowców medycznych” [29]. Niejednokrotnie publiczne zaufanie wymaga od przedstawicieli zawodów medycznych występowania w imieniu pacjenta i chronienia go przed decyzjami innych podmiotów działających w imieniu władzy publicznej, szczególnie w zakresie bezpieczeństwa [30].

Wyższe wymagania dotyczące relacji pacjent–lekarz powodują także, że wykonywanie zawodu wiąże się z dbałością i indywidualną odpowiedzialnością za warunki pracy, bezpieczeństwo chorego oraz współpracowników, od której nie zwalniają zarządzenia i polecenia pracodawcy. Zatrudniony lekarz nie może godzić się na wykonywanie

zawodu w warunkach narażających pacjentów na szkody i nie może tłumaczyć narażania pacjentów poleceniami przełożonych.

Zgodnie z art. 61 KEL: „Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej” [12]. Jeżeli lekarz stwierdzi, że pacjenci mogą być niepotrzebnie narażeni na niebezpieczeństwo, ma prawny i etyczny obowiązek podjąć kroki dostępne w ramach organizacji pracy, aby grożące niebezpieczeństwo zmniejszyć lub wyeliminować, a w przypadku dużego i bezpośredniego zagrożenia odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego oraz udzielić pomocy pacjentowi w zakresie, który uzna za właściwy, bądź ułatwić uzyskanie świadczeń w innej placówce.

Umożliwienie uzyskania pomocy jest obowiązkiem podmiotu leczniczego, który obejmuje także zapewnienie odpowiednich warunków i personelu. W szczególnych sytuacjach, np. podczas pandemii, także inne niż związane stale ze stanami nagłymi stanowiska pracy mogą zostać przez pracodawcę uznane za tymczasowo związane z udzielaniem pomocy w stanach nagłych, ale decyzje takie wymagają starannego uzasadnienia.

Przytoczone na początku opracowania opinie dotyczące możliwości odmowy wykonywania pracy nie są sprzeczne i wskazane w nich argumenty mają zastosowanie do oceny każdej indywidualnej sytuacji. W ocenie należy rozróżniać obowiązki pracownicze i obowiązki wobec pacjentów. Przywoływanie zasad etyki i wykonywania zawodu oraz nadmierne rozszerzanie pojęcia stanu nagłego w celu ograniczenia praw pracownika do odmowy wykonywania pracy jest niewłaściwe oraz bywa nadużywane do kompensowania niedostatecznego wyposażenia oraz nieodpowiednich warunków i czasu pracy. Chociaż takie sytuacje zaistniały także podczas pandemii COVID-19, to wyprowadzenie prostej i jasnej reguły wskazującej, kiedy można odmówić wykonywania pracy, a tym samym, kiedy można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, nie jest możliwe. Decyzję każdorazowo podejmuje lekarz, kierując się zasadami wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością i ponosi za to odpowiedzialność (art. 4 u.z.l.) [11]. Jest to istotą wykonywania zawodu zaufania publicznego.

Przepisy art. 210 k.p. mogą budzić wątpliwości interpretacyjne, ponieważ określają prawa pracownika

i ograniczenia tych praw wynikające zarówno z prawa pracy, jak i zasad wykonywania zawodu lekarza, które znacznie szerzej określają obowiązki lekarzy, ale dotyczą relacji pacjent–lekarz, a nie lekarz–pracodawca. Lekarze wykonujący zawód na podstawie umowy o pracę mogą odmówić wykonywania pracy, uprzedzając o tym pracodawcę z powodów określonych w art. 210 k.p., które mogą wynikać m.in. z odpowiedzialności każdego lekarza za warunki udzielania świadczeń i bezpieczeństwo.

Prawo to dotyczy także specjalnych stanowisk pracy związanych z udzielaniem pomocy w stanach nagłych, ale możliwość skorzystania z niego natychmiast po zawiadomieniu pracodawcy może być ograniczona, jeżeli pracodawca nie może odpowiednio szybko zapewnić możliwości udzielenia pomocy w tych stanach. Przepis art. 210 ust. 5 k.p. należałoby interpretować jako wyłączenie możliwości odmówienia pomocy, jeżeli lekarz znajduje się już w pracy na stanowisku związanym z udzielaniem pomocy w stanach nagłych lub gdy ma do czynienia z konkretnym pacjentem znajdującym się w stanie medycznym określonym jako nagły.

Przyjmowanie bezkrytycznie za SN, że skoro w pracy lekarzy zawsze może pojawić się potrzeba udzielenia pomocy w stanie nagłym, to są oni wyłączeni z prawa do odmowy wykonywania pracy, prowadziłyby do absurdalnego wniosku. Jak wskazał w swojej opinii RPO, nie można nikogo zmuszać do bohaterstwa. Takie decyzje są bardzo indywidualne, zależne od okoliczności i lekarze ponoszą za nie odpowiedzialność.

Sytuacje wyjątkowe, jak pandemia COVID-19, uwiadcniają niedostatki organizacyjne i nieprzystosowanie do zwiększonych zadań, właściwego transportowania pacjentów, a tym samym zwiększenie liczby chorych w pandemii. Chociaż niedostatki systemów opieki zdrowotnej mogą być uzasadnieniem przejściowego ograniczenia praw pracowników, to powinny przede wszystkim wskazywać, jak zapewnić gotowość systemu do takich sytuacji w przyszłości.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. DzU z 2020 r., poz. 1320.
2. Rzecznik Praw Obywatelskich [Internet]. Koronawirus. RPO: od personelu medycznego nie można wymagać heroizmu. Mogą powstrzymać się od pracy? [cited 2021 Jul 13]. Adres: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-rpood-personelu-medycznego-nie-mozna-wymagac-heroizmu>

3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. DzU z 2020 r., poz. 1845.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., DzU z 2020 r., poz. 1444.
5. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń. DzU z 2021 r. poz. 281.
6. Rzecznik Praw Obywatelskich [Internet]. Koronawirus. Główny Inspektor Pracy odpowiada, czy personel medyczny może powstrzymać się od pracy, gdy nie ma środków ochrony. Koronawirus. Główny Inspektor Pracy odpowiada, czy personel medyczny może powstrzymać się od pracy, gdy nie ma środków ochrony [cited 2021 Jul 13]. Adres: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-pip-dorpo-czy-personel-medyczny-moze-wstrzymac-prace>.
7. Okręgowa Rada Adwokacka [Internet]. Sekcja Prawa Medycznego i Farmaceutycznego przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie z dnia 15 maja 2020 roku w sprawie prawa osób wykonujących zawody medyczne do powstrzymania się od obowiązku świadczenia pracy w sytuacji, gdy pracodawca nie zapewni odpowiednich środków ochrony osobistej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 w mediach Izby Adwokackiej w Warszawie [cited 2021 Jul 13]. Adres: <https://www.ora-warszawa.com.pl/wp-content/uploads/2020/05/1.-Stanowisko-Sekcji-Prawa-Medycznego-i-Farmaceutycznego-ORA-z-15.05.2020.pdf>.
8. International Labour Organization CEACR: Individual Observation concerning Co. No. 149, Nursing Personnel, 1977 r., Poland (ratification 1980), Published 2002.
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. DzU z 2020 r., poz. 374.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. DzU z 2021 r., poz. 711.
11. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. DzU z 2021 r., poz. 790.
12. Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jedn. z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2017: 17.
13. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. DzU z 2020 r., poz. 882.
14. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej. DzU z 1996 r., nr 62, poz. 287.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. DzU z 2005 r., nr 200, poz. 1661.
16. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2020 r., poz. 849.
17. Wyka T. Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w zatrudnieniu niepracowniczym typu cywilnoprawnego. w: Kubot Z. red. Szczególne formy zatrudnienia. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2000, s. 171–173.
18. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 stycznia 2017 r. II OSK 2619/16, LEX nr 2201921.
19. Wyrok Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2000 r., I PKN 488/99, OSNAPiUS 2001/11, poz. 375.
20. Wyrok Sądu Rejonowego w Poznaniu z 8 lipca 2014 r., V P 2731/12, OSP 2018/5, poz. 50; Musiała A. glosa do wyroku SR z 8 lipca 2014 r., V P 2731/12, OSP 2018/5, poz. 50.
21. Wyrok Sądu Najwyższego z 7 stycznia 1998 r., I PKN 405/97, OSNAPiUS 1998/22, poz. 651.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z 9 maja 2000 r., I PKN 619/99, OSNAPiUS 2001/20, poz. 610, SN.
23. Romer T. Gdy pracownik odmawia wykonania pracy, Pr. Pracy 1997;3.
24. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz, 2. Wydanie: Warszawa: Wolters Kluwer; 2016.
25. Zielińska E. red. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer; 2008.
26. Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I CKN 1386/00, LEX nr 75348.
27. Wyrok SN z dnia 15 maja 2001 r., II UKN 395/00 II UKN 395/00, OSNP 2003/3/70.
28. Jankowiak J. Glosa do wyroku SN z dnia 15 maja 2001 r., II UKN 395/00; Opublikowano: OSP 2003/7-8/87.
29. Bartkowiak LE. Między powinnością a obowiązkiem – o kodeksach deontologicznych zawodów medycznych. Wiad. Lek. 2006, vol. LIX, 11–12.
30. Karkowska D. Zawody medyczne. Warszawa: Wolters Kluwer; 2012.