

Skierowanie lekarza do pracy przy zwalczaniu pandemii wirusa SARS-CoV-2

Referring a physician to work against the SARS-CoV-2 pandemic

Rafał Kubiak

Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

Już w czasach starożytnych organizowano służby zajmujące się zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych. We współczesnym prawie polskim problem został podniesiony do rangi konstytucyjnej. Organy państwowe są zobowiązane do podejmowania działań przeciwepidemicznych. W tym zakresie nadano im uprawnienia do kierowania niezbędnego personelu, głównie medycznego, do prac przy zwalczaniu epidemii. Pandemia wirusa SARS-CoV-2, z którą aktualnie się borykamy, skłoniła organy administracyjne do częstego korzystania z tego instrumentu. W efekcie wielu lekarzy zostało delegowanych do pracy przy walce z pandemią. W artykule przedstawiono podstawy prawne takiego działania oraz stosowane w tym zakresie procedury. Ukazano krąg podmiotów, które mogą być zaangażowane do takich prac, oraz ich uprawnienia. Omówiono zasady wynagradzania, możliwość uzyskania zwrotu kosztów przejazdu i zakwaterowania, a także szczególną ochronę należną funkcjonariuszowi publicznemu. Na zakończenie zaprezentowano sankcje, jakie mogą być zastosowane wobec osoby, która uchyla się od wykonania powierzonej pracy, tj. sankcje przewidziane za wykroczenie oraz kary pieniężne nakładane w trybie administracyjnym.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, COVID-19, epidemia, skierowanie lekarza.

Abstract

Since ancient times, services dealing with the prevention and combating of infectious diseases have been organised. In contemporary Polish law, this issue has been raised to constitutional rank. The state authorities were obliged to take antiepidemic actions. In this respect, they were equipped with powers to direct necessary personnel, mainly medical personnel, to work on combating the epidemic. This issue has recently become very topical in connection with the SARS-CoV-2 pandemic, which has prompted administrative bodies to make frequent use of this instrument. As a result, many doctors have been referred to work in the fight against the pandemic. The article presents the legal basis for such referral and the procedures applied in this respect. It shows the circle of entities that may be involved in such work and their powers. The principles of remuneration of such persons, the possibility of obtaining reimbursement of travel and accommodation costs, as well as special protection due to a public officer are discussed. At the end, the sanctions that may be applied to a person who evades the performance of the work to which he or she has been directed, i.e. sanctions provided for a misdemeanour and fines imposed in an administrative procedure, are presented.

Key words: SARS-CoV-2, COVID-19, epidemic, doctor's referral.

Adres do korespondencji

dr hab. Rafał Kubiak, prof. UŁ, Katedra Prawa Karnego, Wydział Prawa i Administracji,
Uniwersytet Łódzki, ul. Kopcińskiego 8/12, 90-033 Łódź, e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

WPROWADZENIE

Od początków cywilizacji podejmowano walkę z chorobami zakaźnymi i wywoływanymi przez nie epidemiami. Wprowadzano zalecenia higieniczne, które miały zapobiec szerzeniu się chorób. Niekiedy,

w celu podniesienia wagi i tym samym skuteczności, nadawano nakazom walor religijny (np. w Talmudzie można znaleźć zasady postępowania wobec trędowatych: chorych izolować, ich odzież palić, a pomieszczenia, w których przebywali, oraz naczynia dezynfekować). W starożytności powoływano

specjalne urzędy, których zadaniem było wprowadzanie i egzekwowanie wymogów sanitarnych (np. na Sycylii lekarz miejski Empedokles starał się uchronić miasto przed „złośliwą febrą”, zamykając dostęp z pobliskiego wąwozu i osuszając bagna, z których wydobywały się „szkodliwe wiatry”) [1]. Działania takie przybierały na sile w okresie epidemii chorób śmiertelnych. Podejmowano wówczas niekiedy bardzo dramatyczne środki zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby, np. otaczano kordonem wojska miasta, w których przebywali chorzy, mieszkańców zamykano w domach i palono wraz z całym dobytkiem [2]. Dopiero w czasach nowożytnych, wraz z rozwojem medycyny i ukształtowaniem się pojęcia zdrowia publicznego, zaczęto w sposób planowany organizować służby sanitarne oraz wyposażać władze państwowe w odpowiednie instrumenty prawne pozwalające na szybkie reagowanie na powstałe zagrożenia epidemiczne. W Polsce problem ten szczególnie zintensyfikował się po I wojnie światowej, kiedy zniszczenia wojenne, głód i masowe migracje ludności sprzyjały pojawianiu się ognisk chorób zakaźnych. Znamienne, że tuż po odzyskaniu niepodległości polskie władze wydały akty prawne dotyczące walki z takimi chorobami, np. w listopadzie 1918 r. został powołany Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, którego zadaniem było opracowywanie metod zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych [3]. Polskie władze dostrzegły też pilną potrzebę zaangażowania personelu medycznego. Apelowano więc do lekarzy, aby włączali się do prac, wykazując inicjatywę, pomysłowość i energię, by wykorzystywali wszystkie siły i środki w walce z epidemią. Angażowano też inne osoby, które mogły wspomóc personel medyczny, np. nauczycieli, przedstawicieli lokalnych władz i duchowieństwo [4].

Współcześnie zagadnienie przeciwdziałania epidemiom nie straciło na aktualności, czego dowodem jest panująca pandemia wirusa SARS-CoV-2. Zadania państwa w tym obszarze są podniesione do rangi konstytucyjnej. Zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych. W literaturze wyjaśnia się, że choć przepis ten nie stanowi podstawy do występowania przez obywateli z konkretnymi roszczeniami wobec władzy publicznej, to statuuje ważną normę programową [5]. Obliguje ona organy państwa do podejmowania wszystkich możliwych działań prewencyjnych, a w sytuacji szerzenia się choroby zakaźnej – eliminowania jej ognisk [6]. Aby jednak władze mogły skutecznie realizować te zadania, muszą zostać wyposażone w odpowiednie instrumentarium prawne, które pozwoli zorganizować właściwe służby i zwerbować do działań przeciwepidemicznych niezbędny personel. W ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu

zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [7] (zwanej dalej UCHZ) wprowadzono wiele rozwiązań, które uprawniają władze publiczne do kierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii niezbędne kadry, głównie medyczne. W odniesieniu do lekarzy z unormowaniem tym koreluje art. 48 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [8] (zwanej dalej UZL), która stanowi, że lekarz wykonujący zawód może być powołany przez uprawniony organ do udzielania pomocy lekarskiej w celu zwalczania skutków m.in. epidemii.

W dalszej części artykułu zostaną ukazane procedury prawne obowiązujące w przypadku skierowania lekarza do pracy, prawa lekarza i odpowiedzialność za niezastosowanie się do decyzji o skierowaniu.

PROCEDURA KIEROWANIA DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII

W warunkach epidemicznych konieczne jest podejmowanie działań interwencyjnych, doraźnych, do których wykonania nie wystarcza personel medyczny na co dzień zajmujący się leczeniem chorób zakaźnych. Potrzebna jest pomoc, w szczególności osób z kwalifikacjami medycznymi. W celu przygotowania się do takich akcji wojewodowie są zobowiązani do bieżącego opracowywania planów działania na wypadek wystąpienia epidemii. W myśl art. 44 ust. 2 UCHZ plany te zawierają informacje m.in. o zakładach leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektach użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie oraz imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi. Wykazy tych osób obejmują ich dane osobowe oraz określenie wykonywanego zawodu. Informacje te wojewodowie pozyskują głównie od podmiotów leczniczych i jednostek samorządu terytorialnego. Osoby z takiej listy mogą być następnie kierowane do prac przeciwepidemicznych. Istotne jest zatem, by dane zamieszczone w wykazie były na bieżąco aktualizowane, co pozwoli w nagłej sytuacji szybko ustalić faktyczny krąg osób, które podlegają skierowaniu. Dodatkowo wojewoda i Minister Zdrowia mogą wystąpić z wnioskiem do samorządów zawodów medycznych o przekazanie wykazu osób wykonujących zawody medyczne, które mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii. Samorządy te są zobowiązane do udzielenia takich informacji w terminie 7 dni od otrzymania wspomnianego wniosku. W wykazie zamieszczają imię, nazwisko, adres miejsca zamieszkania i numer prawa wykonywania zawodu lekarza (art. 47 ust. 1a UCHZ).

Procedura skierowania osoby do omawianych zadań została uregulowana w art. 47 UCHZ i może być wszczęta, jeśli wystąpi stan epidemii (wówczas jest uzasadnione angażowanie dodatkowych kadr). W myśl art. 2 pkt 9 UCHZ przez epidemię rozumie się wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie zdecydowanie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. Formalnie ogłoszenie stanu epidemii następuje w drodze rozporządzenia wojewody (jeśli stan ten dotyczy danego województwa) bądź rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji (gdy epidemia występuje na obszarze więcej niż jednego województwa) – art. 46 ust. 1 i 2 UCHZ.

Skierowanie może być adresowane do szerokiego kręgu podmiotów, w zależności od potrzeb merytorycznych (np. lekarze danej specjalności) i skali zagrożenia. W myśl art. 47 ust. 1 UCHZ w pierwszej kolejności do omawianych prac kierowany jest personel medyczny, tj. osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Mogą oni być wspierani przez osoby, które dopiero kształcą się w zawodach medycznych, tj. lekarzy stażystów. Skierowanie tych osób następuje w trybie i na zasadach opisanych w art. 15o UZL. Decydem jest wojewoda, który może powierzyć stażystę wykonywanie zadań przeciwepidemicznych zarówno w placówce, w której odbywa on staż, jak i skierować do innego podmiotu. Uprawnienie takie ma także pracodawca, u którego zatrudniony jest stażysta (w celu odbycia stażu). Biorąc pod uwagę, że stażysta dopiero kształci się w zawodzie, ustawodawca zastrzegł, że zakres powierzonych mu zadań przeciwepidemicznych musi być adekwatny do poziomu jego wiedzy i umiejętności. Ponadto powierzone zadania musi wykonywać pod nadzorem lekarza specjalisty. Analogiczne rozwiązania stosuje się w przypadku lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne (art. 16m ust. 15–19 UZL). Specjalizant pracuje pod nadzorem lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany. Lekarz nadzorujący uzyskuje w tej sytuacji uprawnienia kierownika specjalizacji. Zarówno stażysta, jak i specjalizant mogą liczyć na uznanie równoważności okresu, w którym realizowali działania przeciwepidemiczne, z wykonaniem danej części programu stażu bądź specjalizacji. Do działań takich mogą być także skierowani m.in. studenci kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego oraz osoby kształcące się w zawodzie medycznym. Naturalnie zakres ich zadań musi być dostosowany do poziomu ich wiedzy i umiejętności, a czynności swe, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, realizują pod bezpośrednim nadzorem

osoby wykonującej zawód medyczny właściwej ze względu na rodzaj świadczenia.

Osoby wykonujące zawody medyczne, w szczególności lekarze, są uprawnieni w ramach pracy przy zwalczaniu epidemii do udzielania świadczeń zdrowotnych. Art. 47 ust. 1 UCHZ uprawnia do skierowania do walki z epidemią również osoby niemające kwalifikacji medycznych. W szczególności mogą to być pozostali pracownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii. Mogą one być zaangażowane np. do działań organizacyjnych, logistycznych, administracyjnych, transportowych itp. Ustawa nie ogranicza kręgu takich osób, co oznacza – w uproszczeniu – że do działań przeciwepidemicznych może być skierowana każda osoba, która jest potrzebna i użyteczna (niezależnie od wykonywanego zawodu i kwalifikacji). W art. 47 ust. 3 UCHZ wymieniono jednak kategorie osób, które nie mogą być skierowane „do pracy niosącej ryzyko zakażenia”. Takie ujęcie tego przepisu ma doniosłe znaczenie praktyczne. Należy go bowiem interpretować w ten sposób, że osoby objęte dyspozycją tej normy generalnie mogą zostać skierowane do prac przy zwalczaniu epidemii, istnieje natomiast zakaz angażowania ich przy zadaniach, przy których mogłyby zostać narażone na zakażenie. Przykładowo więc lekarz należący do wspomnianej grupy może być powołany do prac administracyjnych albo opieki nad pacjentami, którzy nie cierpią na chorobę zakaźną. Nie jest natomiast dozwolone kierowanie go do wykonywania czynności medycznych u pacjentów zakażonych wirusem choroby zakaźnej. W myśl powołanego przepisu przeciwwskazaniem takim mogą być przeszkody stałe (np. ukończenie 60. roku życia dla kobiet i 65. roku życia dla mężczyzn – *nota bene* informację na ten temat wojewoda pozyska na podstawie wspomnianego planu, w którym podaje się m.in. nr PESEL) bądź przemijające (np. ciąża). Ponieważ o przeszkodach przemijających nie ma danych w planie sporządzanym przez wojewodę, oznacza to, że może on skierować do pracy osobę, która w myśl przepisów nie może podjąć pracy w trybie nakazowym. Wówczas osoba taka powinna podnieść tę okoliczność w odwołaniu od decyzji, na mocy której została skierowana do pracy.

Skierowanie do pracy następuje w drodze decyzji administracyjnej. Jeśli lekarz ma wykonywać pracę na terenie województwa, gdzie mieszka lub jest zatrudniony, decyzję taką wydaje wojewoda. W przypadku skierowania do pracy na obszarze innego województwa decydem jest Minister Zdrowia. W myśl art. 47 ust. 6a pkt 1 UCHZ przekazanie decyzji następuje „w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie”. Preferowana powinna być forma pisemna i doręczenie

dokonane za pośrednictwem operatora pocztowego albo uprawnionego gońca. W komunikacie Ministerstwa Zdrowia z 24 kwietnia 2020 r. [9] wyjaśnia się, że wojewodowie mogą być wsparciem w tym zakresie przez Policję oraz Wojska Obrony Terytorialnej, których funkcjonariusze dostarczą decyzję (co zresztą ma miejsce w praktyce). Z dyspozycji powołanego przepisu wynika, że dopuszczalne są również mniej sformalizowane sposoby, np. powiadomienie telefoniczne albo za pomocą środków komunikacji nowych technologii (e-mail, SMS) – jednak gdy tylko będzie to możliwe, powinna być doręczona pisemna decyzja.

Decyzja nie wymaga uzasadnienia. Powinna zawierać dane dotyczące placówki, do której lekarz jest kierowany, czas dotarcia do tego miejsca oraz okres wykonywania zadań. Ustawa nie określa żadnych wskazówek i kryteriów, na których powinien oprzeć się organ dokonujący skierowania. Wytyczne takie można zrekonstruować, uwzględniając *ratio* tej regulacji, czyli potrzeby w zakresie zwalczania epidemii, a także uwarunkowania faktyczne. Organ powinien więc wziąć pod uwagę:

- potrzeby przeciwepidemiczne (gdzie i w jakim zakresie niezbędny jest lekarz ze względu na skalę zachorowań i liczbę pacjentów wymagających opieki interwencyjnej),
- kwalifikacje osoby kierowanej (jakiej specjalności lekarze są potrzebni na danym obszarze lub w danej placówce medycznej),
- efektywność skierowania (powołanie niezbędnej liczby lekarzy z uwzględnieniem faktu, że perspektywicznie mogą oni być potrzebni także w innym rejonie),
- najmniejszą uciążliwość dla skierowanego (np. możliwie najbliższą placówkę, co uchroni lekarza przed koniecznością dalekich dojazdów, nocowania w hotelu, rozłąką z rodziną itd.),
- względy ekonomiczne (zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia).

Przepisy pozwalają na dość swobodne określenie miejsca wykonywania pracy w trybie nakazowym (oczywiście uzasadnione potrzebami epidemicznymi). W szczególności lekarz może realizować zadania w podmiocie leczniczym (np. tzw. szpitalu jednoimiennym), w domu pomocy społecznej, izolatorium lub w miejscach zbiorowej kwarantanny [10].

Ustalając czas dotarcia do wyznaczonej placówki, organ musi wziąć pod uwagę z jednej strony potrzeby w zakresie przeciwdziałania epidemii oraz pilność ich realizacji (np. konieczność szybkiej zmiany obsady kadry medycznej w danym podmiocie, choćby w domu pomocy społecznej, szpitalu itd.), z drugiej zaś rzeczywiste możliwości przygotowania się do wyjazdu i faktycznego dotarcia do desygnowanego podmiotu (zwłaszcza gdy jest on znacznie oddalony od miejsca zamieszkania lekarza, a okres skierowania jest stosunkowo długi).

Skierowanie następuje na czas określony, wyznaczony potrzebami przeciwepidemicznymi. Ustawa wprowadza jednak górny limit tego okresu – 3 miesiące. Z przepisów nie wynika, czy po upływie tego okresu lekarz może być skierowany ponownie do takich działań (na kolejne 3 miesiące). Z jednej strony można by przyjąć, że skoro ustawodawca wprowadził wspomniane ograniczenie, to powtórne zaangażowanie lekarza byłoby obejściem tego przepisu, a tym samym jest niedopuszczalne. W myśl zasady praworządności proklamowanej w art. 2 Konstytucji RP oraz wynikającej również z art. 6 Kodeksu postępowania administracyjnego (według którego procedują organy wydające decyzję o skierowaniu lekarza) organ administracji publicznej może działać jedynie na podstawie prawa i w jego granicach. Innymi słowy, musi oprzeć się na konkretnej podstawie prawnej. Omawiana ustawa nie dozwala zaś na ponawianie kierowania lekarza do zadań przeciwepidemicznych. Można z tego wywieść, że taki proceder jest niedopuszczalny. Z drugiej jednak strony celem analizowanej regulacji jest reagowanie na stan nadzwyczajny, podejmowanie działań ukierunkowanych często na ratowanie życia. Jeśli więc będzie utrzymywała się epidemia i w konsekwencji zaistnieje potrzeba sięgnięcia po potencjał lekarza, organ – przynajmniej teoretycznie – może dokonać takiego powołania. Powinien jednak z dużą ostrożnością podejmować takie kroki, jedynie w warunkach stanu wyższej konieczności, gdyż naraża się na odpowiedzialność za przekroczenie uprawnień.

Zgodnie z art. 47 ust. 5 UCHZ od decyzji wydanej przez wojewodę przysługuje odwołanie składane za jego pośrednictwem do Ministra Zdrowia. Jeśli decydem był Minister Zdrowia, lekarz może zwrócić się do tego organu z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy (na podstawie art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego). W odwołaniu należy podać okoliczności, które zdaniem lekarza uzasadniają zakwestionowanie decyzji, np. lekarz należy do grona osób wyłączonych z obowiązku pracy niosącej ryzyko zakażenia (art. 47 ust. 3 UCHZ). Należy jednak podkreślić, że wniesienie środka odwoławczego nie hamuje wykonania decyzji. Oznacza to, że skierowany lekarz, nawet jeśli ma ważne powody do złożenia odwołania, musi wykonać decyzję, tj. stawić się we wskazanej placówce w terminie podanym w decyzji. Jeśli tego nie uczyni, naraża się na odpowiedzialność wykroczeniową i administracyjną, o której będzie mowa w dalszej części artykułu.

UDZIELENIE URLOPU BEZPŁATNEGO U MACIERZYSTEGO PRACODAWCY

Wskutek skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii lekarz nie może – co oczywiste – świad-

czyć pracy w dotychczasowym podmiocie, w którym jest zatrudniony. Ustawodawca rozstrzygnął zatem, że w tym okresie lekarzowi-pracownikowi pracodawca udziela urlopu bezpłatnego. Czynność ta jest dokonywana z mocy prawa, lekarz nie musi zatem występować do pracodawcy z wnioskiem w tej sprawie (jest to zatem odstępstwo od unormowania znajdującego się w art. 174 § 1 Kodeksu pracy, który stanowi, że urlopu takiego udziela się na pisemny wniosek pracownika) [11]. Ustawa ogranicza czas trwania takiego urlopu – jest on wyznaczony okresem wskazanym w decyzji. Maksymalnie może wynosić 3 miesiące. Odmienne od ogólnych postanowień Kodeksu pracy (art. 174 § 2) w tym przypadku czas trwania urlopu zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u danego pracodawcy. Oznacza to, że okres ten będzie uwzględniany we wszystkich tych sytuacjach, w których uprawnienia pracownicze zależą do stażu pracy. Przykładowo, będzie miał znaczenie dla wymiaru urlopu wypoczynkowego oraz długości okresu wypowiedzenia. Ponadto okres ten może być istotny dla określenia uprawnień zależnych od stażu, wynikających z przepisów szczególnych oraz wewnętrzzakładowych. Egzemplifikując, można przywołać art. 62 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [12], który stanowi o tzw. nagrodzie jubileuszowej należnej pracownikom SPZOZ-ów. Jej wysokość jest uzależniona od długości zatrudnienia. Z kolei na gruncie zakładowym mogą być przewidziane dodatki, które pracownik może otrzymać po upływie danego okresu pracy, np. tzw. dodatek stażowy.

W czasie bezpłatnego urlopu przeznaczanego na zwalczanie epidemii stosunek pracy lekarza u macierzystego pracodawcy podlega szczególnej ochronie. Nie może on zostać rozwiązany, pracodawca nie może też złożyć wypowiedzenia umowy o pracę. Wyjątkowo dopuszczalne jest rozwiązanie stosunku pracy, jeśli zajdą przesłanki opisane w art. 52 Kodeksu pracy, tj. rozwiązania stosunku pracy bez wypowiedzenia z winy pracownika (np. zawiniona przez pracownika utrata uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, co może nastąpić m.in. wskutek skazania lekarza przez sąd lekarski na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu).

Po zakończeniu pracy przy zwalczaniu epidemii (tj. po upływie czasu, na który lekarz został skierowany w decyzji bądź po jej cofnięciu) kończy się urlop bezpłatny. Wówczas lekarz ma obowiązek stawić się w macierzystej placówce i zgłosić gotowość do pracy. Jeśli tego nie uczyni, pracodawca może wobec niego zastosować sankcje przewidziane w prawie pracy (kary porządkowe – art. 108 Kodeksu pracy, czyli upomnienie, naganę albo karę pieniężną), a nawet uznać, że doszło do tzw. ciężkiego

naruszenia przez pracownika podstawowych obowiązków pracowniczych (np. gdy lekarz nie stawił się do pracy przez dłuższy okres, a był niezbędny do zabezpieczenia zdrowotnego pacjentów w danej placówce). W takiej sytuacji pracodawca może rozwiązać z lekarzem stosunek pracy w trybie art. 52 Kodeksu pracy, tj. bez wypowiedzenia (natychmiastowo) z winy pracownika. Jeśli lekarz-pracownik stawi się do pracy, pracodawca ma obowiązek go do niej dopuścić. W przeciwnym wypadku lekarz może wystąpić z roszczeniem o dopuszczenie do pracy i ma prawo do wynagrodzenia za czas gotowości do jej wykonywania (art. 22 i 81 Kodeksu pracy).

STOSUNEK PRACY Z PODMIOTEM REALIZUJĄCYM ZADANIA PRZECIWEPIDEMICZNE

Zgodnie z art. 47 ust. 9 UCHZ podmiot, do którego został skierowany lekarz, nawiązuje z nim stosunek pracy na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji. Oznacza to, że do zatrudnienia takiego znajdują zastosowanie ogólne przepisy Kodeksu pracy, czyli dotyczące zasad wynagradzania, odpowiedzialności pracowniczej itd.

Z punktu widzenia działań przeciwepidemicznych istotne są regulacje obligujące pracodawcę do zapewnienia takiemu lekarzowi odpowiedniej ochrony, w tym właściwego sprzętu. Powinność ta wynika z art. 94 pkt 4 Kodeksu pracy, który stanowi, że pracodawca jest obowiązany zapewniać bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Uszczegółowienie tej normy znajduje się w art. 207 Kodeksu pracy. W jego myśl pracodawca jest zobowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Pracodawca musi też dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie środki ochrony indywidualnej zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy (art. 237⁶ § 1 Kodeksu pracy). Osoba kierująca pracownikami jest obowiązana dbać o skuteczność środków ochrony indywidualnej oraz ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem (art. 212 pkt 2 Kodeksu pracy). W sytuacji działań przeciwepidemicznych pracodawca powinien udostępnić lekarzowi m.in. odpowiedni skafander, maseczkę, gogle, rękawiczki i inny sprzęt ochronny adekwatny do istniejącego zagrożenia. W tym kontekście rodzi się pytanie, czy lekarz może odmówić wykonywania zadań, jeśli nie otrzymał środków ochrony. Na gruncie prawa pracy zagadnienie to reguluje art. 210 Kodeksu pracy. Zgodnie z jego § 1, jeśli warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy

oraz stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego. Pracownik może więc odmówić wykonywania zadań, jeżeli pracodawca nie przestrzega przepisów BHP. Sam brak środków ochrony nie upoważnia jednak do skorzystania z omawianego przepisu, gdyż jednocześnie musi być spełniony warunek bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Zagrożenie to musi być realne, poważne, a nie jedynie pośrednie, mało prawdopodobne. Gdy dojdzie do sporu sądowego, okoliczność tę będzie musiał wykazać pracownik. Ponadto skorzystanie z omawianych przepisów wymaga zawiadomienia przełożonego. Jest to niezbędny warunek legalności powstrzymania się pracownika od zadań pracowniczych [13]. Zawiadomienie kierowane powinno być do przełożonego (kierownika kliniki, ordynatora), niekoniecznie do pracodawcy. Nie wymaga ono szczególnej formy i jest dokonywane *post factum*, może sprowadzać się tylko do przekazania informacji. Kodeks nie nakazuje uzyskania zgody przełożonego. Jeśli przesłanki te zostaną spełnione, pracownik może powstrzymać się od realizacji swych zadań i z tego tytułu nie poniesie odpowiedzialności. W przypadku lekarzy sprawę komplikuje art. 210 § 5 Kodeksu pracy. Przepis ten reguluje istotne ograniczenia w zakresie takiego poniesienia. Pracownik pozbawiony środków ochrony nie może powstrzymać się od pracy, jeśli zagrożone jest życie ludzkie. Ustawodawca nie wskazał przedstawicieli zawodów, których dotyczy ta regulacja oraz w szczególności, czy jest adresowana do lekarzy (i innych pracowników medycznych). Pewne wytyczne interpretacyjne można jednak znaleźć w judykaturze. Zdaniem Sądu Najwyższego regulacja ta w zasadzie wyłącza możliwość uchylenia się od pracy przez osoby wykonujące zawody medyczne. Jak bowiem wyjaśnił Sąd: „praca szpitalnego personelu medycznego odbywa się z natury rzeczy w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia czy nawet życia ludzkiego. Obowiązkiem pracowniczym tych osób jest ratowanie zdrowia lub życia pacjentów, więc personel lekarsko-pielęgniarski nie korzysta z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej” [14]. W piśmiennictwie krytycznie oceniono jednak tak radykalne stanowisko. Podnosi się bowiem, że przepis ten dotyczy jedynie tych grup pracowniczych, których „praca całościowo, globalnie jest ukierunkowana na niedopuszczenie do uszczerbku w określonym dobru prawnym” [15]. W uproszczeniu można zatem przyjąć, że przepis ten adresowany jest do pracownika-ratownika. Sytuację skierowanego do pracy lekarza należałoby zatem oceniać *in concreto*.

Jeśli jego zadania polegają na udziale w akcji ratowniczej, to w istocie nie mógłby odmówić ich wykonania. W przypadku czynności przeciwepidemicznych można jednak dopuścić taką możliwość. Lekarz mógłby zatem powstrzymać się od pracy, jeśli zostanie przekroczona granica dopuszczalnego ryzyka, m.in. gdy pracodawca nie zapewni odpowiedniego sprzętu ochronnego. Trzeba jednak pamiętać, że istotą pracy lekarza jest niesienie pomocy pacjentom. Korzystanie z możliwości odmowy pracy powinno być zatem ograniczone jedynie do naprawdę uzasadnionych przypadków, gdy lekarz nie dysponuje żadnymi środkami ochrony, które mogłyby go ustrzec przed utratą życia, a zagrożenie dla pacjenta nie jest szczególnie poważne. Warto przypomnieć, że podczas ewentualnego sporu z pracodawcą to lekarz będzie musiał wykazać, że wystąpiły okoliczności faktyczne pozwalające na usprawiedliwienie odmowy wykonywania pracy. Błędna ocena omawianych przesłanek, nawet jeśli będzie niezawiniona przez lekarza, spowoduje, że utraci on prawo do wynagrodzenia za czas powstrzymania się od pracy [16].

W kontekście odmowy podjęcia czynności przeciwepidemicznych warto wspomnieć o niezdolności lekarza do pracy z powodów zdrowotnych. Jak już podano, w art. 47 ust. 3 UCHZ wymieniono kategorie osób, które nie mogą być skierowane do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii. W grupie tej znajdują się m.in. osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy. Należy jednak zauważyć, że ograniczenie to wyklucza jedynie takie prace, które niosą ryzyko zakażenia. *A contrario* lekarz, nawet jeśli ma przeciwwskazania zdrowotne, może być skierowany do działań przeciwepidemicznych (np. polegających na czynnościach administracyjnych). Nie przesądza to jednak jeszcze jego obowiązku wykonywania pracy. Oceny w tym zakresie dokonuje bowiem pracodawca. Po skierowaniu lekarza do danej placówki – jak już wyjaśniono – nawiązuje się z nim stosunek pracy. Stąd też znajduje zastosowanie art. 229 § 4 Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na wstępne badania lekarskie. Pracodawca powinien więc skierować lekarza na takie badania. Jeśli w ich wyniku ujawnią się przeciwwskazania do wykonywania danej pracy, pracodawca oceni, czy rodzaj schorzenia wskazany w zaświadczeniu całkowicie uniemożliwia lekarzowi podjęcie pracy w ogóle czy też na danym stanowisku (np. czy ze względu na stan zdrowia będzie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom cierpiącym na COVID-19). Jeśli lekarz zostanie wyłączony z obowiązków, pra-

codawca może powierzyć mu wykonywanie innych zadań, z którymi nie będzie łączyć się bezpośrednie zagrożenie (np. prace organizacyjne, logistyczne, administracyjne, a także udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie mają zdiagnozowanej choroby zakaźnej).

Lekarz mający stosowne zaświadczenie lekarskie, nie czekając na badania wstępne, może również z własnej inicjatywy przedstawić je pracodawcy, który na podstawie takiego dokumentu podejmie decyzję o pełnym zatrudnieniu bądź o przydziale określonych zadań.

Jak już wspomniano, lekarz wykonuje swe zadania na podstawie umowy o pracę nawiązanej z podmiotem, do którego został skierowany. Umowa ta powinna zawierać standardowe postanowienia wynikające z prawa pracy (np. dotyczące stanowiska pracy, zakresu obowiązków, daty nawiązania stosunku pracy). W myśl art. 11 Kodeksu pracy strony mogą dość swobodnie kształtować treść umowy (oczywiście wymagana jest obopólna zgoda stron na wprowadzenie określonych postanowień). Pewne rozwiązania są jednak obligatoryjne i limitowane przez art. 47 ust. 10 i 11 UCHZ. Pierwszy przepis poświęcony jest zasadom wynagradzania skierowanego pracownika. Jako regułę przyjęto, że przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w decyzji o skierowaniu lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Jednocześnie nie może ono być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii. Lekarz powinien otrzymać co najmniej wynagrodzenie należne na stanowisku, na które został skierowany, podwyższone o 100%. Nie może ono być jednak niższe od sumarycznej wartości wynagrodzenia, które lekarz otrzymał w miesiącu poprzedzającym skierowanie go do działań przeciwepidemicznych. Przy czym dla ustalenia tej wartości należy wziąć pod uwagę wszelkie dochody lekarza, zarówno przysługujące mu ze stosunku pracy (w tym wynagrodzenie zasadnicze oraz dodatki, np. za pełnienie dyżuru), jak i umów cywilnoprawnych zawartych z podmiotem leczniczym (tzw. kontraktu).

Umowa powinna także określać zasady zwrotu kosztów przejazdu i zakwaterowania. W myśl art. 47 ust. 11 UCHZ stosuje się w tym zakresie przepisy o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju, czyli aktualnie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 29 stycznia 2013 r. w sprawie należno-

ci przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej [17]. Rozliczenie kosztów podróży może nastąpić na podstawie faktycznie poniesionych kosztów udokumentowanych biletami lub fakturami obejmującymi cenę biletu środka transportu wraz ze związanymi z nimi opłatami dodatkowymi, w tym miejscówkami, z uwzględnieniem posiadanej przez pracownika ulgi na dany środek transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga przysługuje. Strony mogą jednak zawrzeć dodatkowe postanowienie w umowie (albo też odrębną umowę) dotyczące wykorzystania samochodu prywatnego do celów służbowych. Pracownikowi przysługuje wówczas zwrot kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów i stawki za jeden kilometr przebiegu ustalonej przez pracodawcę, nie wyższej niż określona według algorytmu podanego w odrębnych przepisach, obecnie w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy [18]. Algorytm ten uwzględnia pojemność skokową silnika (np. dla samochodów o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ współczynnik ten wynosi 0,8358 zł).

Skierowanemu lekarzowi pracodawca powinien też pokryć koszty za usługi hotelarskie (zakwaterowanie). Powinny one być jednak udokumentowane i nie mogą przewyższać obecnie kwoty 600 zł za dobę. Ponadto przysługuje mu także dieta na wyżywienie (30 zł na dobę). Pracodawca nie jest zobligowany do zwrotu opisanych kosztów aprowizacyjno-hotelowych, jeśli sam zapewni nocleg i wyżywienie. Przykładowo więc szpital może udostępnić skierowanemu lekarzowi pokój na nocleg i wykupić posiłki w szpitalnej stołówce bądź też zawrzeć komercyjną umowę najmu z jakimś podmiotem, który udostępni lekarzowi miejsce zakwaterowania. Szczegóły dotyczące zasad tych rozliczeń powinny zostać opisane w umowie podpisanej ze skierowanym lekarzem.

OCHRONA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

Biorąc pod uwagę, że lekarz skierowany do pracy przy działaniach przeciwepidemicznych realizuje zadania publiczne (związane z ochroną zdrowia publicznego), ustawodawca przyznał mu ochronę należną funkcjonariuszowi publicznemu (art. 48 UCHZ). Rozwiązanie to jest w pełni uzasadnione z praktycznego punktu widzenia, gdyż lekarz może spotkać się z przemocą ze strony osoby chorej albo podejrzanej o zachorowanie na chorobę zakaźną. Może się zda-

rzyć, że wobec pacjentów trzeba będzie zastosować środki przymusu, co może wywołać agresję, która przybierze formę zachowań odpowiadających znamionom czynu zabronionego. W szczególności osoba taka może dopuścić się znieważenia lekarza, co kwalifikowane jest na podstawie art. 226 Kodeksu karnego. Czynność sprawcza polega w takim przypadku na ubliżaniu lekarzowi, obraźliwym zachowaniu wobec niego, może przybrać postać werbalną (np. wyzwiska, wulgaryzmy), jak i niewerbalną (np. nieprzyzwoite gesty). Jeśli sprawca posunie się do tzw. rękoczynów, może odpowiadać za naruszenie nietykalności cielesnej na podstawie art. 222 § 1 Kodeksu karnego. W judykaturze wyjaśnia się, że określenie to „obejmuje, w istocie, wszelkie możliwe sposoby ingerencji sprawcy w nietykalność cielesną drugiej osoby, w tym również popchnięcie (odepchnięcie)” [19]. W piśmiennictwie jako przykłady czynności sprawczych wymienia się: „oplucie, spoliczkowanie, potrącenie kogoś ręką lub barkiem, popchnięcie, ciągnięcie za włosy, przytrzymanie, szarpanie, uciskanie, [...] klucie, rzucenie w kogoś jakimś przedmiotem” [20]. Przy czym dla bytu tego występku nie ma znaczenia, czy w wyniku zachowania sprawcy doszło do uszkodzenia ciała lub sprawienia ofierze bólu. Jeśli jednak pokrzywdzony lekarz poniósłby poważniejsze obrażenia, sprawca może odpowiadać za spowodowanie uszkodzenia ciała (w zależności od zakresu uszczerbku na zdrowiu – na podstawie art. 157 albo 156 Kodeksu karnego – por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 12.02.2003 r.) [21]. Z praktycznego punktu widzenia istotna jest okoliczność, że oba te przestępstwa, tj. znieważanie i naruszenie nietykalności cielesnej, ścigane są z oskarżenia publicznego. Oznacza to, że organy powołane do ścigania przestępstw powinny wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy, zgromadzić materiał dowodowy (np. zeznania świadków, zapis z kamer monitoringu itd.) oraz ostatecznie sporządzić akt oskarżenia. Lekarz nie musi zatem występować z wnioskiem o ukaranie, ewentualnie sporządzać samodzielnie prywatnego aktu oskarżenia. Wystarczy, że powiadomi Policję lub Prokuraturę o zajściu.

Jeżeli lekarz zostanie poważniej zaatakowany, sprawca może odpowiadać za tzw. czynną napaść, czyli czyn stypizowany w art. 223 Kodeksu karnego. Przepis ten dotyczy sytuacji, kiedy jest co najmniej dwóch sprawców atakujących albo jeden, ale posługuje się na bronią palną, nożem lub innym podobnie niebezpiecznym przedmiotem. Przy czym „przedmiot niebezpieczny” interpretuje się jako przedmiot, którego budowa, kształt, właściwości „sprawiają, że normalne wykorzystanie grozi bezpośrednim niebezpieczeństwem dla zdrowia lub życia” [22]. Innymi słowy, zagrożenie musi tkwić w samym przedmiocie, a nie sposobie jego użycia. W orzecznictwie wyjaśnia się: „wykorzystanie zwykłych funkcji lub dzia-

łania przedmiotu przeciwko człowiekowi spowoduje powstanie realnego zagrożenia o równowartości odpowiadającej użyciu broni palnej lub noża” [23]. W piśmiennictwie do tej kategorii zalicza się siekiere, łom żelazny, ciężką butelkę [24], rozbitą butelkę, gumową pałkę podobną do policyjnej, a nawet psa niebezpiecznej rasy (np. amstafa) [25]. Występek ten ma charakter formalny. Oznacza to, że jest on dokonany przez samo zachowanie sprawcy, zaatakowanie lekarza. Dla bytu tego przestępstwa nie ma znaczenia, czy pokrzywdzony odniesie obrażenia, a nawet czy zostanie naruszona jego nietykalność cielesna. Jak bowiem wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 5 czerwca 2003 r. [26] „użyte w art. 223 k.k. pojęcie „czynnej napaści” obejmuje swoim zakresem każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Czynna napaść staje się więc przestępstwem dokonany w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić”. Jeśli jednak skutek napaści lekarz poniósłby średni albo lekki uszczerbek na zdrowiu, sprawca dodatkowo odpowiadałby na podstawie art. 157 Kodeksu karnego. W przypadku zaś ciężkiego uszczerbku na zdrowiu czyn zostałby zakwalifikowany na podstawie art. 223 § 2 Kodeksu karnego i zagrożony karą pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Naturalnie przestępstwo to jest ścigane z oskarżenia publicznego.

SANKCJE REPRESYJNE ZA NIEZASTOSOWANIE SIĘ DO DECYZJI O SKIEROWANIU DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII

Obowiązek pracy przy zwalczaniu pandemii został zabezpieczony dwoma równoległymi sankcjami (tzn. mogą być one stosowane niezależnie od siebie, również kumulatywnie).

Po pierwsze, niezastosowanie się do decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu pandemii stanowi wykroczenie opisane w art. 53 UCHZ. W literaturze wyjaśnia się, że przedmiotem ochrony karnoprawnej tego wykroczenia jest „porządek w zakresie organizowania prac przy zapobieganiu i zwalczaniu pandemii” [27]. Dlatego też jest to tzw. wykroczenie formalne (bezsukultowe). Lekarz może za nie ponieść odpowiedzialność bez względu na to, czy w konsekwencji jego postępowania doszło do zaburzenia działań przeciwepidemicznych oraz w szczególności, czy jakaś osoba poniosła z tego tytułu uszczerbek na zdrowiu. Samo niewykonanie decyzji jest zatem wystarczającym powodem dla zastosowania sankcji. Czyn ten może polegać na odmowie stawienia się w wyznaczonej placówce bądź też na przedwczesnym zakończeniu pracy,

tj. opuszczeniu podmiotu, do którego lekarz został skierowany przed upływem okresu wskazanego w decyzji. Wykroczenie to zagrożone jest karą grzywny w wysokości od 20 do 5000 złotych. Ustalając wartość grzywny, organ powinien wziąć pod uwagę tzw. dyrektywy wymiaru kary, a mianowicie stopień społecznej szkodliwości czynu, cele kary w zakresie społecznego oddziaływania oraz cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma ona osiągnąć w stosunku do ukaranego. Ponadto kara powinna uwzględniać stopień winy, pobudki, a także dochody sprawcy, jego warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe (art. 33 § 1 i 2 oraz art. 24 § 3 Kodeksu wykroczeń). Przy ocenie tej organ powinien zatem przykładowo wziąć pod uwagę długość okresu, w którym lekarz miał pracować, a zaprzestał działań przeciwepidemicznych, szczególne okoliczności, które zmotywowały go do odmowy podjęcia pracy (np. konieczność opieki nad schorowanym członkiem najbliższej rodziny, małym dzieckiem), a także poziom jego dochodów, zobowiązania finansowe (np. potrzebę utrzymywania licznej rodziny). Postępowanie w tej sprawie toczy się według przepisów ustawy z 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia [28]. W pierwszej instancji orzeka Sąd Rejonowy właściwy miejscowo ze względu na miejsce, gdzie popełniono wykroczenie, czyli ze względu na miejsce siedziby podmiotu leczniczego lub innej placówki, do której został skierowany lekarz. Od wyroku takiego sądu przysługuje apelacja, którą rozpatruje Sąd Okręgowy. W postępowaniu tym kara z powodu niewykonania decyzji może być nałożona jednokrotnie. Wszczęcie kolejnego postępowania o to samo wykroczenie nie jest dopuszczalne (art. 5 § 1 pkt 8 Kodeksu wykroczeń).

Niezależnie od przedstawionej odpowiedzialności na lekarza mogą być nałożone sankcje administracyjno-finansowe. Są one przewidziane w art. 48a UCHZ. Zgodnie z ust. 2 za niewykonanie wspomnianej decyzji grozi kara pieniężna w wysokości od 5000 zł do 30 000 złotych. W przeciwieństwie do Kodeksu wykroczeń w ustawie nie wskazano żadnych kryteriów, którymi ma się kierować organ, ustalając w konkretnym przypadku wysokość kary. Następuje to zatem na zasadach uznaniowych, co nie oznacza, że organ ma w tym względzie całkowitą dowolność. Biorąc pod uwagę, że stosowana sankcja ma charakter represyjny, powinien kierować się analogicznymi wytycznymi jak w przypadku odpowiedzialności karnej. W szczególności więc powinien uwzględnić stopień naruszenia prawa. Ponadto musi wziąć pod uwagę tzw. zasadę celowości, tj. rozważyć, jaka kwota będzie wystarczająca dla wymuszenia realizacji obowiązku i wymierzyć najniższą, jaka spełni ten warunek (art. 7 § 2 z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji) [29].

Dyrektywy takie są formułowane w orzecznictwie sądownoadministracyjnym. Przykładowo Wojewódzki Sąd Administracyjny w Białymstoku w wyroku z 16 stycznia 2007 r. [30] wyjaśnił, że „ustalając wymiar grzywny w celu przymuszenia, organ egzekucyjny powinien kierować się zasadą skuteczności i celowości, a swoje uznanie administracyjne każdorazowo uzasadnić”. Grzywna jest nakładana w drodze decyzji wydawanej odpowiednio przez wojewodę (jeśli ten uprzednio skierował lekarza do pracy) albo Ministra Zdrowia (gdy do pracy kierował ten podmiot). Decyzja taka musi zawierać uzasadnienie, w którym organ podaje okoliczności faktyczne i prawne leżące u podstaw jego rozstrzygnięcia. Organ musi także umotywić, dlaczego wymierzył daną karę. Uzasadnienie jest ważnym elementem decyzji. Z jednej bowiem strony pozwala lekarzowi zorientować się w zapatrywaniach organu i poznać argumenty, które przemówiły – zdaniem tego organu – za ukaraniem oraz za wartością grzywny, z drugiej zaś służy do oceny poprawności postępowania organu dokonywanej w toku kontroli instancyjnej. Lekarz może bowiem złożyć odwołanie od takiej decyzji, a następnie wystąpić na drogę sądownoadministracyjną. Skorzystanie z uprawnienia zaskarżenia decyzji nie hamuje jednak jej wykonania. Posiada ona bowiem tzw. rygor natychmiastowej wykonalności. Oznacza to, że lekarz musi się do niej zastosować, nawet jeśli złoży odwołanie, tj. zapłacić nałożoną karę pieniężną. Na dokonanie płatności ma stosunkowo krótki czas. Zgodnie z art. 48a ust. 7 UCHZ musi uiścić wpłatę „w terminie 7 dni od dnia wydania decyzji”. Istotna jest zatem data wydania, nie ma zaś znaczenia, kiedy decyzja została lekarzowi doręczona czy też kiedy zapoznał się z jej treścią. Jeśli zatem organ będzie zwlekał z doręczeniem, lekarz może mieć bardzo krótki czas na dokonanie wpłaty. Jeżeli tego nie uczyni, to nastąpi tzw. egzekucja administracyjna. Przykładowo więc organ może zająć wynagrodzenie za pracę lekarza lub jego rachunek bankowy i ściągnąć należność. W przeciwieństwie do kary grzywny nakładanej w postępowaniu wykroczeniowym ustawa dopuszcza możliwość wielokrotnego karania. Jeśli zatem lekarz, mimo nałożenia kary, nadal nie będzie stawiał się do pracy, organ nałoży na niego ponownie karę w wysokości nie niższej niż poprzednio wymierzona. Ustawa nie limituje sumarycznych wartości tych kar. Ich łączna wartość może zatem przewyższyć 30 000 zł. Można zatem przyjąć, że represyjność tego typu sankcji jest znacznie większa niż kar orzekanych za popełnione wykroczenie. Rozwiązania te budzą zatem wątpliwości zarówno w świetle wartości kar (minimum 5000 zł), jak i braku jasnych kryteriów, którymi ma kierować się organ, ustalając ich wartość.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński T (red.). Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988; 238-240.
2. Fedorowski G. Poczci wielkich medyków. Nasza Księgarnia, Warszawa 1967; s. 25.
3. Wardzińska M. Geneza i współczesny kształt systemu sanitarno-epidemiologicznego w Polsce. Zesz Nauk SGSP 2017; 62: 117.
4. Apel taki został zamieszczony W: Odezwa do lekarzy powiatowych w sprawie tyfusu. Ministerstwo Zdrowia Publicznego 1919. Zob. szerzej: Więckowska E. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w pierwszym roku istnienia Polski niepodległej 1918–1919. Prz Epidemiol 1999; 53: 212-213.
5. Brzozowski W. Aspekty konstytucyjne prawa medycznego. W: Kubiak R, Kubicki L (red.). System prawa medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego. Wolters Kluwer, Warszawa 2018; 129.
6. Jaworska I. Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne. Prz Prawa Prywatnego 2017; 3: 60.
7. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.
8. Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.
9. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/skierowanie-do-pracy-przy-zwalczaniu-epidemii>.
10. Na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 539, z późn. zm.).
11. Kuba M, Nowak M, Góral Z i wsp. Urlopy pracownicze. Wolters Kluwer, Warszawa 2016; 179.
12. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.
13. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 9 maja 2000 r., sygn. akt: I PKN 619/99, OSNP 2001/20/610.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z 15 maja 2001 r., sygn. akt: II UKN 395/00, OSNP 2003/3/70.
15. Jankowiak J. Glosa do wyroku SN z dnia 15 maja 2001 r. II UKN 395/00, OSP 2003/7-8/87.
16. Gersdorf M, Rączka K, Skoczyński J. Kodeks pracy. Komentarz. LexisNexis Polska, Warszawa 2004; 659.
17. Dz. U. poz. 167.
18. Dz. U. Nr 27 poz. 271, z późn. zm.
19. Postanowienie Sądu Najwyższego z 24 czerwca 2010 r., sygn. akt: II KK 145/10, LEX nr 619619.
20. Rogalewski J. Komentarz. W: Zoll A (red.). Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 k.k., Wolters Kluwer, Warszawa 2013; 1018.
21. Sygn. akt: II AKa 562/02, Apel.-Gda. 2003/2/127.
22. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 15 listopada 2000 r., sygn. akt: II AKa 199/00, Prok.i Pr.-wkł. 2001/6/24.
23. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 6 września 2005 r., sygn. akt: II AKa 170/05, OSA 2006/1/4.
24. Michalski B. Przepięstwa przeciwko mieniu. Rozdz. XXXV Kodeksu karnego. Komentarz, C.H. BECK, Warszawa 1999; 133.
25. Potulski J. Przepięstwa przeciwko działalności instytucji. W: Gardocki L (red.). System Prawa Karnego. Tom 8. Przepięstwa przeciwko państwu i dobrom zbiorowym, C.H. BEC, Warszawa 2013; 537-538.
26. Sygn. akt: II AKa 121/03, Prok.i Pr.-wkł. 2004/6/18.
27. Kurzępa B. Przepięstwa i wykroczenia określone w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Prok Prawo 2010; 10: 158.
28. Dz. U. z 2020 r. poz. 729, z późn. zm.
29. Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.
30. Sygn. akt: II SA/Bk 311/06, Wspólnota 2007/17/46.