

czyli moje przemyślenia na temat osobliwości prawnych czasu pracy lekarzy anestezjologów

Pisząc niniejszy szkic o czasie pracy anestezjologów, nie mogłam odmówić sobie wyrażenia osobistych refleksji o pracy lekarzy tej specjalności, którzy w moim sercu zajmują miejsce szczególne.

O anestezjologach i ich pracy oficjalnie mówi się rzadko. W zasadzie, ostatnio wyłącznie w kontekście zarobkowych wyjazdów zagranicznych. Według danych pochodzących od Związku Zawodowego Anestezjologów, począwszy od maja 2004 r. ponad 15% polskich anestezjologów wyjechało do pracy w innych krajach Unii Europejskiej.

Anestezjologia i intensywna terapia jawi mi się jako specjalność na poły magiczna. Żadna inna nie jest tak przepełniona tajemniczością. Kiedyś jeden ze znajomych (lekarz *nota bene*) zadał mi pytanie: a co takiego jest pociągającego w tej anestezjologii, że ty — osoba niemająca nic wspólnego z medycyną (nie chciał widocznie użyć słowa: profan) z takim zaangażowaniem studiujesz historię jej powstania i obecne problemy organizacyjno — prawne ludzi, którzy się anestezjologią i intensywną terapią parają? Odpowiedziałam pytaniem na pytanie: Czy może być coś bardziej fascynującego, niż to, że jeden człowiek może dowolnie sterować świadomością innego człowieka lub odczuwaniem przez niego bólu?

Według oficjalnych definicji źródłowych anestezjologia i intensywna terapia oznacza: wykonywanie znieczuleń ogólnych lub przewodowych do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych (anestezja), postępowanie mającego na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością układu oddechowego, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego lub innego układu o podstawowym znaczeniu dla funkcjonowania organizmu (intensywna terapia), działanie mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania (reanimacja) oraz leczenie bólu, niezależnie od jego przyczyny. Anestezjologia jest integralną częścią wielu współczesnych dziedzin medycyny: chirurgii, kardiologii, ortopedii, ginekologii, laryngologii, interny, pediatrii i in. a intensywna terapia oznacza wieloprofilowe leczenie stanów zagrożenia życia człowieka. Anestezjolog — jak twierdzi prof. Leon Drobnik — Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i IT A.M. w Poznaniu — to lekarz, który umożliwia choremu bezpieczne przeżycie i bezbolesne przejście przez działania lecznicze innego leczenia — leczenia mechanicznego, prowadzonego przez innego lekarza, np. chirurga, pomagającego choremu wiedzą oraz mechanicznym działaniem z użyciem narzędzi, ingerujących w ciągłość tkanek chorego człowieka. Anestezjolog podejmuje się specjalnego intensywnego traktowania chorego, u którego z powodu choroby lub urazu doszło do ustania lub zagrożenia podstawowych czynności organizmu tj. oddychania, krążenia lub czynności ośrodkowego układu nerwowego. Intensywne leczenie polega zatem na zastąpieniu zagrożonych czynności organizmu metodami leczniczymi.

Anestezjolog nigdy nie pracuje sam. Jest on jednym z członków zespołu operacyjnego. Chirurdzy — oficjalni „dowódcy operacyjni” sami często przyznają (np. w książce Williama Nollena — Jak zostałem chirurgiem), że anestezjolog jest nawet ważniejszy od „dowódcy”. Piszę o tym z lekkim przekąsem, ponieważ tak naprawdę nie wierzę w kategoryzację lekarzy. W procesie leczenia pacjenta nie ma miejsca na rywalizację. Leczenie wymaga współpracy i anestezjolog jest tym, który taką pracę podejmuje i na równi z innymi aktywnie w niej uczestniczy.

Anestezjologia została pierwszą specjalnością lekarską w Polsce, której standardy zostały prawnie usankcjonowane. Standardy te były jednym z postulatów strajkujących anestezjologów pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Zasady postępowania anestezjologicznego zostały opublikowane w [Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej](#)

terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37 poz. 215). Aparatura i sprzęt medyczny, którego nazwy oraz funkcje są poza moimi możliwościami percepcyjnymi oraz leki potrzebne anestezjologowi do pracy należą do najkosztowniejszego wyposażenia lekarskiego. Z tego powodu koszty pobytu pacjenta na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii są tak wysokie. Niestety, w obecnym systemie rozliczania usług zdrowotnych wiedza o kosztach leczenia nie dociera do pacjenta. A może powinna?

Praca lekarzy anestezjologów jest bardzo specyficzna. Twierdzą tak nawet lekarze innych specjalności. Podstawowym obowiązkiem anestezjologa jest wykonywanie znieczuleń ogólnych i przewodowych. Anestezjolog znieczulający pacjenta do zabiegu operacyjnego jest całościowo odpowiedzialnym za znieczulenie. Wraz z rozwojem specjalności anestezjologii przejęli działania także poza salą operacyjną i stanowiskiem znieczulenia. Obecnie anestezjolog zajmuje się również premedykacją pacjentów przed zabiegami operacyjnymi, leczeniem bólu pooperacyjnego, intensywną terapią w okresie pooperacyjnym, resuscytacją szpitalną i pozaszpitalną, działalnością w pomocy doraźnej, a także leczeniem bólu przewlekłego. Tak szeroki obszar działań anestezjologa powoduje, że jest on najbardziej „wszędobylskim” lekarzem w szpitalu. Anestezjolog w swojej pracy musi wykazywać się interdyscyplinarną wiedzą i podejmować szybkie decyzje, które często wąż o życiu lub śmierci chorego. Anestezjolog, częściej niż inni lekarze, bywa świadkiem śmierci. Śmierć jest zresztą tak częstym gościem na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, że niekiedy prowokuje postawy cyniczne. W takich warunkach trzeba wykazywać się niebywałą odpornością psychiczną, co zdaje się być cechą zawodową anestezjologów.

Gdybym miała porównać anestezjologa to chyba czarodziej byłby skojarzeniem najbliższym. Umie z rzeczywistości tworzyć sen i ze snu rzeczywistość... Umie „zaczarować” ból... Albo sprawić, że chory, który już nie oddychał, znowu zaczyna oddychać...

Wydawać by się mogło, że lekarze, którzy odgrywają tak istotną rolę w leczeniu pacjenta powinni mieć zagwarantowaną prawną i faktyczną szczególną pozycję w zakresie godziwych warunków pracy. Mam na myśli odpowiedni poziom wynagrodzeń oraz zapewnienie należytego odpoczynku od pracy. Kwestia wynagradzania jest ściśle powiązana z rzeczywistością budżetową, a ta — czy tego chcemy, czy nie — podlega wpływom politycznym. Dlatego rozważenie się nad problemem wynagradzania lekarzy pozostawię cięższym, niż moja głowom. Skupię się natomiast na zagadnieniu czasu pracy lekarzy anestezjologów.

Obecnie obowiązujące przepisy prawa pracy nie różnicują ochrony prawnej czasu pracy wedle specjalizacji lekarskiej. Czas pracy lekarzy anestezjologów jest uregulowany w taki sam sposób, jak pozostałych lekarzy i innych pracowników wykonujących zawód medyczny. Prawo nie uwzględnia faktu, że lekarzy anestezjologów jest w Polsce niewielu (liczba anestezjologów w Polsce w 2005r. wynosiła 3780), a zapotrzebowanie na ich pracę ogromne. W dodatku wszystkie scenariusze rozwoju opieki zdrowotnej na świecie przewidują wzrost znaczenia anestezjologii i intensywnej terapii. Czy więc warto — w zakresie czasu pracy — wyodrębnić anestezjologów z grupy pozostałych pracowników zakładów opieki zdrowotnej? Spróbuję odpowiedzieć na to pytanie.

Każdy pracownik ma zagwarantowane konstytucyjnie prawo do odpoczynku. Podstawowym regulatorem czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej, są przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a w zakresie nie unormowanym tą ustawą — kodeks pracy. Ustawa o zoz była wielokrotnie zmieniana. Najpoważniejsze zmiany dotyczące czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej zaszły w wyniku wejścia w życie noweli z dnia 22 grudnia 1999r. Ustawa określa dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej normy czasu pracy, które wynoszą 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień.

Ustawa wprowadziła również do porządku prawnego pojęcie dyżuru medycznego. Oznacza on wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych. Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w szpitalach mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego. Liczba dyżurów medycznych nie może przekraczać 2 tygodniowo i 8 miesięcznie. Z jednej strony, stricte czasowej ten limit jest duży, z drugiej — finansowej jest zbyt mały. Właśnie dlatego czytając znajomemu anestezjologowi przepis o ilości dyżurów w skali miesiąca, usłyszałam z jego ust ciche słówko: niestety!

Tygodniowy czas pracy pracowników, którym może być powierzone pełnienie dyżuru medycznego, bez względu na obowiązujące ich normy czasu pracy (łącznie tygodniowy wymiar czasu pracy), łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym, chyba że pracownik wyrazi na piśmie zgodę na pracę w wyższym wymiarze. Takie sformułowanie ustawodawcy zawsze budzi mój niepokój. Jaką wartość ma dopuszczalny limit czasu pracy, skoro gwarancję jego przestrzegania znosi się niewinnie brzmiącym sformułowaniem: „chyba że”? Gdzie w takim razie jest granica, powyżej której pracodawca nie może bez konsekwencji prawnych zatrudniać pracownika? Czy można w ogóle mówić o ochronie praw pracowniczych, jeśli sam ustawodawca nie jest w tej materii konsekwentny?

Z brzmienia przepisów określających normy czasu pracy i definiujących pojęcie dyżuru medycznego wynika, że czas pracy i dyżur medyczny nie są pojęciami tożsamymi. Ustawodawca wyraźnie rozdziela te kategorie. Zgodnie bowiem z brzmieniem art. 32j ust.2 ustawy o zoz czasu pełnienia dyżuru medycznego nie wlicza się do czasu pracy. Jest to swoisty dualizm, trudny do zrozumienia. Dlaczego te same czynności zawodowe lekarza, w tych samych warunkach faktycznych raz są traktowane przez prawo jako praca sensu stricto i z tego tytułu maksymalny czas jej wykonywania jest o 25 minut krótszy, niż pracowników niemedycznych? A innym razem czynności te nie są objęte ustawodawczym bonusem skróconych norm i właściwie tylko nazwą odróżniają się od czasu pracy w ścisłym tego słowa znaczeniu?

Podobnie dziwnym wydaje się treść przepisu art. 32 ustawy: ordynator w szczególnie uzasadnionych przypadkach może zwolnić lekarza z części dnia pracy. Ustawodawca formułując przepis w ten sposób założył regułę, że pracownik po odbytych dyżurze ma dalej wykonywać pracę. Zwolnienie z części dnia pracy jest przewidziane jako wyjątek od powyższej reguły i podlega swobodnej ocenie ordynatora. Podejmując decyzję o zwolnieniu pracownika z części dnia pracy ordynator musi więc uwzględnić stopień zmęczenia tego pracownika po dyżurze, dostępność pozostałego personelu oraz potrzeby placówki. Przywołany przepis nie ma charakteru roszczeniowego, dlatego w tym przypadku pracownik nie może się skutecznie domagać prawa do wypoczynku. A zatem, można sformułować pytanie: czy konstytucyjnie zagwarantowane prawo pracownika do odpoczynku w tym przypadku nie jest zagrożone, skoro jego realizacja jest zależna od czyjegoś uznania?

W niektórych szpitalach zwalnianie lekarzy anestezjologów z części lub z całości dnia pracy po dyżurze odbywa się na szczęście już rutynowo. Dotyczy to zwłaszcza szpitali dużych, gdzie nie ma braków kadrowych w grupie anestezjologów. Należałoby zastanowić się, czy ten dobry zwyczaj nie powinien stać się prawem stanowionym. Może lepiej byłoby, gdyby regułę zmienić na wyjątek: ordynator w szczególnie uzasadnionych przypadkach mógłby pozostawić w pracy lekarza po odbytych dyżurze?

Zwalnianie z części lub z całości dnia pracy po dyżurze pojawia się jako problem nie tylko w sytuacjach niedoetatyzowania w szpitalach. Ma miejsce również wtedy, kiedy ordynator oddziału oficjalnie nie wie o innych dyżurach lekarza, odbywanych poza macierzystym oddziałem. Lekarze anestezjologowie często dyżurują na szpitalnych oddziałach ratunkowych w tym samym szpitalu lub w innym (dzieje się tak np. w przypadku lekarzy rezydentów, którzy do specjalizacji potrzebują odbyć 3 dyżury miesięcznie). Pracują tam w ramach przysługującego im czasu wolnego, więc zwalnianie ich mogłoby być odebrane przez innych lekarzy, zwłaszcza tych, którzy praktykują w prywatnych gabinetach jako przejaw nierównego traktowania. Jedna z anestezjolożek, która jest zastępcą ordynatora powiedziała wprost: nie wnikam w to, na co przeznaczają lekarze swój czas wolny. Jeden pójdzie do domu odpocząć, drugi - na całonocną dyskotekę, a trzeci — do innej pracy. Przy całym zaangażowaniu i dobrych chęciach, jak można sprawdzić, czy i jak lekarz wypoczywa po pracy?

Na marginesie należy dodać, że zwolnienie, o którym mowa w przepisie wcale nie oznacza, że anestezjolog wychodzi z pracy w momencie pojawienia się w pracy lekarzy-zmienników. Z moich obserwacji wynika, że od chwili rozpoczęcia przez zmienników pracy do opuszczenia stanowiska pracy przez lekarza dyżurującego mija około dwóch godzin. Ten czas jest konieczny na przekazanie zmiennikom istotnych informacji z odbytego dyżuru o raz na wypełnienie dokumentacji. Tych godzin pracy nikt nie ewidencjonuje, ani nie rozlicza. Lekarze nie upominają się o to, a służby pracodawcy zdają się tego problemu nie zauważać. Poczucie odpowiedzialności anestezjologów za swoją pracę staje się pożywką dla nadużyć.

Anestezjologowie z powodu dużego zapotrzebowania na usługi anestezjologiczne i

intensywnej terapii oraz z powodu małej liczby specjalistów wykonują swoją pracę nie tylko na podstawie umowy o pracę, ale często również równolegle na podstawie tak zwanego kontraktu medycznego. Kontrakt medyczny to umowa cywilnoprawna, w której lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską anestezjologiczną i intensywnej terapii zobowiązuje się do wykonywania usług z tego zakresu na rzecz tego szpitala, w którym jest zatrudniony. Czasami taka umowa zawierana jest z innym, niż macierzysty szpitalem. Oznacza to, że możliwe są warianty zatrudnienia:

- a) etat w macierzystym szpitalu + kontrakt na dyżury w macierzystym szpitalu lub
- b) etat w macierzystym szpitalu + kontrakt na dyżury w macierzystym szpitalu + kontrakt w innym szpitalu lub
- c) etat w macierzystym szpitalu + kontrakt w innym szpitalu lub
- d) kontrakt całonocny z macierzystym szpitalem, co jednak zdarza się rzadko.

Prywatna praktyka lekarska najczęściej kojarzy się z prowadzeniem prywatnego gabinetu. Anestezjolog nie ma pełnej swobody w prywatnym praktykowaniu. Prywatna praktyka anestezjologiczna tym różni się od prywatnych praktyk pozostałych specjalności lekarskich, że jest ściśle powiązana ze świadczeniami zdrowotnymi dostępnymi w szpitalu.

W literaturze przedmiotowej i w rozmowach prywatnych pojawiają się pytania, czy w świetle obowiązujących przepisów dopuszczalne jest zawieranie z lekarzami zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę dodatkowych umów na świadczenia zdrowotne, zwanych kontraktami medycznymi albo umowami o dyżury kontraktowe. Zdania są podzielone.

Należy podkreślić, że przepisy prawa pracy nie dopuszczają zastąpienia umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy jak przy umowie o pracę. Co z tego wynika w praktyce? Ochrona przewidziana przepisami kodeksu pracy została wprowadzona w celu wyeliminowania sytuacji, w której silniejsza strona stosunku pracy, czyli pracodawca narzuca swoją wolę pracownikowi. W przypadku rozpoczęcia prowadzenia prywatnej praktyki przez anestezjologa trudno sobie wyobrazić, że dzieje się tak wbrew woli samego lekarza. Można przyjąć, że zawarta umowa cywilnoprawna (kontrakt medyczny) mógłby się stać przedmiotem procesu sądowego o ustalenie istnienia stosunku pracy. Inicjatorem takiego procesu może być sam pracownik — lekarz anestezjolog lub inspektor pracy za zgodą pracownika. Tymczasem, żadna ze stron umowy nie jest zainteresowana ustaleniem stosunku pracy. Wydaje się, że jest dokładnie odwrotnie — przy obecnych wysokich kosztach pracy, lekarzowi i szpitalowi zależy przede wszystkim na tym, aby przy minimalnych nakładach osiągnąć maksymalną korzyść finansową. Kontrakt medyczny, będący przejawem zasady swobody umów daje taką możliwość.

Autorytety w dziedzinie prawa pracy jednoznacznie wyrażają się o niedopuszczalności podwójnego stosunku prawnego. W myśl tego twierdzenia strony stosunku pracy mogą zawrzeć odrębną umowę o pracę pod warunkiem, że jej przedmiotem będzie praca innego rodzaju, niż objęta pierwszą umową. Należałoby rozważyć, czy rzeczywiście założenie, iż z własnym pracownikiem nie może być zawarta umowa o pracę na świadczenie takiej samej pracy jak objęta umową o pracę, nawet jeżeli pracownik prowadzi zarejestrowaną działalność gospodarczą, nie jest zbyt daleko idącą ingerencją w swobodę prowadzenia działalności gospodarczej. Zwłaszcza, że wystarczy, aby dwóch anestezjologów zatrudnionych w dwóch różnych szpitalach zamieniło się miejscami świadczenia pracy w ramach prywatnej praktyki i sytuacja wymknie się spod jakiegokolwiek nadzoru nad warunkami pracy. Przepisy prawa pracy nie będą miały w takim przypadku zastosowania, a wraz z nimi przestaną obowiązywać prawnopracownicze graniczenia.

Problem w takim podwójnym zatrudnieniu leży gdzie indziej. W wielu przypadkach szpital jest jednocześnie pracodawcą i zleceniodawcą, a lekarz anestezjolog — pracownikiem i zleceniobiorcą. Szpitale tolerują zależność i podwójne podporządkowanie lekarza, wiedząc że poniesienie konsekwencji prawnych za naruszenie postanowień kontraktów (np. odnośnie wypłaty wynagrodzenia) jest dla nich mało prawdopodobne. Dzisiaj jest tak, że normy czasu pracy anestezjologów są naruszane w taki sposób, który paradoksalnie nie można nazwać bezprawnym. Zgoda lekarzy na pracę dłuższą, niż wynikałoby to z obowiązującego prawa wyłącza bezprawność zgodnie z zasadą *volenti non fit iniuria* — chcącemu nie czyni się bezprawia. Wzrost popularności umów o świadczenie usług z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, zwanych kontraktem medycznym lub umową o dyżury kontraktowe wynika z korzystniejszych warunków finansowych zarówno dla lekarza jak i dla szpitala. Lekarz zatrudniony w szpitalu na podstawie umowy o pracę i jednocześnie podlegający ubezpieczeniu społecznemu z innego tytułu (umowa cywilnoprawna z tym samym lub innym szpitalem)

odprowadza tylko składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Zysk finansowy dla lekarza jest oczywisty. Szpital korzystający z usług prywatnej praktyki lekarskiej lekarza anestezjologa również osiąga zysk. Zarówno wysokość wynagrodzenia za dyżur kontraktowy oraz czas przeznaczony na wykonanie świadczeń są ustalane w drodze negocjacji i nie podlegają żadnym ograniczeniom prawnym. Oznacza to lepsze zabezpieczenie szpitala w obsłudze anestezyjologiczną i intensywną terapię, a dla lekarza anestezjologa prowadzącego prywatną praktykę na rzecz szpitala — że jego czas pracy może przekraczać (i często przekracza) pracownicze normy czasu pracy. I dopóki takie rozwiązanie będzie opłacalne, próby zmiany tej sytuacji są skazane na porażkę.

Konsekwencją swobodnie ukształtowanego stosunku cywilnoprawnego jest brak ochrony prawnej czasu pracy, które to instytucje pomimo podobieństwa do instytucji pracowniczych nie podlegają ochronie przewidzianej w przepisach prawa pracy. Kontrakt medyczny wyklucza nadzór nad warunkami pracy zarówno przez organy administracji publicznej — Państwową Inspekcję Pracy, jak i organy społeczne — społeczny inspektor pracy. Inspektor pracy przeprowadzający kontrolę pracodawcy w zakresie przestrzegania przepisów o czasie pracy nie wnika — bowiem wnikać nie może — w kwestie wykonywania pracy przez anestezjologów w ramach prywatnej praktyki. Analogicznie jak nie może kontrolować, ile godzin spędza chirurg w swoim prywatnym gabinecie.

Niejasna w tej kwestii jest również rola związków zawodowych. W statucie Związku Zawodowego Anestezjologów jest mowa o ochronie interesów lekarzy anestezjologów będących w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bądź legitymujących się tytułem specjalisty I° lub II° z anestezjologii i intensywnej terapii, zatrudnionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od podstawy stosunku pracy i aktualnie wykonywanego zawodu czy pełnionej funkcji oraz lekarzy anestezjologów, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub stali się bezrobotni w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu (§ 3 statutu). Stosunek prawny wynikający z kontraktu medycznego — co zostało powiedziane wyżej - nie jest stosunkiem pracy, a zatem pozostaje otwartym pytanie, czy związek ma prawo i obowiązek reprezentowania interesów anestezjologa w zakresie prowadzonej przez niego prywatnej praktyki lekarskiej? Czy takie brzmienie postanowienia statutu jest zwykłą nieszczęśliwą redakcją, czy też świadomym ograniczeniem zakresu przedmiotowego działania związku?

Warto zaznaczyć, że dniu 4 października 2006 r. Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wystąpił z wnioskiem do Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczącym nieprzestrzegania w Polsce — w odniesieniu do lekarzy — postanowień dyrektyw UE o czasie pracy. Zgodnie z tymi przepisami i wyrokami Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości tygodniowy czas pracy lekarza w RP nie powinien przekraczać 48 godzin — wraz z dyżurami, których pełnienie powinno zaliczać się do czasu pracy. OZZL stwierdza, że lekarze w Polsce, na podstawie art. 32j ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, faktycznie są zobowiązani do pełnienia dyżurów medycznych, poza normalnym czasem pracy, w ilości do 8 miesięcznie i do 2 tygodniowo. Lekarz — dyżurując — może pozostawać na terenie szpitala (świadcząc pracę lub pozostając w dyspozycji do jej świadczenia podczas dyżuru), dwukrotnie w ciągu tygodnia bez przerwy po 31 godz. 35 minut, (dzień pracy + dyżur + dzień pracy) lub jeden raz w tygodniu bez przerwy przez 55 godzin i 35 minut (dzień pracy + dyżur + dzień pracy + dyżur + dzień pracy) — jeśli dyżur jest pełniony przez 2 kolejne dni. Jest też pozbawiony prawa do dodatkowego czasu odpoczynku za czas dyżuru. Niezależnie od zagrożenia dla zdrowia lekarza, jego nadmiernie długa praca, bez odpoczynku i snu, stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych. Wniosek ZK OZZL do Rzecznika Praw Obywatelskich ma na celu wyeliminowanie wspomnianych przepisów o dyżurach medycznych z polskiego porządku prawnego, zakończenie dyskryminacji lekarzy pod względem obowiązkowego czasu pracy i usunięcie zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów. OZZL wnioskuje, aby Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do podmiotów mających inicjatywę ustawodawczą o zmianę odpowiednich przepisów.

Czas pracy lekarzy anestezjologów jest jednym z wielu elementów polskiej służby zdrowia, które należy zreformować. Zmiana prawa w tym zakresie powinna zmierzać ku zapewnieniu należytego odpoczynku i jednocześnie godziwej zapłaty za pracę. Czy jest to możliwe? Być może potrzebne jest uelastycznienie norm czasu pracy anestezjologów? Może wskazanym byłoby wprowadzenie do porządku prawnego instytucji banku czasu pracy? Być może normy czasu pracy powinny zostać niezmienione, lecz wykorzystanie tego czasu powinno być efektywniejsze? Może jako społeczeństwo trwonimy publiczne pieniądze zatrudniając

anestezjologa do wypełniania stosów dokumentacji, którą mogłaby wypełniać sekretarka medyczna?

Tych pytań nasuwa mi się wiele...

W jakimkolwiek kierunku pójdą zmiany, anestezjologów musimy objąć szczególną troską, inaczej możemy ich stracić. *Cura anesthesiologum tuum, nullus tibi esse potest* - szanuj anestezjologa swego, możesz nie mieć żadnego!

Milena Procko

Prawniczka, specjalizuje się w prawie pracy.

[Pokaż inne teksty autora](#)

(Publikacja: 05-04-2007 Ostatnia zmiana: 07-04-2007)

[Oryginał..](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5330) (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5330>)

Contents Copyright © 2000-2008 by Mariusz Agnosiewicz

Programming Copyright © 2001-2008 Michał Przech

Autorem tej witryny jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.

Właścicielem witryny są Mariusz Agnosiewicz oraz Autor.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tej witryny i jakiegokolwiek ich części.

Wszystkie strony tego serwisu, wliczając w to strukturę podkatalogów, skrypty JavaScript oraz inne programy komputerowe, zostały wytworzone i są administrowane przez Autora. Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tej witryny oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tej witryny i nie korzystać z jej zasobów.

Informacje zawarte na tej witrynie przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów serwisu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na witrynie. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna lub oryginalna wersja tekstu, jaki zawiera.**

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych serwisu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl