

Radosław Galicki

dr, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

orcid.org/0009-0000-3456-6705

radoslaw.galicki@umb.edu.pl

Granice „poświęcania” samego siebie przez osoby wykonujące zawód medyczny

Uwagi wstępne

Kwestie prawa do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej uregulowane są w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy¹ jako normy *leges generali* w stosunku do szczegółowych przepisów ustaw, regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych, to jest: 1) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²; 2) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³; 3) ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów⁴; 4) ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty⁵; 5) ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej⁶; 6) ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych⁷; 7) ustawy z dnia 10 grudnia

¹ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1465, dalej także: k.p.

² T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 z późn. zm., dalej także: u.z.l.l.d.

³ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 814 z późn. zm., dalej także: u.z.p.p.

⁴ T.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1026.

⁵ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1213.

⁶ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2125.

⁷ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2187.

2020 r. o zawodzie farmaceuty⁸; 8) ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych⁹.

Ustawa o niektórych zawodach medycznych normuje zasady wykonywania takich zawodów medycznych jak: 1) asystentka stomatologiczna; 2) elektroradiolog; 3) higienistka stomatologiczna; 4) instruktor terapii uzależnień; 5) opiekun medyczny; 6) optometrysta; 7) ortoptystka; 8) podiatra; 9) profilaktyk; 10) protetyk słuchu; 11) technik farmaceutyczny; 12) technik masażysta; 13) technik ortopeda; 14) technik sterylizacji medycznej; 15) terapeuta zajęciowy, a także częściowo 16) dietetyk.

Istotne jest zatem naukowe opracowanie zagadnienia prawa osób wykonujących zawody medyczne do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej w kontekście zasady szczególności (*lex specialis derogat legi generali*), czyli porównania stanu prawnego wynikającego z Kodeksu pracy ze stanem prawnym zawartym w ustawach regulujących zawody medyczne.

W kontekście zasady szczególności, w obecnym stanie prawnym, kluczowa staje się przede wszystkim analiza doktrynalna odpowiedzi na pytanie, na ile obowiązek pracowniczy ratowania życia ludzkiego przez osoby wykonujące zawody medyczne może i powinien podlegać relatywizacji prawnej w zależności od konkretnych okoliczności faktycznych.

Autor wykorzystał w tym celu dogmatycznoprawną oraz teoretycznoprawną metodę analizy prawa. Odwołał się także do dorobku i wykładni judykatury oraz dostępnego w tym względzie dorobku doktryny.

Odmowa wykonania pracy niebezpiecznej przez pracownika wykonującego zawód medyczny

Zgodnie z art. 210 k.p.

§ 1. W razie gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez niego praca grozi

⁸ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 676.

⁹ Dz.U. z 2023 r., poz. 1972.

takim niebezpieczeństwem innym osobom, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego.

§ 2. Jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia [...] pracownik ma prawo oddalić się z miejsca zagrożenia, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego. [...]

§ 4. Pracownik ma prawo, po uprzednim zawiadomieniu przełożonego, powstrzymać 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.

W doktrynie wskazuje się, że prawo powstrzymania się od wykonania pracy może mieć dwie formy – zwykłą oraz kwalifikowaną. Zdaniem M. Raczkowskiego

w ramach postaci zwykłej pracownik powstrzymuje się jedynie od wykonywania pracy, o czym zawiadamia przełożonego, nie opuszcza jednak swego stanowiska pracy. Powinien wówczas, jeśli to możliwe, wykonywać inne prace, które nie mają charakteru niebezpiecznego. Kwalifikowana postać prawa powstrzymania się od wykonywania pracy polega na oddaleniu się przez pracownika z miejsca zagrożenia. Przesłankę zastosowania tej formy ochrony stanowi rozmiar i charakter niebezpieczeństwa, któremu nie da się zapobiec, jedynie powstrzymując się od pracy¹⁰.

Zarazem jednak pracownik nie może ponosić jakichkolwiek niekorzystnych dla niego konsekwencji z powodu powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia dla zdrowia lub życia pracownika lub innych osób. Wówczas za czas powstrzymywania się od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Niemniej jednak pracownik, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego, z mocy art. 210 § 5 k.p., podlega podmiotowo-przedmiotowemu wyłączeniu i nie może skorzystać z prawa: 1) powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej dla jego zdrowia lub życia albo grożącej

¹⁰ M. Raczkowski, *Art. 210*, [w:] M. Gersdorf, W. Ostaszewski, K. Rączka, A. Zwoilińska, M. Raczkowski, *Kodeks pracy. Komentarz*, wyd. 4, Warszawa 2024, s. 1196.

niebezpieczeństwem innym osobom; 2) oddalenia się z miejsca zagrożenia; 3) 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.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że zgodnie z wykazem prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej¹¹, takimi pracami są prace związane ze stosowaniem promieniowania jonizującego do celów diagnostycznych i terapeutycznych w zakładach opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przypadków dotyczących ratowania życia ludzkiego.

W orzecznictwie sądowym wskazuje się, że przesłanki w postaci warunków pracy urągających przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy, a także zaistnienia bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracownika, muszą wystąpić kumulatywnie. Zdaniem Sądu Najwyższego pracownik może powstrzymać się od wykonywania pracy tylko w przypadku łącznego wystąpienia przesłanek określonych w art. 210 § 1 k.p. („warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy” oraz „stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika”)¹². Wówczas bowiem, jak konstatuje Sąd Najwyższy, powstrzymanie się od wykonywania pracy zagrażającej zdrowiu pracownika (art. 210 k.p.) może w konkretnych okolicznościach sprawy stanowić przedmiot pracowniczego obowiązku dbałości o dobro pracodawcy (art. 100 § 2 pkt 4 k.p.)¹³.

Warto zatem odnotować, że bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika pozostaje w adekwatnym związku z niezapewnieniem warunków pracy odpowiadających przepisom BHP. Przepisy BHP należy pojmować ekstensywnie także jako normy i zasady, reguły ostrożności, instrukcje i procedury, których

¹¹ Dz.U. z 1996 r., nr 62, poz. 287.

¹² Wyrok SN z dnia 11 maja 2006 r., I PK 191/05, OSNP 2007, nr 9–10, poz. 128; por. wyroki SN z dnia: 9 maja 2000 r., I PKN 619/99, OSNP 2001, nr 20, poz. 610; 19 stycznia 2000 r., I PKN 488/99, OSNP 2001, nr 11, poz. 375.

¹³ Wyrok SN z dnia 7 stycznia 1998 r., I PKN 405/97, OSNP 1998, nr 22, poz. 651.

przekroczenie, z winy pracownika bądź bez jego winy, grozi realnym niebezpieczeństwem jego życiu lub zdrowiu.

Ocena zatem tego stanu rzeczy powinna następować przy użyciu kryterium obiektywnego. Tym samym prawo powstrzymania się od pracy przysługuje w sytuacji, w której pracownik ma uzasadniony powód do przypuszczeń, iż stanowi ona nieuchronne i poważne zagrożenie dla jego zdrowia lub życia. Trudno zaś uznać, że taki uzasadniony powód – nieuchronne i poważne zagrożenie – istnieje w sytuacji, gdy pracodawca twierdzi, iż podejmuje wszystkie możliwe starania celem eliminacji zagrożeń BHP i przy tym w ramach przyjętej organizacji pracy nie sprzeciwia się takiej formie wykonywania zadań, uznając je za dopuszczalne. Wobec tego z uwagi i na te okoliczności nie sposób uznać, iż przyczynienie się do powstania szkody przez pracownika zwalnia pracodawcę z odpowiedzialności za niedopełnienie wymagań BHP¹⁴.

Powodem odmowy wykonania pracy niebezpiecznej może natomiast być uzasadnione przeświadczenie pracownika, że nawet przy zastosowaniu się do przepisów BHP zagrożenie dla jego życia lub zdrowia nadal jest na tyle wysokie, że pracownik, z uwagi na swoje dobro i dobro zakładu pracy, powinien powstrzymać się od wykonywania pracy. Jak zauważył Sąd Najwyższy, w kontekście art. 210 § 1 k.p., odmowę wykonania obowiązków pracowniczych w początkowym stadium epidemii Covid-19 z uwagi na obiektywnie uzasadnione przekonanie, że zagrazi to zdrowiu pracownika i jego rodziny, wywołane powszechnie panującym w społeczeństwie wysokim stanem obawy przed zakażeniem i ciężkim przebiegiem choroby oraz przy braku dostatecznej wiedzy na temat skuteczności środków ochrony, nie można uznać za działanie bezprawne (naruszające podstawowy obowiązek pracowniczy)¹⁵.

Paradoksalnie jednak, gdy pracownik mający obowiązek ratować życie ludzkie już odmówi wykonania pracy – w jego ocenie – niebezpiecznej, to wtedy ustawodawca nie zdecydował się objąć go również wyłączeniem prawa do wynagrodzenia za czas powstrzymania się od wykonywania pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia. Co więcej, taki pracownik, objęty obowiązkiem ratowania

¹⁴ Wyrok SO w Łodzi z 7 czerwca 2016 r., VII Pa 106/16, LEX nr 2129202.

¹⁵ Postanowienie SN z dnia 17 listopada 2022 r., I PSK 1/22, LEX nr 3549619.

życia ludzkiego, jeśli, pomimo tego, powstrzyma się od wykonania pracy niebezpiecznej, nie może ponosić jakichkolwiek niekorzystnych dla siebie konsekwencji z powodu powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia. Ustawodawca w przepisie art. 210 § 5 k.p. bowiem wyraźnie stanowi, że przepisy § 1, 2 i 4 nie dotyczą pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia, a to oznacza, że przepisy art. 210 § 2¹ oraz § 3 w stosunku do tych pracowników obowiązują.

Gdyby tylko zatem opierać się wyłącznie na regulacji Kodeksu pracy, to przepis art. 210 § 5 k.p. stanowi *leges imperfectae*, normę pozbawioną sankcji w przypadku odmowy wykonania pracy przez pracownika, którego obowiązkiem jest ratowanie życia ludzkiego, w tym pracownika wykonującego zawód medyczny.

Taką regulację ustawodawcy należy potraktować jako lukę *extra legem* (wynik przeoczenia legislacyjnego) i wedle paradygmatu racjonalności ustawodawcy trzeba by zastosować (wszędzie tam, gdzie osoba wykonująca zawód medyczny nielegalnie odmówiła pomocy medycznej) rozszerzającą wykładnię literalnego brzmienia przepisu art. 210 § 5 k.p., na zasadzie, że ustawodawca powiedział mniej, niż chciał powiedzieć. Wtedy regulacja kodeksowa będzie koherentna z regulacjami ustawowymi zasad wykonywania zawodu medycznego oraz – przede wszystkim – z przepisami dotyczącymi odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego.

Z drugiej jednak strony, z uwagi na brak szczególnych unormowań w ustawach regulujących zawody medyczne, w stosunku do osoby wykonującej zawód medyczny w ramach pracowniczego zatrudnienia, podmiot leczniczy (pracodawca) niczym nieuzasadnioną odmowę wykonania pracy nawet w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracownika, ale przy zapewnieniu pracownikowi wszelkich warunków pracy wymaganych przepisami i zasadami bezpieczeństwa pracy, mógłby potraktować jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. Wówczas, korzystając z art. 52 § 1 pkt 1 k.p., z pracownikiem wykonującym zawód medyczny można by rozwiązać stosunek pracy bez wypowiedzenia, z jego winy, tzn. z powodu ciężkiego naruszenia podstawowego obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego.

Przy tym należy pamiętać, że, zgodnie z ustaloną linią orzecniczą Sądu Najwyższego, na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych składają się trzy elementy. Są to: bezprawność zachowania pracownika (uchybiecie obowiązkowi podstawowemu), naruszenie albo (poważne) zagrożenie interesów pracodawcy, a także zawinienie, obejmujące zarówno winę umyślną, jak i rażące niedbalstwo. Przypisanie ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych nie jest możliwe bez wykazania winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa pracownika, przy czym ocena ta powinna odbywać się przez pryzmat całokształtu okoliczności. Pracownik musi więc chcieć uchybić obowiązkowi, i w tym celu podejmuje (lub nie) działanie, lub co najmniej godzić się na to, że swoim zachowaniem obowiązek naruszy¹⁶.

Wobec powyższego nasuwa się wniosek, że jeśli nawet powstrzymanie się pracownika medycznego od wykonania pracy – w jego ocenie – niebezpiecznej jest uchybieniem obowiązkowi ratowania życia i zdrowia ludzkiego, to o ile nie jest zawinione umyślnie czy też nie zagraża lub nie narusza interesów podmiotu leczniczego, o tyle nie może być traktowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji zaistnienia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pracownika medycznego, czyli takiego natężenia czynników niebezpiecznych i szkodliwych w środowisku pracy, że grozi to nieuchronnie życiu i zdrowiu samej osoby wykonującej zawód medyczny. Należy wtedy zważyć dobra chronione prawem, a więc prawo do ochrony życia i zdrowia pacjenta w stosunku do prawa do ochrony życia i zdrowia pracownika wykonującego zawód medyczny. W konkretnych przypadkach, jak choćby w sytuacji warunków pracy urągających wymogom bezpieczeństwa i higieny pracy lub w razie tak wysokiego poziomu narażenia na działanie szkodliwych czynników biologicznych, niebezpiecznych czynników fizycznych lub chemicznych, dobrem wyższego rzędu staje się jednak życie i zdrowie pracownika wykonującego zawód medyczny.

¹⁶ Postanowienie SN z dnia 12 marca 2024 r., III PSK 46/23, LEX nr 3692611; zob. też np. postanowienia SN z dnia 11 października 2023 r., I PSK 35/23, LEX nr 3614379; 22 września 2022 r., III PSK 22/22, LEX nr 3490201; wyrok SN z dnia 10 lutego 2021 r., I PSKP 6/21, LEX nr 3156224.

Wykładnia sądowa zresztą także idzie w kierunku takiej relatywności i zarazem relatywizacji obowiązku pracowniczego ratowania życia. Sąd Najwyższy stoi bowiem na stanowisku, że wystąpienie przesłanek kwalifikacyjnych ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych należy analizować łącznie w każdym konkretnym stanie faktycznym, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danego przypadku. Przepis art. 52 § 1 pkt 1 k.p. ma bowiem charakter klauzuli generalnej, zaś ocena zastosowania przepisów zawierających takie klauzule (zwroty niedookreślone, jak ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych) zależy od całokształtu ustalonych w sprawie okoliczności faktycznych¹⁷.

Jeżeli zatem w danym wypadku fakty będą wskazywać na brak zapewnienia wymaganych przepisami BHP warunków pracy lub poziom narażenia zawodowego będzie niewspółmiernie wysoki, to odstąpienie od wykonania czynności medycznej nie powinno być kwalifikowane jako zawinione i ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych¹⁸.

Odmowa udzielenia pomocy medycznej przez osoby wykonujące zawód medyczny na przykładzie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Skoro wiadomo, jak ukształtowana jest regulacja Kodeksu pracy w kwestii odmowy wykonania pracy niebezpiecznej dla życia lub zdrowia pracownika, należy, w kontekście zasady szczegółowości,

¹⁷ Postanowienie SN z dnia 23 stycznia 2024 r., I PSK 12/23, LEX nr 3666264.

¹⁸ Kwestia oceny całokształtu okoliczności faktycznych jest kluczowa w przypadku personelu medycznego. Jeżeli nie zachodzi sytuacja bezpośrednio zagrożenia życia lub zdrowia pracownika medycznego, to ma on obowiązek udzielenia czynności ratującej życie. W tym tylko względzie można przypisać jemu winę. Przykładowo Sąd Najwyższy stwierdził, że ciężko narusza swoje podstawowe obowiązki pracownicze (art. 52 § 1 pkt 1 k.p.) lekarz zatrudniony w poradni chirurgicznej, który z winy umyślnej opóźnia przyjmowanie pacjentów o 45 min, znacząco wydłużając czas oczekiwania osób zgłaszających się z dolegliwościami bólowymi (urazy, w tym złamania) – wyrok SN z dnia 23 maja 2023 r., II PSKP 4/22, OSNP 2024, nr 1, poz. 4. Skoro więc nie zachodzi nieuchronność i bezpośredniość zagrożenia dla życia i zdrowia takiego lekarza, to ma on obowiązek niesienia pomocy medycznej, zwłaszcza ratowania życia, od którego uchylić się nie może.

dokonać analizy odpowiednich przepisów ustaw regulujących zawody medyczne.

Zgodnie z art. 30 u.z.l.l.d. lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wobec tego jest on pracownikiem, który, wedle art. 210 § 5 k.p., ma obowiązek pracowniczy ratowania życia ludzkiego. Korelatem obowiązku lekarza udzielania pomocy lekarskiej, w tym obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego, jest prawo pacjenta do natychmiastowego otrzymania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia¹⁹. Ustawowy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia²⁰. W doktrynie prawa medycznego podkreśla się, że

źródłem sytuacji, w której zachodzi potrzeba udzielenia pomocy lekarskiej, mogą być zachowania ludzi innych niż osoba potrzebująca pomocy (np. rana postrzałowa) lub samej tej osoby (np. próba samobójcza), zachowania zwierząt (np. pogryzienie przez psa) czy też działanie sił przyrody (np. utrata przytomności wskutek rażenia piorunem)²¹.

Dlatego też ratowanie życia ludzkiego nie jest objęte klauzulą sumienia, wobec czego lekarz nie może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, ale ratujących życie i zdrowie pacjenta (art. 39 u.z.l.l.d.). Lekarz może zatem powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem tylko wtedy, gdy zaniechanie pomocy lekarskiej i leczenia nie spowoduje bezpośrednio dla

¹⁹ Zob. art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).

²⁰ Zob. wyrok SN z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671.

²¹ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Art. 30*, [w:] E. Barcikowska-Szydło, A. Dąbek, R. Kubiak, K. Majcher, M. Malczewska, K. Sakowski, K. Syroka-Marczewska, E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2022, s. 778.

pacjenta niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia o tym fakcie przełożonego w formie pisemnej.

Pozycja prawna lekarza w zakresie obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, w tym obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego, sprowadza się zatem do logicznej wykładni przepisu art. 30 u.z.l.l.d. Podstawowym kryterium oceny *ad casu* każdego przypadku jest możliwość bezzwłocznego udzielenia pomocy lekarskiej. Polega to na obiektywnej ocenie faktu znalezienia się lekarza w bezpośrednim zasięgu osoby potrzebującej niezwłocznie pomocy lekarskiej i wiadomo, że bez tej pomocy takiej osobie zagraża realnie i nieuchronnie niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia²². Niemniej jednak istotnym *criterium divisionis* w kwestii zakresu odpowiedzialności lekarza za niedopełnienie obowiązku pomocy lekarskiej jest szczególny stosunek gwarancji, to znaczy konkretny węzeł prawny, łączący w danej chwili lekarza z osobą potrzebującą pomocy. Najszerzej odpowiedzialność prawną oraz zawodową będzie ponosił lekarz, który nieprzypadkowo, lecz na podstawie konkretnego faktu prawnego, a nawet działania wolicjonalnego w postaci umowy z podmiotem leczniczym, ma obowiązek udzielić określone świadczenie opieki zdrowotnej:

W praktyce podstawą takiej odpowiedzialności będzie umowa, na podstawie której dany lekarz udziela świadczenia zdrowotnego. Może to być umowa z pacjentem, który zgłosił się do danego lekarza, może to być umowa, jaką z podmiotem leczniczym zawarł lekarz, w ramach której przyjmuje on pacjentów²³.

Identyczna regulacja odnosi się również do możliwości odmowy przez lekarza leczenia lub odstąpienia od leczenia pacjenta. Zgodnie z art. 38 ust. 1 u.z.l.l.d. lekarz może nie podjąć lub odstąpić

²² Zob. szerzej: *ibidem*; podobnie: Ł. Caban, M. Urbańska, Art. 30, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 658–659.

²³ Ł. Caban, M. Urbańska, Art. 30, *op. cit.*, s. 660.

od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. W tej mierze w doktrynie D. Karkowska wyraziła trafny pogląd, że:

Zawsze, kiedy jest zagrożone zdrowie lub życie człowieka, istota poszanowania godności osoby ludzkiej przemawia za natychmiastowym podjęciem działań, aby to zagrożenie odwrócić. Ta idea aksjologiczna prymatu ochrony zdrowia i życia nad innymi wartościami obowiązuje także w sektorze opieki zdrowotnej. Zasada solidarności społecznej, jak i sprawiedliwości społecznej przemawiają za zapewnieniem obywatelom od ręki świadczenia nie tylko w sytuacjach zdefiniowanych jako stan nagły, ale również jako stan zagrożenia życia i zdrowia²⁴.

Z poglądem tym koresponduje orzecznictwo sądowe. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Krakowie skonstatował, że lekarz ma obowiązek informowania o wynikach badania pacjenta w sytuacji, która wymaga podjęcia niezwłocznych działań celem ratowania życia i zdrowia takiego pacjenta. Oczywiście nie chodzi o powiadamianie o każdym nieodebrany przez pacjenta wyniku, jednakże o wyniki badań cytologicznych, które ujawniają choroby nowotworowe, co ma szczególny charakter i znaczenie dla zdrowia pacjenta. Zaniechanie odpowiedniej reakcji na wynik badania wskazujący chorobę nowotworową musi być ocenione jako naruszenie powinności²⁵. Natomiast Sąd Najwyższy orzekł, że odmowa lekarza

²⁴ D. Karkowska, Art. 7, [w:] E. Bielak-Jomaa, G. Błazewicz, R. Bryzek, B. Chmielewicz, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak, D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 399.

²⁵ Wyrok SA w Krakowie z 31 stycznia 2019 r., I ACa 283/18, Legalis nr 2252300.

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. W razie odmowy wykonania zabiegu leczniczego szkodę pacjenta stanowi nie tylko pogorszenie jego stanu zdrowia, lecz również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu mógł on zostać wyeliminowany²⁶.

Niemniej jednak zakres prawa lekarza do odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia jest zróżnicowany zależnie od formy wykonywania przez niego zawodu. Najwięcej uprawnienie to przysługuje lekarzom wykonującym zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby. Wówczas mogą oni z niego skorzystać jedynie w wypadku, gdy istnieją poważne powody takiego zaniechania pomocy lekarskiej, a ponadto uprzednio, zanim jeszcze lekarz odstąpi lub odmówi leczenia, uzyska zgodę swojego przełożonego. Z uwagi na dobro wyższego rzędu, jakim jest zdrowie i życie ludzkie, nie może to być zgoda dorozumiana. Powinna być zachowana forma pisemna takiej zgody przełożonego *ad solemnitatem*. W innej formie zgoda taka nie może, przez wzgląd na zdrowie i życie pacjenta, wywołać jakichkolwiek skutków prawnych.

Nie ma przy tym znaczenia, czy jest to zatrudnienie w publicznym, czy niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Z przepisu tego wynika jednocześnie, że lekarz inny niż mający status pracowniczego (np. wykonujący zawód na tzw. kontrakcie) może odstąpić lub nie podjąć leczenia bez konieczności wskazania istnienia poważnych powodów (*a contrario* art. 38 ust. 4 u.z.l.)²⁷.

Kwestia odmowy pomocy lekarskiej lub leczenia ma też swoją regulację w kodeksach etyki zawodów medycznych. Dla przykładu można przywołać odpowiednie przepisy Kodeksu etyki lekarskiej²⁸. Zgodnie z art. 7 KEL w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz

²⁶ Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I CKN 1386/00, LEX nr 75348.

²⁷ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 349.

²⁸ Kodeks etyki lekarskiej – załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf.

może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, z wyjątkiem przypadków, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie. Nie podejmując albo odstępując od sprawowania opieki nad pacjentem, lekarz wskazuje pacjentowi inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Lekarz bowiem musi mieć świadomość, że jego etycznym obowiązkiem, wynikającym z jego powołania, jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Tym samym lekarz bierze na siebie najwyższy nakaz etyczny, którym jest dobro chorego, wedle zasady, że *salus aegroti suprema lex esto* (art. 2 ust. 1 i 2 KEL). Dlatego lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy (art. 69 KEL).

Paralelne regulacje, odwołujące się do klauzuli sumienia oraz prawa do odmowy lub odstąpienia od udzielenia pomocy medycznej, znajdują się w ustawach regulujących inne zawody medyczne. Warto przyczynkowo odnieść się do tych regulacji. Zgodnie z art. 12 ust. 2 u.z.p.p.

pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej [...],

chyba że zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wówczas, według art. 12 ust. 3 u.z.p.p.,

[...] pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.

Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, gdy jest to podyktowane pojawieniem się nowych okoliczności dotyczących stanu zdrowia pacjenta od czasu podjęcia decyzji przez lekarza, wymagających weryfikacji postępowania terapeutycznego.

Okolicznością uzasadniającą odmowę wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego jest wykonanie świadczenia zdrowotnego niezgodnego z zakresem posiadanych przez nie kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.), gdy wykonanie świadczenia mogłoby w konsekwencji doprowadzić do wystąpienia u pacjenta szkody²⁹.

Ustawa o zawodzie psychologa stanowi, że wykonuje on swój zawód samodzielnie (art. 2), a to oznacza, że przeważnie prowadzi on swoją praktykę w formie działalności gospodarczej. Dlatego też ustawodawca nie uznał za konieczne regulowania prawa do odmowy pomocy psychologicznej. Sama zresztą natura wykonywania tego zawodu niesie ze sobą znacznie mniejsze narażenie zawodowe na czynniki szkodliwe aniżeli w przypadku pozostałych zawodów medycznych. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty,

w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleceń lekarza w zakresie fizjoterapii, fizjoterapeuta ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także prawo odmowy wykonania określonego świadczenia.

Przepis art. 35 ust. 1 i 2 ustawy o zawodzie farmaceuty stanowi, że

1. Aptekarz samodzielnie podejmuje decyzje w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta, i nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym.
2. Podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej ma obowiązek umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez ten podmiot działalnością.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o medycynie laboratoryjnej

Diagnosta laboratoryjny może odmówić wykonania czynności medycyny laboratoryjnej zleconej przez lekarza lub lekarza dentystę leczącego pacjenta, jeżeli stwierdzi:

²⁹ M. Sadowska, Art. 12, [w:] W. Lis, M. Sadowska, *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 93.

- 1) nieprawidłowe przygotowanie pacjenta do badań laboratoryjnych;
- 2) wystąpienie niezgodności otrzymanego materiału biologicznego z wymaganiami dotyczącymi jego pobrania lub transportu;
- 3) zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta w wyniku wykonania czynności medycyny laboratoryjnej.

Z kolei ustawa o zawodzie ratownika medycznego w art. 56 stanowi, że

Ratownik medyczny może po dokonaniu oceny stanu zdrowia pacjenta nie podejmować medycznych czynności ratunkowych albo nie udzielać świadczeń zdrowotnych, albo odstąpić od prowadzenia tych czynności albo udzielania tych świadczeń, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wreszcie wedle art. 17 ustawy o niektórych zawodach medycznych

W przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do realizacji zlecenia wykonania danego świadczenia opieki zdrowotnej osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo domagać się od zlecającego, aby uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także ma prawo odmowy wykonania określonego świadczenia.

Ustawa dotyczy choćby takich zawodów medycznych, jak higienistka stomatologiczna, opiekun medyczny, pediatra czy technik masażysta.

W związku z powyższym nasuwają się trzy podstawowe wnioski. Po pierwsze, ustawa z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest wzorcowym aktem prawnym, do którego nawiązują późniejsze ustawy regulujące poszczególne zawody medyczne. Ustawodawca nie kształtuje zatem prawa do odmowy pomocy medycznej na gruncie określonych zawodów medycznych w sposób diametralnie różny w porównaniu z najstarszą w tym katalogu ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Są to podobne regulacje wzorowane na rozwiązaniach unormowanych ustawą z 1996 r.

Po drugie, lekarz ma prawo odmowy udzielenia pomocy lekarskiej bądź odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia: 1) w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej nie

spowoduje bezpośrednio niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia; 2) w razie konfliktu etycznego z powołaniem się na klauzulę sumienia (odmowa wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem lekarza), jeśli zaniechanie pomocy medycznej nie spowoduje bezpośrednio niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Jest to rozumowanie *a contrario* w stosunku do brzmienia art. 30, art. 38 oraz art. 39 u.z.l.l.d.

Klauzula sumienia, na którą może powołać się lekarz przy odmowie realizacji świadczenia, jest trudna do zdefiniowania przy braku konkretnych ustawowych wskazówek interpretacyjnych. Niemniej jednak w nauce A. Górski sformułował trafny pogląd, że

istotą omawianej klauzuli jest oczywiście niemożność oceny słuszności (oceny aksjologicznej) tej decyzji lekarskiej. W praktyce decyzja o zaniechaniu podjęcia świadczenia zdrowotnego motywowana będzie najczęściej względami religijnymi i dotyczy takich świadczeń zdrowotnych, jak diagnostyczne badania prenatalne oraz zabiegi przerywania ciąży zgodnie z przepisami ustawy³⁰.

Po trzecie, nasuwa się tutaj pytanie o związek tych szczegółowych regulacji z ogólniejszym przepisem art. 210 § 5 k.p. Jest to pytanie, czy można w tym wypadku zastosować zasadę szczególności, a więc czy wskazane przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty mogą być podstawą do odpowiedniej systemowej wykładni regulacji Kodeksu pracy w kontekście możliwości odmowy przez osobę wykonującą zawód medyczny wykonania pracy niebezpiecznej.

Należy tu przypomnieć, że za pracę niebezpieczną ustawodawca uznał pracę, której „warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez niego praca grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom” (art. 210 § 1 k.p.). Generalnie też prawo powstrzymania się od wykonania pracy niebezpiecznej nie dotyczy pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia.

³⁰ A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 147.

W tej kwestii nawet wykładnia sądowa jest dość niejednolita. Z jednej strony bowiem Sąd Najwyższy orzekł, że personelowi lekarsko-pielęgniarskiemu w zakresie obowiązków pracowniczych nie przysługuje uprawnienie do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w związku z art. 210 § 1 k.p.). Wówczas to na szpitalu jako pracodawcy spoczywa zwiększone ryzyko odpowiedzialności wobec pracowników personelu medycznego, którzy korzystają z domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), że do zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby doszło w związku z pracą zawodową³¹. Z drugiej jednak strony Sąd Najwyższy, w przywołanym wcześniej postanowieniu, wyraźnie stwierdził zasadność oraz legalność prawa do odmowy wykonania obowiązków pracowniczych w początkowym stadium epidemii Covid-19 z uwagi na obiektywnie uzasadnione przekonanie, że zagrazi to zdrowiu pracownika i jego rodziny, wywołane powszechnie panującym w społeczeństwie wysokim stanem obawy przed zakażeniem i ciężkim przebiegiem choroby oraz przy braku dostatecznej wiedzy na temat skuteczności środków ochrony. W ocenie bowiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu pracownik nie tylko nie powinien świadczyć pracy, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom BHP i stwarzają zagrożenie dla życia i zdrowia, ale wręcz nie może jej wykonywać wówczas, gdy ma świadomość tego, że swoim działaniem i podejmowanymi czynnościami narusza przepisy i zasady BHP, stwarzając zagrożenie życia i zdrowia³². W nauce D. Dörre-Kolasa wyraziła pogląd, że

pracownik, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia, nie korzysta z prawa do powstrzymania się od wykonywania pracy czy oddalenia się z miejsca zagrożenia w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla jego zdrowia lub życia z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, gdyż niebezpieczeństwo to niejako wpisane jest w charakter świadczonej przez niego pracy³³.

³¹ Wyrok SN z dnia 15 maja 2001 r., II UKN 395/00, OSNP 2003, nr 3, poz. 70.

³² Wyrok WSA w Opolu z dnia 26 maja 2011 r., II SA/Op 17/11, LEX nr 881802.

³³ D. Dörre-Kolasa, *Art. 210, [w:] Kodeks pracy. Komentarz*, red. A. Sobczyk, wyd. 6, Warszawa 2023, s. 919.

Nie jest to jednak do końca trafne stanowisko doktryny. Przy ocenie legalności prawa do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej przez osoby wykonujące zawód medyczny należy mieć wzgląd na szczegółowe przepisy ustaw regulujących poszczególne zawody medyczne, a także analizować każdorazowo *ad casu, in concreto* przypadki odmowy w odniesieniu do konkretnych okoliczności. Zdaniem B. Bury „z uwagi na wzmożony kontakt personelu medycznego z zagrożeniami wirusowymi typu: wirus świńskiej grypy (A/H1N1), EBOLA (*Ebola virus* (EBOV)) czy też MERS (nCoV, MERS-CoV)”³⁴, można oczekiwać od zatrudniających podmiotów leczniczych zapewnienia odpowiednich środków ochronnych.

Nie chodzi przy tym o jakiekolwiek zabezpieczenia, ale te, które spełniają wymogi i standardy wyznaczane przez najnowsze osiągnięcia nauki, także w skali globalnej (światowej), a nie znane tylko realiom krajowym (lokalnym). [W jej ocenie zatem – R.G.] Opóźnienie udzielenia pomocy jest z pewnością dopuszczalne, jeśli zwłoka związana z dostarczeniem tych środków (w przypadku ich braku, dostępności) nie spowodzi niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. W takim wypadku możliwe jest, jak się wydaje, powstrzymanie się od wykonywania pracy³⁵.

To jest pierwsza ogólna konstatacja, którą czyni autorka. Po drugie, zwraca B. Bury uwagę na uzasadnione przekonanie lekarza, że pomimo nawet posiadania stosownych umiejętności „udzielenie pomocy w konkretnej sytuacji oznacza poświęcenie własnego zdrowia”³⁶. Wówczas lekarz „może powstrzymać się od udzielenia pomocy, powołując się na stan wyższej konieczności”³⁷. B. Bury stawia wprost tezę, że „nie można bowiem wymagać od niego realizacji obowiązków służbowych w sposób, który można ocenić jako »poświęcenie« siebie”³⁸.

Przywołane stanowisko w doktrynie jest słuszne. Nie sposób bowiem wymagać od personelu medycznego, żeby – zwłaszcza

³⁴ Zob. szerzej: B. Bury, *Prawo personelu medycznego (lekarskiego) do powstrzymania się od wykonywania pracy*, „Monitor Prawa Pracy” 2016, nr 4, s. 186.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

w sytuacji braku odpowiedniego zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej oraz zbiorowej, co *per se* oznacza warunki pracy nieodpowiadające przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w sytuacji braku właściwego stanu psychofizycznego (utrzymania wymaganej szczególnej sprawności psychofizycznej) – narażał on własne życie jako dobro najwyższego rzędu, nawet przy założeniu, że ma on nadal obowiązek pracowniczy ratowania życia ludzkiego i wynika to z etosu zawodowego. Ratowanie życia ludzkiego przez osoby wykonujące zawody medyczne nie może odbywać się niejako „kosztem” własnego zdrowia i życia. Z obowiązkiem ratowania życia ludzkiego sprzężony jest bowiem obowiązek podmiotu leczniczego zapewnienia personelowi medycznemu wzmoczonej ochrony przed szkodliwymi i niebezpiecznymi czynnikami środowiska pracy. Pracowniczy obowiązek ratowania życia ludzkiego powinien być relatywny względem tegoż obowiązku podmiotu leczniczego. Ma to swoje potwierdzenie w dalszych poglądach nauki prawa medycznego. T. Sroka³⁹ wskazuje na

obowiązek państwa zapewnienia gwarancji także dla prawa do ochrony życia i zdrowia personelu medycznego oraz poszanowania godności ludzkiej, której elementem jest m.in. brak możliwości nałożenia przez władze publiczne na jednostkę obowiązku, którego wykonanie z dużym stopniem prawdopodobieństwa lub z pewnością prowadziłoby np. do śmierci czy też bardzo poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Jego zdaniem „demokratyczne państwo prawa nie może bowiem nakładać na pracowników ochrony zdrowia prawnego i bezwzględnie obowiązku poświęcenia własnego życia”⁴⁰. T. Sroka jednoznacznie wyraził też pogląd, że:

Właściwe wyważenie z jednej strony ochrony zdrowia publicznego oraz w dalszej kolejności życia i zdrowia poszczególnych osób, a z drugiej strony poszanowanie godności oraz prawa do ochrony życia lub zdrowia członka personelu medycznego, w szczególności w czasie pandemii Covid-19, powinno prowadzić do wniosku, że art. 210 § 5 k.p. nie stanowi podstawy do generalnego wykluczenia prawa powstrzymania

³⁹ Zob. szerzej: T. Sroka, *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6 s. 85.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 87.

się od wykonywania pracy przez członka personelu medycznego, ale wyłącznie w tych sytuacjach, w których *in concreto* w stosunku do określonych pracowników ochrony zdrowia aktualizuje się obowiązek ratowania życia ludzkiego⁴¹.

Mając zatem na uwadze powyższe poglądy przedstawicieli doktryny, należy stwierdzić, że w istocie nie zachodzi kolizja na zasadzie szczególowości pomiędzy regulacją art. 210 § 5 k.p. a właściwymi przepisami ustaw regulujących zawody medyczne, zwłaszcza art. 30, art. 38 oraz art. 39 u.z.l.l.d.

Kodeks pracy ogólnie bowiem stanowi o generalnym obowiązku pracowniczym ratowania życia ludzkiego oraz – równie generalnym – braku prawa do odmowy wykonywania tego obowiązku w sytuacji zwiększonego narażenia zawodowego osób wykonujących zawody medyczne. W tym względzie obowiązek ten jedynie uszczegóławia przykładowo ustawodawca w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarz zatem ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej (czyli nie może odmówić czy odstąpić od leczenia, w tym powołując się na klauzulę sumienia) w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wobec powyższego: pod względem dogmatycznoprawnym zupełnie inną kwestią jest relatywizacja obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego w stosunku do osób wykonujących zawody medyczne. Z uwagi na przywołane orzecznictwo sądowe, a także poglądy doktryny, relatywizacja taka powinna następować *in concreto*, przy uwzględnieniu całej materii narażenia zawodowego personelu medycznego w pierwszej kolejności na szkodliwe czynniki biologiczne, a następnie także na niebezpieczne czynniki chemiczne i czynniki fizyczne w medycznym środowisku pracy. W związku z tym obok literalnej wykładni tych przepisów trzeba by *ad casum* stosować dynamiczną wykładnię funkcjonalną wszędzie tam, gdzie z okoliczności konkretnych spraw wprost wynikać będzie, że przystąpienie do udzielania pomocy medycznej doprowadzi bezpośrednio do zagrożenia życia i zdrowia personelu medycznego.

⁴¹ *Ibidem*, s. 86.

Co więcej, wzorcowa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowiąc o prawie odmowy udzielenia pomocy lekarskiej bądź odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia, odnosi to prawo nie tyleż do obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego, choć także na zasadzie szczegółowości i do tego obowiązku, co do generalnego obowiązku zawodowego o charakterze etycznym, jakim jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu.

Ten etyczny obowiązek zawodowy lekarzy determinuje przestrzeganie tegoż zawodu medycznego (jak i pozostałych zawodów medycznych). Jest to zawód zaufania publicznego o szczególnym statusie społecznym. Obowiązek zawodowy niesienia pomocy medycznej i leczenia związany jest bowiem z konstytucyjnym prawem każdego do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP⁴²). Jest to socjalne prawo każdego człowieka, które staje się również zadaniem władzy publicznej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Dlatego też państwo, w tym zakresie realizując prawo do ochrony zdrowia, pod względem dogmatycznoprawnym oddaje drugiego człowieka, pacjenta, władztwu fachowemu lekarza bądź też innej osoby wykonującej zawód medyczny. Z tego faktu wynika wprost doniosłość obowiązku zawodowego ochrony życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenia chorych oraz niesienia ulgi w cierpieniu. I z tak pojętym obowiązkiem zawodowym związane jest prawo odmowy udzielenia pomocy lekarskiej (medycznej) bądź odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia.

W doktrynie prawa administracyjnego zwraca się uwagę, że władztwo fachowe jako część władztwa zakładowego przynależy „funkcjonariuszom zakładu wobec jego użytkowników w ramach działalności zakładu”⁴³ i zasadniczo obejmuje „możliwość dokonania oceny destinatarium zakładu lub nałożenia na niego obowiązku

⁴² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).

⁴³ Zob. A. Jakubowski, *Władztwo fachowe a władztwo administracyjne w zakładzie publicznym*, [w:] *Fenomen prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa Profesora Jana Zimmermanna*, red. W. Jakimowicz, M. Krawczyk, I. Niżnik-Dobosz, Warszawa 2019, s. 391.

wykonania bądź zaniechania określonej czynności faktycznej”⁴⁴. W typowej praktyce udzielania świadczeń szpitalnych tak ujęte władztwo fachowe wyrażać się może w poleceniu zajęcia określonego łóżka czy zezwoleniu na przebywanie w parku⁴⁵.

Na tle tego poglądu można wysnuć dalej idący wniosek, że władztwo fachowe w ogóle jako takie *per se* tkwi w istocie wykonywania zawodu medycznego, przykładowo lekarza lub lekarza dentystry. Skoro bowiem państwo działa przez swoje organy i ich piastunów, to na barkach przedstawicieli uregulowanych zawodów medycznych spoczywa odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, gdyż tylko tak skutecznie można wyegzekwować konstytucyjne prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia ze strony państwa, a w konsekwencji – osób działających niejako w jego imieniu, zwłaszcza osób wykonujących zawody medyczne. W systemie opieki zdrowotnej w tym właśnie założeniu zawiera się geneza zarówno lekarskiego (czy szerzej medycznego) obowiązku pracowniczego ratowania życia ludzkiego, jak i obowiązku zawodowego ochrony życia i zdrowia ludzkiego. Dlatego te obowiązki mają szczególne znaczenie w etyce zawodowej, np. etyce lekarskiej, choć nadal powinny być odpowiednio relatywizowane.

Prawo odmowy udzielenia pomocy lekarskiej bądź odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia ma szerszy zakres od prawa odmowy wykonania pracy niebezpiecznej, gdyż zagrażającej bezpośrednio życiu lub zdrowiu lekarza jako pracownika podmiotu działalności leczniczej. Pierwsze z praw odnosi się bowiem do podstawowego lekarskiego obowiązku zawodowego, zaś odmowa wykonania pracy niebezpiecznej związana jest tylko z lekarzem pozostającym w stosunku pracy, a więc pracownikiem zatrudnionym w podmiocie leczniczym, w stosunku do którego aktualizuje się obowiązek pracowniczy ratowania życia ludzkiego.

Nie można jednak zapomnieć o lekarzach, pielęgniarkach, fizjoterapeutach i diagnostach laboratoryjnych wykonujących swój zawód (działalność leczniczą) w ramach działalności gospodarczej⁴⁶.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 388–389.

⁴⁶ Przepis art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799 z późn. zm.) stanowi, że działalność

W stosunku do nich także aktualny pozostaje obowiązek zawodowy udzielania pomocy medycznej, leczenia, ale jednocześnie nie ma tu mowy o jakimkolwiek obowiązku pracowniczym ratowania życia ludzkiego.

Można więc skonstatować, że obowiązek pracowniczy jest zawsze dalej idący niż *stricte* obowiązek zawodowy, wynikający z etyki (zasad) wykonywania zawodu. Wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny podlegają etyce (zasadom) wykonywania zawodu, niezależnie od formy (podstawy prawnej) wykonywania zawodu medycznego. Niemniej jednak, pozostając w stosunku pracy (stosunku służby), dodatkowo jeszcze jako pracownicy podmiotów leczniczych związani są pracowniczym obowiązkiem ratowania życia ludzkiego, z tej racji, że aktualizuje się w stosunku do nich konstytutywna cecha zatrudnienia pracowniczego, jaką jest zasada podporządkowania (kierownictwa) pracodawcy.

W doktrynie zwraca się jednak uwagę, że tradycyjnie rozumiane hierarchiczne podporządkowanie wobec pracodawcy nie może być w pełni zastosowane w stosunku do pracowników medycznych, np. lekarzy w stosunku pracy z podmiotem leczniczym. Mówi się tutaj o „podporządkowaniu autonomicznym” czy też „autonomii w podporządkowaniu” pracownika kierownictwu pracodawcy i jego poleceniom lub poleceniom przełożonych⁴⁷. W ocenie Sądu Najwyższego ten nowy system podporządkowania autonomicznego jest szczególnie widoczny w przypadku pracowników wykonujących zawody twórcze, gdyż szczególnie im pracodawca pozostawia istotny margines swobody co do sposobu realizacji powierzonego im w ramach stosunku pracy zadania⁴⁸.

Zdaniem M. Włodarczyka prawo pracodawcy (przełożonych) do wydawania poleceń, zwłaszcza w zakresie merytorycznego lub

lecznicza lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka, a także w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka zawodowa.

⁴⁷ Zob. szerzej: M. Włodarczyk, *Status prawny pracowników medycznych*, [w:] *Pragmatyki pracownicze*, red. K.W. Baran, Z. Góral, „System Prawa Pracy”, t. 11, Warszawa 2021, s. 1277–1284.

⁴⁸ Zob. uzasadnienie wyroku SN z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNP 2001, nr 1, poz. 18.

technicznego sposobu wykonywania pracy, „winno być ograniczone z uwagi na okoliczność, iż do podejmowania właściwych decyzji dotyczących sposobu wykonywania pracy pracownik jest bardziej kompetentny niż jego przełożony/pracodawca”⁴⁹.

W przypadku pracowników wykonujących zawody medyczne z tej specyficznej natury podporządkowania wobec pracodawcy, z tej autonomii wyrażającej się w możliwości skorzystania ze swego rodzaju luzu decyzyjnego przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, wynika w dużej mierze zasadność prawa pracowniczego personelu medycznego do odmowy podjęcia leczenia, odstąpienia od leczenia, powstrzymania się od udzielenia świadczenia zdrowotnego lub udzielenia pomocy lekarskiej (czy też pomocy medycznej).

Wydaje się także zasadne, zwłaszcza wobec coraz częstszych ataków i napaści na personel medyczny osób, którym udzielana jest pomoc medyczna, rozważenie prawa odmowy udzielenia tej pomocy, z powołaniem się na zagrożenie własnego zdrowia i życia. Mowa tu o pacjentach naruszających nietykalność cielesną personelu medycznego w sytuacji, gdy przedstawiciele zawodów medycznych objęci zostają ochroną należną funkcjonariuszom publicznym⁵⁰. Zazwyczaj są to sytuacje z udziałem pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym, wywołanym działaniem alkoholu, narkotyków lub innych substancji odurzających i psychotropowych, bądź pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W wielu wypadkach takie osoby stają się agresywne w stosunku do personelu medycznego, narażając przedstawicieli zawodów medycznych na niebezpieczeństwo utraty zdrowia, a nawet życia.

⁴⁹ M. Włodarczyk, *Status prawny...*, *op. cit.*, s. 1281.

⁵⁰ Dla przykładu art. 44 u.z.l.i.d. stanowi, że „Lekarzowi, który: 1) wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 [...], 2) wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie – przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu”. Podobne przepisy zawierają ustawy regulujące pozostałe zawody medyczne.

Paradoksalnie bowiem, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵¹, osoby wykonujące zawód medyczny mają nałożony *implicit*e obowiązek stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego może polegać na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji (art. 18 ust. 6 u.o.z.p.). Tym samym lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni, w razie zaistnienia konieczności relatywnego ważenia dóbr prawnych, w sytuacji, w której mają zabezpieczyć agresywnego pacjenta, zwłaszcza z wykorzystaniem środków przymusu bezpośredniego, a jednocześnie także zrealizować obowiązek udzielenia jemu pomocy, powinni mieć prawo odmowy udzielenia pomocy medycznej, przykładowo, do chwili przybycia na miejsce funkcjonariuszy policji i obezwładnienia takiej osoby. Dobro wyższego rzędu stanowi tutaj życie i zdrowie osoby wykonującej zawód medyczny.

Kwestia granic „poświęcania” samego siebie nabiera szczególnego znaczenia w obliczu niedawnej tragedii, która wydarzyła się w Krakowie, gdzie na dyżurze został zamordowany lekarz Tomasz Solecki, ortopeda krakowskiego Szpitala Uniwersyteckiego. Tragedia ta poruszyła nie tylko całe środowisko lekarskie, ale też opinię publiczną. Pojawiły się apele do władz państwowych o systemowe zmiany⁵². Z pewnością w tym wypadku konieczna jest pogłębiona

⁵¹ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917, dalej także: u.o.z.p.

⁵² Przykładowe propozycje takich zmian to: 1) ściganie gróźb karalnych wobec personelu medycznego z urzędu, 2) zastrzeżenie danych osobowych

refleksja samego ustawodawcy, której efektem będą odpowiednie zmiany w prawie. Do rozważenia jest tutaj choćby: 1) obowiązek poddania się rewizji osobistej lub wykrywaczem metali wszystkich osób wkraczających do podmiotu leczniczego (w tym pacjentów), 2) powołanie Straży Ochrony Szpitali (wzorem np. Straży Ochrony Kolei) czy też 3) zakaz wnoszenia przedmiotów niebezpiecznych na teren zakładu leczniczego.

Prawo odmowy udzielenia pomocy medycznej i leczenia może być rozpatrywane pod kątem odpowiedzialności zawodowej⁵³. Ograniczając się do zawodów lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁵⁴, członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Ustawa posługuje się jednak zwrotami niedookreślonymi, odnosząc przewinienia zawodowe, np. odmowę leczenia z powołaniem się na klauzulę sumienia, do ekstensywnie ujętych zasad etyki lekarskiej czy też przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

De lege ferenda wypada zatem postulować opracowanie, czy to w ramach kodeksów etyki zawodowej, np. Kodeksu etyki lekarskiej,

lekarzy i innych zawodów medycznych w rejestrach publicznych, 3) wprowadzenie nowej kategorii prawnej: zakłócanie porządku publicznego w placówkach medycznych, 4) opracowanie ogólnopolskiej procedury zgłaszania agresji i szybkiego reagowania służb, 5) stworzenie Rejestru Agresji w Ochronie Zdrowia jako narzędzia prewencyjnego. Zob. szerzej: *Prezes NRL przedstawił minister zdrowia propozycje systemowych zmian po tragedii w Krakowie*, 5.05.2025, rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prezes-NRL-predstawil-minister-zdrowia-propozycje-systemowych-zmian-po-tragedii-w-Krakowie,271110,14.html [dostęp: 8.05.2025].

⁵³ Taka jest zresztą wykładnia doktryny prawa medycznego, gdzie wprost wyartykułowany został pogląd, że jedną z przesłanek odpowiedzialności zawodowej jest naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, a wśród najistotniejszych skierowanych do lekarzy obowiązków wynikających z przepisów prawa wymienić należy m.in. obowiązek udzielenia pomocy osobom, które znajdują się w stanie zagrażającym bezpośrednio utratą życia czy zdrowia. Zob.: A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – przykłady – orzecznictwo*, Warszawa 2013.

⁵⁴ T.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342.

czy to w ramach przepisów powszechnie obowiązujących, pewnych formalnych metod oceny bądź procedur postępowania osób wykonujących zawody medyczne w sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby wykonującej zawód medyczny, w tym pracownika medycznego. *Non solum salus aegroti suprema lex esto, salus medici suprema lex etiam esto.* Pozwoliłoby to na choćby częściowe dookreślenie prawnych i zarazem etycznych granic „poświęcania” samego siebie przez osoby wykonujące zawody medyczne występujące w roli gwaranta, czyli wszędzie tam, gdzie mają ten szczególny obowiązek zawodowy czy też pracowniczy, ratowania i ochrony życia i zdrowia ludzkiego.

Uwagi końcowe

Prima facie osoby wykonujące zawód medyczny nie mają prawa do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej, czyli takiej pracy, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez niego praca grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom. Kodeks pracy formułuje nakaz wykonania pracy w stosunku do osób, których obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego.

Występuje tutaj związek formalny, zgodnie z zasadą szczególności, z regulacjami ustaw dotyczących poszczególnych zawodów medycznych, zwłaszcza wzorcowej dla pozostałych ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Otóż lekarz ma prawo odmowy udzielenia pomocy lekarskiej bądź odmowy leczenia lub odstąpienia od leczenia: 1) w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej nie spowoduje bezpośrednio niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, 2) w razie konfliktu etycznego z powołaniem się na klauzulę sumienia, jeśli zaniechanie pomocy medycznej nie spowoduje bezpośrednio niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Analiza teoretycznoprawna oraz dogmatycznoprawna przepisów zarówno Kodeksu pracy, jak i ustaw regulujących zawody medyczne nie wskazuje na istnienie kolizji pomiędzy tymi unormowaniami. Problem zawiera się bowiem w zakresie wyłączenia prawa do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej personelu medycznego, a więc w takim narażeniu zawodowym, w warunkach którego dochodzi już do narażania własnego życia i zdrowia, „poświęcania” samego siebie, pomimo że nadal aktualny wydawać się może obowiązek ratowania życia pacjenta nawet w warunkach urągających podstawowym przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy.

Narastającym problemem staje się także ochrona życia i zdrowia personelu medycznego w sytuacji bezpośredniego zagrożenia tych dóbr osobistych w wyniku agresywnych działań pacjentów, w trakcie udzielania im pomocy medycznej, jak też działań osób trzecich, pojawiających się „z zewnątrz” w trakcie trwania dyżuru medycznego.

Wykładnia judykatury, a także wykładnia doktrynalna, skłaniają się do relatywizacji tegoż obowiązku w sytuacji bezpośredniego, nieuchronnego zagrożenia życia i zdrowia osoby wykonującej zawód medyczny. Jest to słuszne rozumowanie, choć wymaga *de lege ferenda* wypracowania kierunkowych procedur postępowania, metod oceny czy określonych wytycznych.

Bibliografia

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1465 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1026).

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 814 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1213).
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 676).
- Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2125).
- Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2187).
- Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r., poz. 1972).

Orzeczenia

- Wyrok SN z dnia 7 stycznia 1998 r., I PKN 405/97, OSNP 1998, nr 22, poz. 651.
- Wyrok SN z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNP 2001, nr 1, poz. 18.
- Wyrok SN z dnia 19 stycznia 2000 r., I PKN 488/99, OSNP 2001, nr 11, poz. 375.
- Wyrok SN z dnia 9 maja 2000 r., I PKN 619/99, OSNP 2001, nr 20, poz. 610.
- Wyrok SN z dnia 15 maja 2001 r., II UKN 395/00, OSNP 2003, nr 3, poz. 70.
- Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I CKN 1386/00, LEX nr 75348.
- Wyrok SN z dnia 11 maja 2006 r., I PK 191/05, OSNP 2007, nr 9–10, poz. 128.
- Wyrok SN z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671.
- Wyrok SN z dnia 10 lutego 2021 r., I PSKP 6/21, LEX nr 3156224.
- Wyrok SN z dnia 23 maja 2023 r., II PSKP 4/22, OSNP 2024, nr 1, poz. 4.
- Postanowienie SN z dnia 22 września 2022 r., III PSK 22/22, LEX nr 3490201.
- Postanowienie SN z dnia 17 listopada 2022 r., I PSK 1/22, LEX nr 3549619.
- Postanowienie SN z dnia 11 października 2023 r., I PSK 35/23, LEX nr 3614379.
- Postanowienie SN z dnia 12 marca 2024 r., III PSK 46/23, LEX nr 3692611.
- Wyrok WSA w Opolu z 26 maja 2011 r., II SA/Op 17/11, LEX nr 881802.
- Wyrok SO w Łodzi z 7 czerwca 2016 r., VII Pa 106/16, LEX nr 2129202.
- Wyrok SA w Krakowie z 31 stycznia 2019 r., I ACa 283/18, Legalis nr 2252300.

Inne

Kodeks etyki lekarskiej – załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf.

Literatura

- Bury B., *Prawo personelu medycznego (lekarskiego) do powstrzymania się od wykonywania pracy*, „Monitor Prawa Pracy” 2016, nr 4, s. 182–188.
- Caban Ł., Urbańska M., Art. 30, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Dörre-Kolasa D., Art. 210, [w:] *Kodeks pracy. Komentarz*, red. A. Sobczyk, wyd. 6, Warszawa 2023.
- Fiutak A., Podleśny T., Kozik M., Szczërba P., Zblewska-Wrońska K., *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – przykłady – orzecznictwo*, Warszawa 2013.
- Górski A., *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019.
- Jakubowski A., *Władztwo fachowe a władztwo administracyjne w zakładzie publicznym*, [w:] *Fenomen prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa Profesora Jana Zimmermanna*, red. W. Jakimowicz, M. Krawczyk, I. Niżnik-Dobosz, Warszawa 2019, s. 371–393.
- Karkowska D., Art. 7, [w:] E. Bielak-Jomaa, G. Błazewicz, R. Bryzek, B. Chmielewicz, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak, D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Prezes NRL przedstawił minister zdrowia propozycje systemowych zmian po tragedii w Krakowie, 5.05.2025, rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prezes-NRL-przedstawił-minister-zdrowia-propozycje-systemowych-zmian-po-tragedii-w-Krakowie,271110,14.html [dostęp: 8.05.2025].
- Raczkowski M., Art. 210, [w:] M. Gersdorf, W. Ostaszewski, K. Rączka, A. Zwoilińska, M. Raczkowski, *Kodeks pracy. Komentarz*, wyd. 4, Warszawa 2024.
- Sadowska M., Art. 12, [w:] W. Lis, M. Sadowska, *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Sroka T., *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 75–98.
- Włodarczyk M., *Status prawny pracowników medycznych*, [w:] *Pragmatyki pracownicze*, red. K.W. Baran, Z. Góral, „System Prawa Pracy”, t. 11, Warszawa 2021.
- Zielińska E., Namysłowska-Gabrysiak B., Art. 30, [w:] Barcikowska-Szydło E., Dąbek A., Kubiak R., Majcher K., Malczewska M., Sakowski K., Syroka-Marczewska K., Zielińska E., Namysłowska-Gabrysiak B., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2022.

Streszczenie

Granice „poświęcania” samego siebie przez osoby wykonujące zawód medyczny

Narażenie zawodowe wprost powiązane jest z prawem do odmowy przez osoby wykonujące zawody medyczne wykonania pracy niebezpiecznej. Występuje tutaj związek formalny, zgodnie z zasadą szczególności, z regulacjami ustaw dotyczących poszczególnych zawodów medycznych.

Problem zawiera się bowiem w zakresie wyłączenia prawa personelu medycznego do odmowy wykonania pracy niebezpiecznej, a więc w takim narażeniu zawodowym, w warunkach którego dochodzi już do narażania własnego życia i zdrowia, „poświęcania” samego siebie, pomimo że nadal aktualny wydawać się może obowiązek ratowania życia pacjenta nawet w warunkach urągających podstawowym przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy.

Wykładnia judykatury, a także wykładnia doktrynalna, skłaniają się do relatywizacji obowiązku ratowania życia i zdrowia drugiego człowieka (pacjenta) w sytuacji bezpośredniego, nieuchronnego zagrożenia życia i zdrowia osoby wykonującej zawód medyczny. Jest to słuszne rozumowanie, choć jednocześnie wymaga wypracowania kierunkowych procedur postępowania, metod oceny czy określonych wytycznych.

Słowa kluczowe: praca niebezpieczna, odmowa udzielenia pomocy medycznej, odmowa przystąpienia do leczenia, odstąpienie od leczenia, relatywizacja prawna

Abstract

The limits of self-sacrifice by medical professionals

Occupational exposure is directly related to the right of people performing medical professions to refuse to perform dangerous work. There is a formal connection here, in accordance with the principle of detail, with the regulations of the acts concerning individual medical professions.

The problem lies in the scope of excluding the right to refuse to perform dangerous work of medical personnel, i.e. in such occupational exposure, in conditions of which one already risks one's own life and

health, 'sacrificing' oneself, despite the fact that the obligation to save the patient's life may still seem relevant even in conditions that violate basic occupational health and safety regulations and principles.

The interpretation of the case law, as well as the doctrinal interpretation, tends to relativize the obligation to save the life and health of another person (patient) in a situation of direct, imminent threat to the life and health of a person performing a medical profession. This is correct reasoning, although at the same time it requires the development of directional procedures, assessment methods or specific guidelines.

Key words: dangerous work, refusal to provide medical help, refusal to undergo treatment, withdrawal from treatment, legal relativization