

ZDZISŁAW KUBOT

PODPORZĄDKOWANIE LEKARZA W PAŃSTWOWYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM

I. W kwestii podporządkowania lekarza zatrudnionego w państwowym zakładzie leczniczym ukształtowały się dwa zasadnicze stanowiska. Według jednego lekarz w zakresie diagnozy i terapii jest niezależny od zatrudniającej go instytucji. W tych granicach lekarz nie jest podwładnym wobec zakładu pracy i nie podlega wiążącym poleceniom przełożonych. Podporządkowanie lekarza występować ma jedynie w sferze czynności organizacyjnych¹. Jak widać, według omawianego stanowiska, sytuacja lekarza w państwowym zakładzie leczniczym jest zróżnicowana: w zakresie czynności organizacyjnych lekarz znajduje się w pozycji podmiotu podporządkowanego wobec zakładu pracy, natomiast w zakresie sposobu wykonywania czynności leczniczych jest on niezależny. Niektórzy autorzy ujmują to w twierdzeniu, że zależność lekarza ma charakter zewnętrzny (organizacyjny), nie obejmuje natomiast czynności fachowych lekarza, nie dotyczy ich „wewnętrznej niezależności”². Przedstawioną interpretację sytuacji lekarza określono mianem konstrukcji „quasi-podwładnego”³. W zakresie diagnozy i terapii lekarz wykonywać ma pracę samodzielną. Istota prac samodzielnych polega na tym, że o sposobie wykonywania pracy decyduje sam pracownik, a nie jego kierownik. Przełożony nie może określić tu poleceniem wariantu realizacji pracowniczego obowiązku świadczenia pracy⁴. Samodzielność polega nie

¹ Por. orzeczenie SN z dnia 25 X 1960 r. PiP z. 12/1961, s. 1055, orzeczenie SN z dnia 13 II 1962 r., PiP z. 8 - 9/1963, s. 432; A. Ohanowicz, J. Górski, *Zarys prawa zobowiązań*, Warszawa 1920, s. 133; W. Czachórski, *Prawo zobowiązań w zarysie*, Warszawa 1970, s. 260; A. Chobot, *Regulacja twórczej pracy badawczej w stosunkach pracy*, Warszawa 1975, z. 20; tenże, *Twórczość wynalazcza a umowa o pracę nad wynalazkami*, Poznań 1976, s. 32, 111 - 113.

² E. Sisslè, *Charakter prawny czynności lekarza, czy lekarza wiąże z ubezpieczalnią umowa o pracę*, Warszawa 1937; Por. S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1971, s. 66, 357 - 360.

³ Takie określenie stosują m. in. M. Sośniak, *O ile zakład leczniczy odpowiada za szkody wyrządzone przez zatrudnionych w nim lekarzy?* Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej Kazimierza Przybyłowskiego, Kraków—Warszawa 1964, s. 317; D. Adamska, *Podporządkowanie lekarza zatrudnionego w państwowym zakładzie leczniczym*, Nowe Prawo z. 12/1973, s. 1769.

⁴ A. Chobot, *Twórczość ...*, s. 111.

tylko na działaniu pracownika z własnej inicjatywy, ale na tym, że w razie rozbieżności zdań przeważa decyzja samego pracownika⁵.

Według drugiego stanowiska lekarz jest podporządkowany wobec zakładu pracy w całym zakresie swych czynności pracowniczych. W przypadku tego stanowiska w grę wchodzi liczny zbiór różnych, mniej lub bardziej rozwiniętych i uzasadnionych wypowiedzi. W argumentacji na rzecz tej koncepcji podkreśla się, że o podporządkowaniu lekarza decyduje nie tylko kompetencja zakładu pracy do wydawania poleceń, ale także faktyczne uzależnienie lekarza od zakładu pracy⁶. „Podstawą diagnozy jest nie tylko wnikliwe zbadanie pacjenta, ale z reguły także wyniki badań laboratoryjnych, rentgenowskich, ekg itp. Wadliwe wykonanie badania pomocniczego albo niewykonanie go z braku odpowiedniego sprzętu może poważnie zaciążyć na postawieniu rozpoznania przez lekarza. Podobnie terapia uzależniona jest od zakresu środków, jakimi dany zakład rozporządza, od liczby personelu jaką dysponuje, od jakości urządzeń z których korzysta”⁷. Chcąc określić sytuację lekarza nie można jej odrywać od tego, że lekarz wykonuje czynności fachowe w warunkach stworzonych przez zakład pracy, gdyż powoduje to silne uzależnienie organizacyjne lekarza. W konsekwencji tych ujęć czynności lecznicze i czynności organizacyjne wykonywane przez lekarza traktuje się jako nierozdzielne⁸, a niezależność lekarza uznaj e się za anachroniczny mit⁹. Niektórzy autorzy wskazują, że lekarz w przeważającej mierze wykonuje czynności „mieszane” — leczniczo-organizacyjne¹⁰. Podkreśla się również, że podporządkowanie lekarza jako pracownika przejawia się nie tylko w kompetencji zakładu pracy do wydawania poleceń, ale ponadto w prawie do oceny zachowania się pracownika, zwracania mu uwagi na niewłaściwe świadczenie pracy i stosowania środków upominawczych¹¹. Na gruncie omawianej koncepcji występuje się przeciwko ujmowaniu pozycji lekarza jako ą quasi-podwładnego, to jest pracownika

⁵ Tenże, *Obowiązki pracownicze oraz środki prawne zabezpieczające ich wykonanie*, w: *Studia nad kodeksem pracy*, praca zbiorowa, red. W. Jaśkiewicz, Poznań 1975, s. 128, przypis 41.

⁶ Tak m. in. D. Adamska, op. cit. s. 1770 - 1776.

⁷ Ibidem, s. 1774.

⁸ Ibidem.

⁹ M. Sośniak, *Glosa do orzeczenia SN z dnia 13 II 1962 r.*, PiP z. 8 -9/1963, s. 439; tenże, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968, s. 165; tenże, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 36 - 38.

¹⁰ T. Cyprian, *Glosa do postanowienia składu 7 sędziów SN z dnia 25 IV 1963 r.*, PiP z. 3/1964, s. 528. Zdaniem tego autora rozgraniczenie czynności wykonywania zawodu od czynności administracyjnych możliwe jest w teorii, w praktyce czynności te wiążą się ze sobą i warunkują wzajemnie (ibidem, s. 528). Por. także D. Adamska, op. cit. s. 1773.

¹¹ D. Adamska, op. cit. s. 1769.

podwładnego w sferze organizacyjnej, a samodzielnego w sferze leczniczej.

Pewne kwestie sporne powstają wokół prawa zakładu pracy do kontroli i nadzoru nad czynnościami zawodowymi lekarza. Jedni autorzy uważają, że kierownictwo zakładu leczniczego ma prawo kontroli i nadzoru nad czynnościami fachowymi lekarza pod względem ich zgodności z właściwymi zasadami wiedzy fachowej i doświadczeniem¹². Inni uważają przytoczony pogląd za zbyt daleko idący i twierdzą, że „przełożony może kontrolować pracę lekarza tylko w zakresie w jakim chodzi o zgodność z ogólnolekarskimi zasadami wiedzy, etyki, doświadczenia, a nie kwestie z zakresu specjalizacji danego lekarza”¹³.

Przedstawiając sytuację pracowniczą lekarza zwraca się także uwagę na nadzór specjalistyczny. Wskazuje się tu, że specjalista będąc uprawnionym do oceny pracy lekarza, nie ma prawa wydawania mu wiążących poleceń i instrukcji. Ze względu na swój autorytet i wydawane oceny specjaliści mogą jednak faktycznie ingerować w proces leczenia¹⁴.

Występuje jeszcze pogląd, według którego każdy lekarz jako pracownik podlega kierownictwu organizacyjnemu zatrudniającego go podmiotu i w tym zakresie ma obowiązek stosowania się do otrzymanych wskazówek; ogólna zależność organizacyjna nie powinna jednak wykluczać swobodnej oceny i własnego uznania lekarza co do metod i sposobu wykonywania powierzonych czynności, w tym czynności ściśle fachowych¹⁵. W rozwinięciu tego poglądu zaznaczono, że samodzielność lekarza „nie ma charakteru bezwzględnego, ponieważ powierzone do wykonania czynności zawsze muszą się mieścić w granicach podporządkowania ogólnego. Nawet przy wykonywaniu czynności bardzo specjalistycznych podwładny podlega ogólnemu kierownictwu przełożonego. Ten ostatni w każdej chwili może zmienić decyzję, odwołać wykonanie czynności, zmienić jej zakres i charakter, powierzyć podwładnemu wykonanie innej czynności. Jedynie metoda, sposób i rodzaj odpowiedniego w danej sytuacji postępowania mogą być pozostawione do uznania podwładnego”¹⁶.

W dotychczasowym piśmiennictwie problem podporządkowania lekarza był omawiany głównie w aspekcie cywilnoprawnej odpowiedzialności za podwładnego. W związku z tym należy stwierdzić, że uznanie lekarza za podwładnego w rozumieniu art. 430 k.c. nie przesądza jeszcze o samodzielności lub podporządkowaniu lekarza w zakresie diagnozy i terapii. Zgodzić się należy z poglądem, według którego do uznania za

¹² S. Garlicki, op. cit. s. 359.

¹³ D. Adamska, op. cit. s. 1775.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ A. Rembieliński, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez podwładnego*, Warszawa 1971, s. 104 - 105, 168 - 170,

¹⁶ Ibidem, s. 105 - 106.

podwładnego wystarcza już tylko podporządkowanie organizacyjne (w zakresie czynności organizacyjnych) niezależnie od pewnej samodzielności w zakresie wykonywania czynności fachowych¹⁷. W interesie społecznym leży dziś, aby uznać za podwładnego lekarza pracującego w szpitalu lub innej jednostce organizacyjnej. Przemawia za tym kryterium organizacyjne — przynależność lekarza do organizacji, w której pracuje i która powinna nadzorować i wymagać, aby lekarz, również w zakresie czynności fachowych, działał zgodnie z właściwymi zasadami wiedzy, doświadczenia i etyki zawodowej¹⁸.

II. Za punkt wyjścia do analizy sytuacji prawnej lekarza w państwowym zakładzie leczniczym, przyjęto przepisy ustawy z 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza¹⁹. Według tej ustawy lekarz zachowuje samodzielność w zakresie rozpoznawania, zapobiegania, leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich (art. 5). Ustawa ta stanowi dalej, że po upływie roku pracy pod kierownictwem lekarza uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu, lekarz, który uzyskał zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu ma prawo do wykonywania pracy samodzielnej w zakładach społecznych służby zdrowia. Przytoczone przepisy w sposób wyraźny formułują prawo lekarza do samodzielności w zakresie działalności leczniczej, ale nie określają bezpośrednio na czym ta samodzielność ma polegać. Ustalając znaczenie tego pojęcia należy odwołać się do języka potocznego, języka prawniczego oraz przepisów prawnych wyznaczających prawa i obowiązki lekarza.

W mowie potocznej, jak i w języku prawniczym mianem prac samodzielnych oznacza się te prace, których sposób wykonywania nie jest wyznaczany poleceniami innej osoby. Inaczej mówiąc, praca ma charakter samodzielny, jeżeli o sposobie jej wykonywania decyduje sam pracownik. Praca samodzielna jest więc traktowana jako przeciwieństwo pracy wyznaczonej poleceniami przełożonych (kierowników pracy). Można więc uważać, że ustawodawca stanowiąc przepisy o samodzielności lekarza w zakresie rozpoznawania, zapobiegania, leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich miał na celu ograniczenie (wyłączenie) w tym zakresie poleceń przełożonych. Na podstawie przytoczonych wyżej przepisów ustawy o zawodzie lekarza, lekarz może domagać się nieingerencji przełożonych w formie poleceń w sprawie diagnozy, terapii oraz wydawania orzeczeń lekarskich. W sytuacji lekarza wyłączona jest więc prawie kompetencja wydawania poleceń co do sposobu wykonywania czynności leczniczych oraz treści orzeczeń lekarskich²⁰. Dalszego

¹⁷ J. Kosik, *Zasady odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy*, Wrocław 1961, s. 128.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Dz.U. nr 53, poz. 439.

²⁰ A. Chobot, *Regulacja...*, s. 85. Autor ten twierdzi, że przepisy o zawodzie lekarza kreują prawo do samodzielności lekarza (op. cit.).

uzasadnienia dla prezentowanego tu stanowiska dostarczają Zasady deontologiczno-etyczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego²¹. Według tych zasad lekarz kierując się osiągnięciami wiedzy medycznej i zasadami wykonywania zawodu jest w swej pracy niezależny i ma wolny wybór metod i środków leczenia (pkt 1)²². Zasady deontologiczno-etyczne nakładają na lekarza obowiązek odmowy wykonania czynności, które według jego wiedzy i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne. Jeżeli lekarz napotyka trudności z rozpoznaniem choroby lub stwierdzi nieskuteczność zastosowanego leczenia powinien zasięgnąć rady innego lekarza tej samej lub innej specjalności (pkt 9). Jak widać, Zasady deontologiczno-etyczne akcentują w stosunkach między lekarzami rolę rad, czyli nie wiążących wskazówek, a nie poleceń. Samodzielność lekarza uwarunkowana jest znajomością wiedzy medycznej, która wyznacza metody wykonywania pracy. Lekarz wykonując czynności zawodowe kieruje się regułami wiedzy zawodowej oraz pozostającymi do jego dyspozycji środkami, a nie poleceniami przełożonych. Takie ukształtowanie sytuacji prawnej lekarza ma różne konsekwencje między innymi w sferze odpowiedzialności. Wyłączenie poleceń i przyznanie lekarzowi samodzielności łączy się z obciążeniem go odpowiedzialnością za czynności diagnostyczne, terapeutyczne oraz orzeczenia lekarskie. W związku z tym należy podkreślić, że według Zasad deontologiczno-etycznych lekarz nie powinien podejmować się leczenia chorób, w których nie posiada należytej biegłości, natomiast powinien w takich przypadkach kierować chorych do odpowiednich specjalistów lub zasięgnąć ich rady (pkt 8).

Oprócz czynności leczniczych lekarz wykonuje różnorodne czynności organizacyjne. Niewątpliwie w praktyce, w wielu sytuacjach powstawać mogą trudności z rozgraniczeniem obu wymienionych rodzajów działań. Może się nawet zdawać, że wiele czynności wykonywanych przez lekarza ma charakter „mieszany” (leczniczo-organizacyjny). Trudności z przeprowadzeniem ostrych granic (ściślego *criterium divisionis*) między zjawiskami społecznymi są dość powszechne. Często powstają zjawiska leżące na pograniczu i utrudniające przeprowadzenie rozłącznych klasyfikacji. Względy te nie mogą przemawiać jednak przeciw możliwości i potrzebie podziału czynności lekarza na czynności fachowe oraz czynności organizacyjne. Działania wykonywane przez lekarza nie są działaniami prostymi ani jednolitymi; przeciwnie, na ogół składają się z wielu elementów i odznaczają się wysokim stopniem zależności. Wśród różnych czynności diagnostycznych i terapeutycznych występują często, jako niezbędne ogniwa w łańcuchu działań, również czynności organiza-

²¹ Zasady te zostały zatwierdzone przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 3 VI 1967 r. i opublikowane w Służbie Zdrowia nr 26/1967 r.

²² Takie samo postanowienie zawiera Zbiór Zasad Polskiego Lekarza (projekt dyskutowany aktualnie w środowisku lekarskim).

cyjne²³. Często poszczególne rodzaje działań przeplatają się wzajemnie. Nie świadczy to jednak o występowaniu czynności „mieszanych”. Mimo dość ścisłego powiązania i bliskości czasowej można w działaniu lekarzy wyróżnić poszczególne etapy i elementy czynności leczniczych i czynności organizacyjnych. Rozróżnienie tych czynności jest możliwe nie tylko w teorii, ale także w praktyce. O czynnościach „mieszanych” (leczniczo-organizacyjnych) można mówić tylko wtedy, gdy bierze się pod uwagę pewien zespół czy ciąg działań lekarza, a więc pewne kompleksy czynności.

Analiza sytuacji prawnej lekarza powinna uwzględniać podział czynności na lecznicze oraz organizacyjne²⁴. Podział ten znajduje wyraz w wielu przepisach prawnych określających prawa i obowiązki lekarza. Art. 1 ustawy o zawodzie lekarza stanowi, że wykonywanie zawodu lekarza obejmuje rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie chorobom, a także wydawanie orzeczeń lekarskich. Do zakresu tych właśnie czynności, a więc czynności leczniczych (zawodowych), przepisy prawne (art. 5 wymienionej ustawy) odnoszą pojęcie samodzielności lekarza. Prawne ograniczenie ingerencji przełożonych w formie poleceń wskazujących sposób i metody wykonania czynności pracy dotyczy sfery działalności leczniczej. Ograniczenie to nie obejmuje innych, a więc organizacyjnych działań wykonywanych przez lekarza. Posługiwanie się pojęciem czynności „mieszanych” zaciemnia sytuację prawną lekarza, gdyż oznacza istnienie sfery działań, w której nie wiadomo, czy lekarz powinien wybierać metody i środki leczenia w sposób niezależny, kierując się osiągnięciami wiedzy medycznej i zasadami wykonywania zawodu, czy też metody i środki leczenia powinien wskazywać mu poleceniem przełożony.

Przytoczone względy uzasadniają możliwość i zarazem konieczność wyodrębnienia w działalności lekarza czynności leczniczych oraz czynności organizacyjnych. Należy tu jednak pamiętać, że z różnymi stanowiskami zajmowanymi przez lekarzy wiążą się różne zakresy wymienionych rodzajów czynności i różne stopnie samodzielności. W tym względzie sytuacja lekarzy polega na daleko idącej dyferencjacji. Kwestia ta będzie omawiana w dalszej części opracowania.

III. Analizując sytuację prawną lekarza nie można pominąć przepisów prawnych określających różne formy kontroli i nadzoru zakładu pracy wobec lekarza. Kontrola i nadzór sprawowany nad działalnością leczniczą w szczególny sposób uzależniają lekarza od zakładu pracy. Istotną rolę w kierowaniu pracą lekarzy państwowej służby zdrowia odgry-

²³ J. Doroszewski, *Elementy działania lekarskiego ze szczególnym zwróceniem uwagi na postępowanie diagnostyczne*, *Prakseologia* 2/50/1974, s. 111 - 116.

²⁴ Warto nadmienić, że według A. Chobota w sytuacji lekarza występuje różnorodność obowiązku świadczenia pracy. Lekarze wykonują różne rodzaje prac, „z jednej strony jest to diagnoza i terapia, a z drugiej — praca organizacyjno-administracyjna” (*Regulacja...*, s. 19 - 20).

wa nadzór specjalistyczny wykonywany przez medyczne instytuty naukowe, specjalistów krajowych i wojewódzkich. W ramach tego nadzoru ocenia się pracę ordynatorów, stosowane przez lekarzy metody lecznicze i profilaktyczne, a także sporządza się w tym przedmiocie wnioski kierowane do wydziałów zdrowia²⁵. Dyrektor szpitala sprawuje nadzór nad pracą lekarzy odbywających praktykę lub staż, a także nadzór nad biegiem specjalizacji poszczególnych lekarzy²⁶. Zastępca dyrektora do spraw lecznictwa sprawuje łącznie z ordynatorem nadzór nad pracą lekarzy stypendystów. Ordynator oddziału nadzoruje pod względem medycznym i etycznym pracę podległego personelu oraz dba o dyscyplinę pracy. Do zadań ordynatora należy między innymi sprawowanie w zakresie posiadanej specjalizacji nadzoru specjalistycznego nad odpowiednimi poradniami (pracownikami) wchodzącymi w skład przychodni rejonowych, przychodni przyzakładowych, przychodni dla szkół wyższych oraz ośrodków zdrowia. Ordynator powinien w szczególności: a) czuwać nad poziomem udzielanych świadczeń, b) oceniać kwalifikacje pracowników medycznych, c) organizować i prowadzić szkolenie i kształcenie personelu medycznego²⁷. Ordynator ponosi odpowiedzialność za leczenie chorych i pozostawia mu się wybór metod leczenia. W razie wprowadzenia nowych metod leczenia ordynator zasięga opinii specjalisty wojewódzkiego²⁸. Inspektor do spraw orzecznictwa posiada między innymi uprawnienia do kontrolowania pod względem merytorycznym i formalnym postępowania lekarskiego z wykorzystaniem opinii ekspertów. Nadzór i kontrola mają szczególne znaczenie w zakresie diagnozy i terapii. Lekarza kontroluje się tu pod względem specjalistycznej wiedzy medycznej, zasad wiedzy ogólnolekarskiej i etyki zawodowej.

Kompetencje kontrolno-nadzorcze, jakimi dysponuje państwowy zakład służby zdrowia wobec zatrudnionych w nim lekarzy, nadają samodzielności lekarza specyficzny, ograniczony charakter. Lekarzowi przysługuje wolny od poleceń wybór sposobu wykonania czynności leczniczych oraz wolne od poleceń prawo wydawania orzeczeń lekarskich. Z uwagi na wyłączenie poleceń przełożonych można tu mówić o samodzielności lekarza. Jednocześnie jednak czynności lecznicze i orzeczenia lekarskie podlegają różnym formom kontroli nadzoru sprawowanym przez podmioty działające w imieniu zakładu pracy. Ogranicza to swobodę postępowania lekarza i w szczególności sposób uzależnia go od zakładu pracy.

²⁵ Instrukcja nr 16/60 Ministra Zdrowia z dnia 19 III 1960 r. w sprawie nadzoru specjalistycznego, Dz.Urz. Min. Zdrowia i Op. Społecznej, nr 8, poz. 34.

²⁶ Regulamin pracy ordynatora szpitala, Instrukcja nr 35/61 Ministra Zdrowia z dnia 9 IV 1961 w sprawie regulaminów szpitalnych, Dz.Urz. Min. Zdrowia nr 13, poz. 89.

²⁷ § 8 Wzorowego Statutu Zespołu Opieki Zdrowotnej, Zarządzenie Min. Zdr. i Op. Społ. z 10 III 1973 r.

²⁸ Regulamin pracy ordynatora szpitala, op. cit.

Akty kontroli i nadzoru rzutują na zawodową i majątkową pozycję lekarza, przez co wywierają presję na jego zachowanie. W związku z tym należy rozważyć problem, czy kompetencje kontrolno-nadzorcze przysługujące zakładowi pracy nie wyznaczają pewnego aspektu podporządkowania lekarza. Kwestia ta ma w pewnej mierze charakter semantyczny, gdyż rozstrzygnięcie jej zależy od znaczenia, jakie nadaje się wyrażeniu „podporządkowanie pracownika”. Znaczenie tego pojęcia odgrywa więc istotną rolę w interpretacji sytuacji prawnej lekarza w państwowym zakładzie leczniczym.

W opracowaniach omawiających podporządkowanie lekarza pojęciu „podporządkowanie pracownika” nadaje się różne znaczenia. Tu w pewnym stopniu tkwi źródło różnych stanowisk i sporów toczonych wokół „podporządkowania” i „samodzielności” lekarza. Analizując piśmiennictwo poświęcone sytuacji lekarza w zakładzie leczniczym można stwierdzić, że wyrażenie „podporządkowanie pracownika” występuje co najmniej w trzech znaczeniach. Po pierwsze, wyrażenie to utożsamiane jest z obowiązkiem pracownika wykonywania poleceń przełożonych²⁹. Po drugie, podporządkowanie pracownika oznacza nie tylko podległość poleceniom, ale także podległość ocenom dokonywanym przez pracodawcę i stosowanym przez niego środkom upominawczym³⁰. Z tego punktu widzenia jako aspekty podporządkowania pracownika traktować należy podległość pracownika kontroli i nadzorowi przełożonych. Po trzecie, zakres pojęcia „podporządkowanie pracownika” rozciąga się jeszcze na sferę zależności faktycznej pracownika od zakładu pracy. Według tego stanowiska o podporządkowaniu pracownika przesądza już możliwość faktycznej ingerencji (oddziaływania) zakładu pracy na zachowanie pracownika w procesie pracy³¹.

Z powyższych uwag wynika, że spór co do sytuacji lekarza w państwowym zakładzie leczniczym jest w dużym stopniu sporem o rozumienie pojęcia „podporządkowanie pracownika”. Jeżeli przyjmie się, że pojęcie to oznacza tylko obowiązek wykonywania przez pracownika poleceń przełożonych, to czynności lecznicze, co do których wyłączona jest ingerencja przełożonych w formie poleceń, wyznaczają sferę samodzielności lekarza. Sytuacja prawna lekarza będzie więc zróżnicowana: w sferze czynności organizacyjnych będzie on podporządkowany, natomiast w sferze sposobu wykonywania czynności leczniczych i wydawania orzeczeń lekarskich będzie samodzielny. Przy takiej interpretacji można określić sytuację lekarza mianem „quasi-podwładnego”. Jeżeli natomiast przyjmuje się stanowisko, że pojęcie podporządkowania pracownika obejmuje nie tylko podporządkowanie się poleceniom przełożonych, ale także pod-

²⁹ Tak m. in. W. Czachórski, *Prawo zobowiązań w zarysie*, Warszawa 1960, s. 259; A. Chobot, *Regulacja...*, s. 73-83; tenże, *Twórczość*, s. 32, 111-113.

³⁰ D. Adamska, op. cit. s. 1769.

³¹ Tak również D. Adamska, op. cit. s. 1770, 1774 - 1776.

porządkowanie się aktom kontroli i nadzoru, wówczas należałoby uznać lekarza za podporządkowanego wobec zakładu pracy w zakresie czynności organizacyjnych oraz czynności leczniczych. Podobnie przedstawia się będzie sytuacja lekarza, jeżeli w zakres pojęcia podporządkowanie pracownika włącza się faktyczne oddziaływanie zakładu pracy wobec osób w nim zatrudnionych.

IV. Zaprezentowane rozważania wykazują, że wyjaśnienie sytuacji prawnej lekarza zatrudnionego w państwowym zakładzie leczniczym wymaga ogólnej analizy pojęcia podporządkowania pracownika. Pojęcie to, jak już zaznaczono, jest różnie rozumiane. Prawie wszystkie stanowiska opierają się jednak na założeniu, że o podporządkowaniu pracownika decydują pewne kompetencje, jakimi dysponuje wobec niego zakład pracy³². Sporne pozostaje jeszcze, jakie kompetencje pracodawcy stawiają pracownika w sytuacji podmiotu podporządkowanego. W polskim piśmiennictwie przeważa pogląd, że podporządkowanie pracownika to tylko obowiązek wykonywania poleceń³³. Inaczej mówiąc, o podporządkowaniu pracownika decyduje tylko podległość kompetencjom poleceniodawczym (dyrektywnym) pracodawcy. Z wielu względów pogląd ten budzi jednak sprzeciw. W teorii organizacji i zarządzania do funkcji kierowniczych powszechnie zalicza się kontrolę oraz nadzór nad zachowaniem kierowanych jednostek³⁴. Bez kontroli kierowanie uważa się za ślepe³⁵. Kontrola zakładu pracy realizowana wobec pracownika ma szczególne znaczenie. Kontroluje się nie tylko zachowanie pracownika z punktu widzenia wypełniania przez niego obowiązków objętych zakresem stosunku pracy, ale także wyniki pracy (np. w odniesieniu do pracowników produkcyjnych szerokie zastosowanie ma kontrola techniczna). Kontrolę przeprowadza się bieżąco, jak również okresowo (w tym ostatnim przypadku chodzi m. in. o okresowe oceny pracy). Poprzez akty kontroli pracownik jest w specyficzny sposób uzależniony od zakładu pracy. Pracownik podlega aktom kontroli, które mają charakter jednostronny i wpływają na jego sytuację w zakładzie pracy. Wyniki kontroli stanowią podstawę do

³² Por. na ten temat A. Chobot; *Regulacja...*, s. 73-83 i literatura tam podana; W. Szubert; *Zarys prawa pracy*, Warszawa 1976, s. 90.

³³ A. Chobot, op. cit. s. 73 - 74, 89; W. Szubert, *Zarys prawa pracy*, Warszawa 1976, s. 90-91; Z. Salwa, *Prawo pracy PRL w zarysie*, Warszawa 1977, s. 59-60. Natomiast zdaniem W. Piotrowskiego do zakresu podporządkowania pracownika podmiotowi zatrudniającemu należy obok obowiązku stosowania się do poleceń, także obowiązek stosowania się do ustalonego w zakładzie pracy porządku, określonego przez regulamin pracy oraz inne wewnętrzne akty zakładu pracy, jak instrukcje obsługi maszyn i urządzeń, regulaminy przeciwpożarowe, regulamin organizacyjny itp. (W. Piotrowski, *Stosunek pracy*, Poznań 1977, s. 124 - 125).

³⁴ Por. m. in. J. Kurnal, *Zarys teorii organizacji i zarządzania*, Warszawa 1970, s. 267; W. Dawidowicz, *Zarys teorii organizacji i kierowania*, Warszawa 1972, s. 27; W. Kieżun, *Podstawy organizacji i zarządzania*, Warszawa 1977, s. 286 - 288.

³⁵ W. Dawidowicz, op. cit.

wyciągania rozlicznych konsekwencji wobec pracownika³⁶. W grę wchodzi tu zarówno różnego rodzaju konsekwencje pozytywne w postaci nagród, wyróżnień, premii, awansu płacowego (przeszeregowanie do wyższej grupy wynagrodzenia), awansu zawodowego (przesunięcie na wyższe stanowisko w hierarchii zawodowej), jak i różnego rodzaju konsekwencje negatywne, a w szczególności kary porządkowe, potrącenia premii, wypowiedzenie stosunku pracy. Wypowiedzi kontrolno-nadzorcze kierowane przez pracowników do przełożonych, a posiadające określoną wartość informacyjną lub dyrektywną mają też znaczenie dla konkretyzacji lub aktualizacji obowiązków pracowniczych. O tym, jak wiele tego rodzaju wypowiedzi kierują przełożeni do pracowników świadczy codzienne doświadczenie.

Przytoczone uwagi wykazują, że w zakresie kompetencji kontrolnych zakładu pracy pracownik znajduje się w pozycji podmiotu podporządkowanego. Uzasadnia to wyodrębnienie pojęcia „podporządkowania kontrolnego pracownika” rozumianego jako podporządkowanie się pracownika aktom kontroli zakładu pracy. W odróżnieniu od tak ujętego podporządkowania podporządkowanie się pracownika poleceniom przełożonych należałoby określić mianem „podporządkowania dyrektywnego”. Pojęcia te wydają się odzwierciedlać prawną i faktyczną zależność pracownika od zakładu pracy³⁷.

Kompetencje kontrolne zakładu pracy wobec pracownika nie zostały, jak dotąd, poddane w piśmiennictwie prawniczym szerszej analizie. W licznych opracowaniach występują jedynie wzmianki na ten temat. Przykładowo zacytować można następujące wypowiedzi: „Nieodłączną częścią uprawnień kierowniczych w stosunku pracy, rozumianych jako możliwość konkretyzowania obowiązków pracownika jest prawo kontroli (nadzoru) i oceny jego pracy”³⁸; „Uprawnienia kierownicze mają stosunkowo szeroki zakres, gdyż obejmują w zasadzie wszystko to, co warunkuje należyty przebieg pracy od strony rzeczowej i osobowej, a w szczególności prawo nadzoru (kontroli) przebiegu pracy i jego oceny zarówno od strony ostatecznych jej rezultatów, jak i zachowania się pracownika”³⁹; „... w znaczeniu podmiotowym przez dyscyplinę pracy należy rozumieć podporządkowanie robotnika ustanowionemu w jednostce gospodarczej (przedsiębiorstwie, instytucji) regulaminowi pracy, a w szcze-

³⁶ J. Kowalewski, *Przełożony—podwładny w świetle teorii organizacji*, Warszawa 1974, s. 346 i nast.

³⁷ W stosunku pracy występuje ponadto podporządkowanie dystrybucyjne pracownika oraz podporządkowanie represyjne pracownika. Z. Kubot, *Pozycja prawna stron w umownym stosunku pracy*, Wrocław 1978, s. 59 - 81.

³⁸ H. Lewandowski, *Uprawnienia kierownicze w umownym stosunku pracy*, Warszawa 1977, s. 25.

³⁹ *Komentarz do kodeksu pracy* (red. J. Jończyk), Warszawa 1977, s. 75.

gólności p o d p o r z ą d k o w a n i e się zarządzeniom i kontroli kierownika procesu pracy" ⁴⁰ (podkr. — Z. K.).

Podstawę kompetencji kontrolnych zakładu pracy wobec pracownika stanowi wiele przepisów zawartych w kodeksie pracy i innych aktach prawnych. Z przepisów kodeksu pracy należy wymienić tu zwłaszcza art. 94, który nakłada na zakład pracy między innymi następujące obowiązki: 1) organizowanie pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy, 2) zapewnienie przestrzegania porządku i dyscypliny pracy, 3) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, 4) stosowanie obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów oceny pracowników oraz wyników ich pracy. Wymieniony przepis określający obowiązki zakładu pracy zawiera jednocześnie normy przyznające zakładowi pracy kompetencje kontrolne wobec pracownika⁴¹. Do realizacji obowiązku zapewnienia przestrzegania porządku i dyscypliny pracy konieczna jest kontrola zachowania pracowników pod względem zgodności z obowiązkami pracowniczymi. Aby móc należyście organizować pracę należy kontrolować zachowanie pracowników. Warunkiem wypełnienia obowiązku stosowania obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów ocen pracowników jest kontrola zachowania pracowników oraz wyników ich pracy. W przepisach określających obowiązki zakładu pracy ustawodawca zawarł nie tylko nakazy określonego postępowania zakładu pracy, ale przyznał także temu podmiotowi kompetencje konieczne do realizacji tych nakazów.

Oprócz przepisów powszechnie obowiązujących kompetencje kontrolne zakładu pracy zawarte są w wielu przepisach wewnątrzzakładowych. W szczególności w regulaminach organizacyjnych w zakresach czynności (uprawnień i obowiązków) kierownika zakładu pracy, kierowników wydziałów (działów) wymienia się powszechnie nadzór i kontrolę nad podległymi pracownikami⁴².

Wyjaśnienia wymagają obecnie pojęcia kontroli i nadzoru, zakresy znaczeniowe tych pojęć są bowiem różnie ujmowane. Nierzadko można się spotkać z zamiennym używaniem terminów „kontrola” — „nadzór”.

⁴⁰ N. G. Aleksandrow, *Prawny stosunek pracy*, Warszawa 1951, s. 165.

⁴¹ Przyjmuję stanowisko, że normy prawne są w pewien, najczęściej dość złożony i zawiły sposób zakodowane w przepisach prawnych, wykładnia zespołu przepisów polega na odkodowaniu zawartych w tych przepisach norm (Tak Z. Ziemiński, *Teoria prawa*, Warszawa—Poznań 1972, s. 29 - 30. Por. szerzej M. Zieliński, *Interpretacja prawnicza jako proces dokodowania tekstu prawnego*, Poznań 1972).

⁴² Z. Kubot, *Regulaminy organizacyjne w zakładach pracy*, w: *Regulaminy i inne uregulowania wewnątrzzakładowe w wielkich przedsiębiorstwach*, Wrocław 1979, s. 63 i nast.

Reprezentowane jest również stanowisko odróżniające nadzór bieżący od kontroli na tej podstawie, że kontrola jest zawsze czynnością następczą, gdyż nawet wykonywana bieżąco odnosi się do czegoś już wykonanego⁴³. Występują jeszcze poglądy traktujące kontrolę jako formę nadzoru bieżącego⁴⁴. Wielu autorów uważa, że nazwa kontrola jest nazwą zbiorową oznaczającą różne czynności⁴⁵. Kontrola polegać ma na obserwowaniu, ustalaniu lub wykrywaniu stanu faktycznego, dokonywaniu analizy tego stanu, porównywaniu go z zamierzeniami, wykrywaniu przyczyn odchylenia obserwowanego stanu od wzorca⁴⁶. Zdaniem S. Kowalskiego kontrolę sprawowaną przez przełożonych można podzielić na trzy działy: 1) stwierdzenie stanu faktycznego, 2) ocenę tego stanu, 3) wyciągnięcie wniosków z oceny⁴⁷. Według J. Zieleniewskiego działanie kontrolne polega na „porównaniu wykonania z odpowiednim wzorcem i wyciągnięciu z tego porównania wniosków na przyszłość”⁴⁸. Niektórzy autorzy przypisują kontroli dwie główne funkcje: pozytywno-negatywną oraz projektowo-pozytywną. Pierwsza funkcja „realizowana jest wówczas gdy prowadzący działania kontrolne analizuje stan faktyczny (wykonanie) porównując go z określonym wzorcem (np. planem, normą, zwyczajem) poddanym również analizie i ocenie”⁴⁹. Aspekty poznawcze wiążą się z możliwie dokładnym, wszechstronnym poznaniem i oceną wedle przyjętych kryteriów określonego zakresu rzeczywistości i wzorców objętych badaniami kontrolnymi. Aspekty negatywne łączą się natomiast z ustaleniem błędów, niedociągnięć i nieprawidłowości, które mogą wystąpić zarówno w wykonaniu, jak i we wzorcu. Funkcja projektowo-pozytywna polega na opracowaniu ulepszeń rezultatów kontrolowanej działalności⁵⁰.

Terminowi „nadzór” nadawane są różne znaczenia. Zdecydowanie przeważa stanowisko, że pojęcie nadzoru ma szerszy zakres znaczeniowy aniżeli pojęcie kontroli. Nadzór to kontrola plus określone prawem środki nadzorcze. Najczęściej wymienia się tu takie środki, jak usuwanie skutków działań nieprawidłowych, akty zapobiegające nieprawidłowej działalności, uchylenie i zmiany decyzji⁵¹. Występują też poglądy zali-

⁴³ J. Zieleniewski, *Organizacja zespołów ludzkich. Wstęp do teorii organizacji i kierowania*, Warszawa 1967, s. 327 - 328.

⁴⁴ J. Kortan, *Nadzór kierowniczy i poziom organizacji a przestępczość gospodarcza*, Lublin 1968, TNOiK (maszynopis powielony).

⁴⁵ W. Dawidowicz, *Zagadnienia organizacji i kierowania w administracji państwowej*, Warszawa 1972, s. 27; J. Kurnał, op. cit., s. 267; T. Kuta, *Prawo administracyjne w dziedzinie ustroju i zasad funkcjonowania administracji państwowej*, Wrocław 1974, s. 95.

⁴⁶ Por. W. Dawidowicz, op. cit. s. 27; T. Kuta, op. cit., s. 95.

⁴⁷ J. Kowalewski, op. cit., s. 346.

⁴⁸ J. Zieleniewski, op. cit.

⁴⁹ T. R. Kuc, *Kontrola organizacyjna*, *Prakseologia* 1/53, 1975, s. 162 - 163.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ W. Dawidowicz, op. cit. s. 28 - 29; T. Kuta, op. cit., s. 95 - 96.

czające do aktów nadzoru polecenia służbowe⁵² oraz sankcje⁵³. Niezależnie od tych kontrowersji zaznacza się, że środki nadzoru, intensywność ich stosowania nie mogą być dowolnie podejmowane przez organ nadzorczy, ale powinny być ściśle określone prawem⁵⁴. W zależności od tego, z jakimi rodzajami środków mamy do czynienia, rozróżniamy nadzór prewencyjny oraz następczy. Nadzór prewencyjny zakłada obowiązek wcześniejszego uzgodnienia decyzji lub jej zatwierdzenia przez organ nadzorczy⁵⁵. W działalności leczniczej przeważa nadzór następczy wyrażający się w uchylaniu lub zmianie decyzji diagnostycznej lub terapeutycznej, jeżeli jest ona sprzeczna z zasadami wiedzy medycznej lub etyki lekarskiej. Środki tego rodzaju mogą być uzupełniane działalnością instruktazowo-wyjaśniającą. Pojęcie nadzoru występuje w wielu przepisach prawnych określających prawa i obowiązki lekarza i należy je interpretować w kontekście pojęcia samodzielności, o której mówi art. 5 ustawy o zawodzie lekarza. Na tej podstawie należy z pojęcia nadzoru wyłączyć polecenia wskazujące w wiążący sposób metody leczenia i zapobiegania chorobom. Nie należy też terminem „nadzór” obejmować sankcji, gdyż te mają odrębną, szczegółową regulację prawną. Przytoczone uwagi prowadzą do twierdzenia, że pojęcie nadzoru oznacza pewien wycinek funkcji kierowniczych, obejmujący kompetencje dotyczące zapobiegania przez podmiot nadrzędny pewnym rodzajom działań podmiotu podporządkowanego oraz korygowania pewnych działań, które zostały dokonane⁵⁶. Chodzi tu jednak tylko o takie typy działań nadzorczych, które nie pozostają w sprzeczności z prawną samodzielnością lekarza, określoną w art. 5 ustawy o zawodzie lekarza. Sytuacja lekarza w zakresie działalności leczniczej jest dość specyficzna i złożona. Lekarzowi przysługuje wolny od poleceń wybór sposobu postępowania w zakresie rozpoznawania, zapobiegania i leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich. W tej sferze działań lekarz zachowuje więc pewną samodzielność. Jednocześnie czynności lecznicze podlegają różnorodnym formom fachowej kontroli i nadzoru. To z kolei przesądza o pewnym podporządkowaniu lekarza w zakresie działalności leczniczej. W działalności fachowej lekarza należy wyróżnić dwie sfery (płaszczyzny): a) sferę samodzielności obejmującą wybór przez lekarza metod i środków leczniczych zgodnych z osiągnięciami wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej; b) sferę podporządkowania obejmującą podległość lekarza kontroli i nadzorowi przełożonych lub innych wyspecjalizowanych podmi-

⁵² K. Siarakiewicz, *Nadzór nad radami narodowymi i ich organami*, Warszawa 1968, s. 7 - 8.

⁵³ T. Rabska, *Samorząd robotniczy*, Poznań 1962, s. 121.

⁵⁴ T. Kuta, op. cit., s. 96.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Tak pojęcie nadzoru określa W. Dawidowicz, *Wstęp do nauk prawnoadministracyjnych*, Warszawa 1974, s. 105.

tów. Kontrola i nadzór nie niweczą samodzielności lekarza, ale nadają jej ograniczony charakter. Lekarz mając prawo wyboru metod i sposobów leczenia musi liczyć się ze sprawdzeniem prawidłowości i oceną jego postępowania oraz różnymi wynikającymi stąd konsekwencjami.

Przy omawianiu sytuacji pracowniczej lekarza nie można pomijać możliwości faktycznego oddziaływania zakładu pracy na czynności diagnostyczne i terapeutyczne dokonywane przez lekarza. Chodzi tu o takie sprawy, jak zależność działań lekarza od personelu pomocniczego oraz środków leczniczych, jakimi dysponuje zakład służby zdrowia, rodzaju i jakości sprzętu medycznego i sanitarnego, z których lekarz korzysta. Tego rodzaju zależności faktycznej nie można jednak traktować jako podporządkowania lekarza w znaczeniu prawnym. Przy tak szerokim ujęciu pojęcie podporządkowania stałoby się nieoperatywne i nieprzydatne do ukazania swoistych cech sytuacji prawnej pracowników (m. in. w porównaniu z sytuacją prawną osób świadczących pracę na innych podstawach niż umowa o pracę). Zależność faktyczna determinowana jest wieloma różnymi czynnikami i występuje także w tych stosunkach cywilnoprawnych, w których jedna ze stron zajmuje pozycję ekonomicznie silniejszą od drugiej (w szczególności chodzi tu o różne rodzaje umów agencyjnych oraz umów o pracę nakładczą). Zależność faktyczna lekarza od państwowego zakładu służby zdrowia nie wyłącza samodzielności zawodowej lekarza, jeżeli pojęciem tym oznacza się wolny od poleceń przełożonych wybór metod rozpoznawania i leczenia chorób oraz wydawanie orzeczeń lekarskich.

V. Poczynione ustalenia dotyczące sytuacji prawnej lekarza wymagają uściśleń i relatywizacji. W zakresie praw i obowiązków lekarzy występuje bowiem daleko idąca dyferencjacja. W szczególności różne są sytuacje prawne: ordynatora, lekarza specjalisty, lekarza starszego asystenta oddziału szpitala, lekarza asystenta, lekarza młodszego asystenta, lekarza stażysty. Analiza sytuacji lekarza bez uwzględnienia wskazanej dyferencjacji byłaby nadmiernym i niedopuszczalnym uproszczeniem.

Zakład pracy może określić, co lekarz powinien robić⁵⁷. Natomiast ingerencja poleceniami wyznaczającymi sposób leczenia (jak leczyć) jest ograniczona i może występować tylko w pewnych szczególnych sytuacjach lub wobec lekarzy zatrudnionych na niższych stanowiskach. Ograniczenia, o których mowa, nie dotyczą w zasadzie lekarzy stażystów oraz lekarzy młodszych asystentów. Lekarze ci podlegają poleceniom przełożonych w całym zakresie swych czynności pracowniczych. Młodszy lekarz podlega ordynatorowi, który wyznacza mu bezpośredniego zwierz-

⁵⁷ W kwestii podziału powinności pracownika według kryterium „co robić”, „jak robić” por. Z. Masternak, *Obowiązek pracowniczej staranności*, Warszawa 1977, s. 53 i nast.

chnika spośród starszych asystentów. Na zlecenie ordynatora starszy asystent sprawuje nadzór nad wykonaniem przez lekarzy operacji i zabiegów leczniczych⁵⁸. Asystent podlega bezpośrednio ordynatorowi lub starszemu asystentowi, o ile tak zarządzi ordynator i jest przed nim odpowiedzialny za powierzonych mu chorych oraz za czynności administracyjno-gospodarcze. Asystentowi nie wolno zmieniać zaleconych przez ordynatora sposobów leczenia z wyjątkiem wypadku, gdy w przebiegu choroby wystąpiły okoliczności wymagające zmiany ordynacji, a porozumienie z ordynatorem jest niemożliwe⁵⁹. Ordynator ma prawo bieżącej kontroli pracy asystenta oraz prawo wydawania mu poleceń co do metod leczenia⁶⁰. Młodzi, początkujący lekarze nie są więc w zasadzie samodzielni, gdyż mają obowiązek stosowania się do udzielonych im poleceń (także w zakresie czynności leczniczych) przez dyrektora szpitala, ordynatora i innych przełożonych, pod których bezpośrednim kierownictwem pracują.

Odmienne przedstawia się sytuacja lekarzy starszych zajmujących wyższe stanowiska w hierarchii zawodowej służby zdrowia. Lekarze ci na ogół nie podlegają poleceniom przełożonych co do sposobu wykonywania czynności leczniczych. Dotyczy to w szczególności wybitnych specjalistów zatrudnionych w szpitalach i klinikach, lekarzy zatrudnionych w poradniach rejonowych, lekarzy zakładowych i przemysłowych pracujących często jednoosobowo⁶¹. Jeżeli chodzi o ordynatora to przepisy prawne wyraźnie stwierdzają jego niezależność w zakresie metod leczenia zobowiązując jedynie, w razie wprowadzenia nowych metod, do zasięgnięcia opinii specjalisty wojewódzkiego⁶². W odniesieniu do wybitnych specjalistów zajmujących stanowiska profesorów czy docentów ograniczona jest nawet bieżąca kontrola.

VI. Wyodrębnione w niniejszym opracowaniu pojęcie podporządkowania kontrolnego pracownika odgrywa istotną rolę we wszystkich stosunkach pracy. Kompetencje kontrolne przełożonych są warunkiem należytego zorganizowania procesu pracy zespołowej oraz właściwej oceny pracowników i wyników ich pracy. Szczególne znaczenie przypada kompetencjom kontrolnym w zakresie prac wymagających wysokich kwalifikacji fachowych. Przy pracach tego rodzaju często ograniczona jest kompetencja przełożonych co do wskazywania metody wykonywania czynności fachowych. Przełożony, pozbawiony w tym zakresie kompetencji poleceniodawczej, musi posiadać prawo kontroli zachowania pracownika i wyników jego pracy. Pracownik, któremu przysługuje wolny

⁵⁸ § 3 Regulaminu pracy starszego asystenta oddziału szpitala, Instrukcja nr 35/61.

⁵⁹ § 5 Regulaminu pracy asystenta oddziału szpitala, Instrukcja nr 35/61.

⁶⁰ Regulamin pracy ordynatora szpitala, Instrukcja nr 35/61.

⁶¹ Podkreśla to także A. Rembieliński, op. cit., s. 169.

⁶² Regulamin pracy ordynatora szpitala, Instrukcja nr 35/61.

od poleceń przełożonych wybór metod wykonywania czynności zawodowych z określoną wiedzą fachową, podlega kontroli przełożonych lub specjalnych organów działających w imieniu zakładu pracy. Pracownik pozostaje pod presją aktów kontroli, co skłaniać ma go do działania zgodnego z regułami wiedzy fachowej. Wyniki kontroli rzutują na osobistą i majątkową pozycję pracownika w zakładzie pracy, a samodzielności pracownika w sferze czynności fachowych nadają specyficzny i ograniczony charakter.

Szczególne znaczenie podporządkowania kontrolnego występuje w zakresie twórczej pracy badawczej pracowników nauki. Dotyczy to więc także lekarzy zatrudnionych w klinikach Akademii Medycznej lub medycznych instytutach naukowo-badawczych. Pracownicy naukowcy w zakresie twórczej pracy badawczej, w zasadzie nie podlegają poleceniom⁶³, ale wyniki ich pracy podlegają kontroli sprawowanej przez przełożonych oraz specjalne komisje. Młodzi pracownicy nauki (asystenci, adiunkci) wykonują pracę badawczą pod kierownictwem samodzielnych pracowników nauki. Kierownictwo to nie polega na wyznaczaniu poleceniami sposobu i rodzaju rozstrzygnięcia czy rozwiązania określonego problemu teoretycznego lub praktycznego, ale głównie na kontroli wyników poprzez ich pozytywne lub negatywne oceny. Kontrola postępów w pracy naukowej podległych pracowników to jedno z zasadniczych zadań kierownika naukowego⁶⁴. Kontrola przejawia się między innymi w akceptacji lub nieakceptacji tematu pracy badawczej, w sprawdzaniu i ocenie fragmentów oraz całości wykonanych prac. Kontrola wyraża się także w postaci okresowych ocen pracy asystentów i adiunktów dokonywanych przez przełożonych oraz komisje do spraw rozwoju młodej kadry. Wyniki kontroli są podstawą decyzji personalnych w postaci awansu, nagrody, wyróżnienia, wstrzymania awansu, a nawet decyzji o zwolnieniu z pracy lub z zajmowanego stanowiska. Akty kontroli mają charakter jednostronny i są przejawem podporządkowania pracownika wobec przełożonego. Z tego punktu widzenia zastrzeżenia wywołuje koncepcja tak zwanego konsensualnego stylu kierowania naukowego twórczą pracą badawczą. Styl ten, oparty jest na porozumieniach (propozycji i akceptacji) występujących między kierownikiem naukowym a podległym pracownikiem⁶⁵. Konstrukcja konsensualnego stylu kierowania nie znajduje, moim zdaniem, oparcia w obowiązujących przepisach prawnych, co oczy-

⁶³ Szeroko omawia ten problem A. Chobot, *Regulacja...*, s. 84 - 107.

⁶⁴ Zwrócić tu należy m. in. uwagę na przepis stanowiący, że kontrolę nad przebiegiem pracy naukowej pracowników instytutów naukowo-badawczych otrzymujących częściowe zwolnienie od pracy lub urlop sprawuje dyrektor instytutu. (Rozporządzenie Rady Ministrów z 25 VII 1967 w sprawie zatrudniania pracowników naukowo-badawczych w instytutach naukowo-badawczych, Dz.U. nr 32, poz. 157).

⁶⁵ Koncepcję konsensualnego kierowania twórczą pracą badawczą przedstawił A. Chobot, op. cit., s. 89 - 107.

wiście nie oznacza, że ten styl kierowania nie występuje w praktyce i nie jest godny zalecenia. Wyłączenia poleceń i ograniczenie kompetencji kierowniczych do aktów kontroli wydaje się godzić potrzebę swobody pracownika naukowego co do metod prowadzenia pracy badawczej i treści rozstrzygnięć z wymogiem planowości i zespołowości badań naukowych. Mówiąc o kontroli, mam na myśli kontrolę zachowania pracownika naukowego i wyników jego pracy, a nie procesy myślowe, które do tych wyników prowadzą. Kontrola tych ostatnich jest z reguły niemożliwa.

Twórcza praca badawcza wykonywana przez pracowników naukowych, w tym lekarzy zatrudnionych na naukowych stanowiskach, ma charakter pracy samodzielnej, gdyż pracownikowi przysługuje wolny od poleceń przełożonych wybór sposobu badań i ustaleń naukowych. Samodzielność ta ma jednak ograniczony charakter, gdyż zachowanie i wyniki jego pracy podlegają kontroli przełożonych.

LA SUBORDINATION JURIDIQUE DU MEDECIN DANS UN HOPITAL PUBLIC

R é s u m é

La question de la subordination juridique du médecin travaillant dans un hôpital public embrasse en principe deux théories. Selon la première le médecin est tout à fait indépendant dans la matière de diagnose et de thérapeutique. Son employeur n'intervient pas dans ce domaine. La seconde théorie constate que le médecin est subordonné à l'employeur dans toute son activité professionnelle.

Comme le point de départ de son analyse l'auteur prend la loi du 28 octobre 1950 concernant la profession du médecin. Elle garantit au médecin l'indépendance en ce qui concerne la diagnose, la profilactique et la thérapeutique. En analysant la situation juridique du médecin il faut diviser toutes ses activités professionnelles en deux groupes. Ce sont les activités du caractère thérapeutique et celles qui concernent l'organisation du travail. Cette division est bien visible dans les actes légaux déterminant les droits et les devoirs du médecin. Le pouvoir de l'employeur de donner au médecin les ordres et les directives est limité. Il ne touche pas aux activités du médecin dans la sphère du traitement. Pourtant en matière d'organisation du travail le médecin est subordonné au pouvoir exécutif de l'employeur.

Dans l'analyse de la situation juridique du médecin il faut prendre en considération les normes juridiques comprenant les différentes formes du contrôle et de la surveillance exécutées par l'employeur par rapport au médecin. L'indépendance spécifique et limitée du médecin envers son employeur, c'est-à-dire l'hôpital public, résulte du pouvoir de l'employeur de contrôler et de surveiller son personnel. Comme on a déjà mentionné, le médecin est indépendant en matière du traitement. Mais en même temps les différentes formes du contrôle et de la surveillance des activités du médecin le posent en tant que sujet du contrat du travail dans la position du subordonné par rapport à son employeur. La subordination juridique du médecin en regard de l'employeur exerce l'influence sur sa situation personnelle et matérielle. On peut dégager deux sortes de la subordination juridique du médecin: 1) la subordination résultant du pouvoir de l'employeur de contrôler et de

surveiller; 2) la subordination résultant du pouvoir exécutif de l'employeur en matière d'ordre du travail à l'hôpital.

L'auteur souligne la différenciation bien visible de la situation des médecins travaillant à l'hôpital public. Cette différenciation dépend du titre scientifique possédé par la personne en question et de la place qu'elle occupe dans la hiérarchie professionnelle de l'hôpital.