

Agnieszka Zimmermann¹, Przemysław Banasik²

¹Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra Przedsiębiorczości i Prawa Gospodarczego, Wydział Zarządzania i Ekonomii, Politechnika Gdańska

Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki.

Część II

The impact of the new regulations on the rules of professional conduct for nurses. Part II

STRESZCZENIE

Praca stanowi kontynuację podjętej w części pierwszej analizy aktów prawnych pozwalającej na zestawienie nowych lub zmienionych reguł wykonywania zawodu przez pielęgniarki. Poniższa część druga określa obszar zmian dotyczących form wykonywania zawodu, a także obowiązków i uprawnień zawodowych. Aspekt przydatności pracy dla jej praktycznego wykorzystania także w tej części jest traktowany jako przewodni.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 271–279

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, ustawodawstwo, zawód medyczny

ABSTRACT

The paper follows on from the analysis of legal acts taken up in the first part, listing the new or modified rules of the nursing profession. The second part delineates the area of modifications concerning the forms of practicing of the profession as well as the rights and obligations pertaining to it. The aspect of the paper's suitability for its practical use is regarded as central in this part too.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 271–279

Key words: nursing, legislation, medical profession

Wstęp

Kontynuując rozważania i analizy podjęte w pierwszej części pracy, należy zauważyć, że wiele zmian dotyczących praktyk zawodowych jako formy wykonywania zawodu przez pielęgniarki wniosła ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ustawa ta przewiduje, że pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych, w tym przede wszystkim w ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.

Wykonywanie działalności leczniczej

Podjęcie działalności leczniczej przez pielęgniarki wiąże się z prowadzeniem praktyki zawodowej, do

założenia której niezbędne jest uzyskanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Uzyskanie wpisu stanowi bowiem warunek sine qua non prowadzenia omawianej działalności. Zgodnie z założeniami ustawy o działalności leczniczej, wspomniany rejestr obecnie prowadzi okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki pielęgniarki.

Wniosek o wpis do rejestru musi spełniać wymogi określone ustawą i musi być uzupełniony oświadczeniem następującej treści:

„Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;

2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)”.

Pielęgniarka może rozpocząć wykonywanie działalności leczniczej dopiero po uzyskaniu wpisu do powyższego rejestru. Dlatego też uzyskanie zaświadczenia o wpisie do rejestru jest bardzo ważnym etapem w procesie tworzenia praktyki zawodowej. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że organ prowadzący rejestr ma obowiązek dokonać wpisu do rejestru oraz wydać zaświadczenie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku i oświadczenia pielęgniarki. Jeżeli organ rejestrowy nie wywiąże się ze swojego obowiązku w terminie, a od dnia wpływu wniosku upłyne 40 dni, pielęgniarka może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu samorządu o tym fakcie na piśmie. Nie dotyczy to przypadku, w którym organ wezwie pielęgniarkę do uzupełnienia wniosku.

Prowadząc praktykę zawodową, pielęgniarka musi pamiętać, by zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem (np. dotyczące zmiany nazwiska, zmiany adresu prywatnej praktyki) w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany w odpowiednim terminie, można bowiem ponieść konsekwencje finansowe. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że organ rejestrowy może w drodze decyzji administracyjnej nałożyć karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzja taka charakteryzuje się rygorem natychmiastowej wykonalności. Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister zdrowia. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest zobowiązana uwzględnić rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.

W pewnych sytuacjach opisanych prawem wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niemożliwy. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych odmawia pielęgniarcie wpisu w przypadku, gdy:

- wydano prawomocne orzeczenie zakazujące pielęgniarcie wykonywania działalności leczniczej;
- praktykę zawodową wykreślono z rejestru w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku na podstawie złożenia przez pielęgniarkę niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia; rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem czy niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych;
- wnioskodawca nie spełnia warunków dotyczących między innymi lokalu, jego wyposażenia czy zawarcia umowy OC.

Wykonywanie działalności leczniczej to prowadzenie działalności gospodarczej, zatem pielęgniarka prowadząca praktykę zawodową występuje w roli przedsiębiorcy. Prowadzi ona działalność szczególną i dlatego prawo wymaga spełnienia specjalnych warunków, które tę działalność reglamentują. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej w art. 5 pkt 5 nazywa taki rodzaj aktywności działalnością regulowaną. Działalność regulowana musi podlegać nadzorowi. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest uprawniona do kontroli praktyk zawodowych pielęgniarek w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami prawa. Rada jako organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim lub jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.

Istnieje ogólna konstytucyjna zasada swobody działalności gospodarczej, jednak ustawodawca dopuszcza jej ograniczenia ze względu na ważny interes publiczny [1]. Restrykcje w obszarze działalności leczniczej obejmują zakaz reklamowania usług. Pielęgniarka prowadząca praktykę zawodową może podać do publicznej wiadomości informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, ale nie może reklamować swoich usług. Rozdział treści informacyjnych od reklamowych ma gwarantować rzetelność i obiektywność docierających do pacjenta informacji. Przekaz informacyjny różni się od przekazu reklamowego brakiem elementów perswazji, nacisku. Informacją będzie podanie adresu i określenie świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez pielęgniarkę, reklamą zaś będzie użycie zwrotów nakłaniających pacjenta do skorzystania z usług, na przykład hasło: „Wykonywanie bezbolesnych zastrzyków”, czy zachęta w formie oferowania rabatów czy upustów.

Praktyka zawodowa pielęgniarki to działalność lecznicza, rozumiana jako działalność gospodarcza prowadzona na własny rachunek. Na mocy art. 5 ust. 2 pkt 2 a i b ustawy o działalności leczniczej może ona być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub w formie praktyki grupowej. Praktyka jednoosobowa, w zależności od miejsca udzielania świadczeń, może być indywidualną praktyką pielęgniarki, indywidualną praktyką pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualną praktyką pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (czyli w ramach kontraktu). Pielęgniarka posiadająca specjalizację może zaś prowadzić: indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie

podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (kontrakt).

Kolejną restrykcją w odniesieniu do praktyki zawodowej pielęgniarstwa jest wprowadzona ustawą o działalności leczniczej możliwość prowadzenia praktyki grupowej tylko w formie spółki cywilnej, partnerskiej czy jawnej. Jak wynika z uzasadnienia ustawy o działalności leczniczej, wprowadzone ograniczenia są spowodowane nadrzędnymi względami interesu publicznego. Ustawodawca przeznaczył tylko te 3 formy spółek dla działalności zawodowej pielęgniarstwa wskazując, że jest to podyktowane charakterem zawodu pielęgniarstwa, który zaliczany jest do zawodów zaufania publicznego. Do niedawna możliwe było prowadzenie praktyki grupowej tylko w formie spółki cywilnej i partnerskiej, nie było możliwości założenia przez pielęgniarstwo spółki jawnej [1]. Ważnym gwarantem jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarstwo działającą w ramach spółki powinien być substrat osobowy nie zaś kapitałowy. W ramach grupowej praktyki mogą być zatem udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarstwo będące współnikami albo partnerami spółki.

Spółka cywilna funkcjonuje w oparciu o art. 860–875 Kodeksu cywilnego (K. c.). Zaletą spółki cywilnej jest łatwość jej utworzenia i prowadzenia, niskie koszty założenia, swoboda kształtowania treści umowy, brak wymogów prawnych co do rodzaju i wielkości wnoszonych wkładów. Wadą jest to, że za długi spółki cywilnej współnicy odpowiadają solidarnie, i to całym swoim majątkiem, a odpowiedzialności solidarnej współników nie można w umowie spółki ani wyłączyć, ani ograniczyć, ani zastąpić inną formą odpowiedzialności. Wadą spółki cywilnej jest również to, że nie może ona we własnym imieniu zaciągać zobowiązań ani nabywać uprawnień, gdyż nie posiada zdolności prawnej [2]. Przez spółkę cywilną współnicy zobowiązują się dążyć do osiągnięcia wspólnego celu gospodarczego przez działanie w sposób oznaczony, w szczególności przez wniesienie wkładów. Każdy ze współników jest przedsiębiorcą i przed podjęciem działalności gospodarczej musi uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Spółka nie posiada zatem ani osobowości prawnej, ani zdolności prawnej, ani zdolności do czynności prawnych, ani zdolności upadłościowej, ani zdolności układowej, ani zdolności wekslowej czy czekowej. Nie może być również stroną zawieranych z innymi podmiotami umów. Wszystkie te atrybuty posiadają współnicy.

Spółka jawna i spółka partnerska są spółkami prawa handlowego. Są to spółki osobowe, które nie mają osobowości prawnej, choć posiadają zdolność do czynności prawnych — a co za tym idzie mogą we własnym imieniu nabywać prawa, w tym prawo własności nieruchomości i inne prawa rzeczowe,

zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywane (art. 8 § 1 Kodeksu spółek handlowych — K. s. h.). Spółki te prowadzą przedsiębiorstwo pod własną firmą, a zatem to nie współnicy, ale spółka jest przedsiębiorcą w obrocie cywilnoprawnym. W spółce jawnej i partnerskiej odpowiedzialność osobistym majątkiem współników za zobowiązania spółki jest nieograniczona i solidarna (przy czym jest to odpowiedzialność subsydiarna, ponieważ w pierwszej kolejności za zobowiązania spółki odpowiedzialność ponosi sama spółka). W obu spółkach umowa spółki powinna być zawarta na piśmie pod rygorem nieważności.

Spółka partnerska jest o tyle specyficzna, że zgodnie z treścią art. 86 § 1 K. s. h. tworzą ją współnicy (partnerzy) w celu wykonywania wolnego zawodu. Partnerami zaś mogą być wyłącznie osoby fizyczne, uprawnione do wykonywania wolnego zawodu, wśród których ustawodawca wymienia między innymi pielęgniarstwo. Zgodnie z treścią art. 95 § 1 K. s. h. partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w spółce, jak również za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki. Umowa spółki może jednak przewidywać odstąpienia od wskazanej zasady.

Wobec braku ustawowego zakazu, zarówno współnikami spółki cywilnej, jawnej, jak i partnerskiej mogą być również osoby, które wykonują inny zawód medyczny, a jak się wydaje również niemiedyczny. Stroną umowy z podmiotami leczniczymi — w przypadku spółki jawnej bądź partnerskiej będzie grupowa praktyka pielęgniarstwa (a nie jej współnicy), zaś w przypadku spółki cywilnej pielęgniarstwa będącej jej współnikami (w każdym przypadku przy spełnieniu warunków wynikających z art. 102 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).

Jako przykład uzasadnionej względami interesu publicznego ingerencji ustawodawcy w zasady wykonywania działalności gospodarczej przez pielęgniarstwo wykonujące działalność leczniczą należy także wskazać obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Nowością, wskazującą na reglamentację świadczeń pielęgniarstwa, jest także uzależnienie możliwości założenia praktyki zawodowej od stażu pracy. Obecnie pielęgniarstwo musi posiadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu i dodatkowo nie może mieć przerw w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających złożenie wniosku o wpis do rejestru praktyk zawodowych.

Umowa pomiędzy pielęgniarką będącą przedsiębiorcą (czyli posiadającą praktykę zawodową) a podmiotem leczniczym, czyli tak zwana umowa kontraktowa jest umową cywilnoprawną. Zawarcie umowy cywilnoprawnej prowadzi do nawiązania stosunku cywilnoprawnego, a nie stosunku pracowniczego (choć w ramach kontroli dokonywanej przez Państwową Inspekcję Pracy czy sąd możliwe jest ustalenie istnienia stosunku pracy). Zasady i tryb zawierania tego typu umów unormowano w przepisach prawa cywilnego, choć należy zastrzec, że wiele z nich, z uwagi na uzgodnione przez strony postanowienia, będzie należało do umów tak zwanych nienazwanych, czyli nie opisanych wprost w Kodeksie cywilnym. Podstawową cechą takich umów jest ich elastyczność i swoboda w kształtowaniu treści, skoro — przynajmniej z teoretycznego punktu widzenia — zawierane są przez równorzędne strony stosunku prawnego. Należy zatem wstępnie skonstatować, że w porównaniu z umową o pracę dostrzega się zarówno wady, jak i zalety tego rozwiązania. Dla każdego pracownika (w tym pielęgniarek) niewątpliwą wadą będzie mała stabilność zawartego stosunku prawnego, ale również pozbawienie wielu uprawnień gwarantowanych ustawodawstwem prawa pracy. Do zalet zaś należy zaliczyć większy wpływ na własną sytuację prawną. O wysokości wynagrodzenia w kontrakcie decyduje wyłącznie treść zawartej umowy. Najczęściej nie występuje system premii, choć zdarzają się premie bądź dodatki (poza kwotą podstawową) za liczbę przyjętych pacjentów w trakcie dyżuru świadczonego przez pielęgniarkę. Zasadniczo umowy cywilnoprawne nie przewidują nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych, odpraw pośmiertnych czy z tytułu rozwiązania umowy (w tym z przyczyn niedotyczących pielęgniarki). Za szkody wyrządzone pacjentowi pielęgniarka będzie ponosiła solidarną odpowiedzialność łącznie z podmiotem leczniczym, który zawarł z nią umowę — chyba, że szkoda zostanie wyrządzona z winy umyślnej pielęgniarki (wówczas jej odpowiedzialność jest pełna i samodzielna).

Umożliwienie wykonywania pracy pielęgniarskiej w podmiocie leczniczym w formie kontraktu jest nowością w naszym systemie prawnym, w którym dotychczas dominowała umowa o pracę. Oczywiście słowo kontrakt jest pewną konwencją umowną — chodzi bowiem o umowę jaką przedsiębiorca (pielęgniarka) zawiera z podmiotem, na rzecz którego świadczy określone czynności. Nie da się przy tym nie zauważyć, że ustawodawca w art. 5 ustawy o działalności leczniczej wyraźnie zaznaczył tendencję do odchodzenia od zasady zatrudnienia personelu medycznego na podstawie umów o pracę (czyli w ramach stosunku pracy). Jak słusznie zauważa Rek [3] „ustawodawca wydaje się wręcz promować formę

umów cywilnoprawnych, w szczególności z indywidualnymi praktykami zawodowymi, jako podstawy do zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach leczniczych. Jest to możliwe najprostszy sposób na wyeliminowanie ograniczeń typowych dla stosunku pracy — w szczególności co do norm czasu pracy”. Nie budzi przecież wątpliwości, że ustawodawstwo w zakresie prawa pracy dość rygorystycznie nakazuje pracodawcy przestrzeganie norm związanych z maksymalnym limitem przepracowanych przez pracownika godzin — choć w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny reguły te zostały zmodyfikowane w artykułach 93–99 ustawy o działalności leczniczej. Przykładowo można wskazać, że w ramach stosunku pracy czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (w tym pielęgniarek) zasadniczo nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut w tygodniu w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (który nie może przekraczać 3 miesięcy). Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę — pomimo jednak przedłużenia normy dobowej pracodawca nie może wydłużyć normy tygodniowej. Dalej maksymalnie wynosi ona 37 godzin 55 minut. Przy stosowaniu równoważnego systemu czasu pracy zasadą będzie stosowanie miesięcznego okresu rozliczeniowego, który jednak w szczególnie uzasadnionych przypadkach może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy. Nie można przedłużać normy dobowej ponad wymiar 8 godzin w stosunku do pracownic w ciąży, a bez zgody w stosunku do pracowników opiekujących się dziećmi do lat 4. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (choć z pewnymi zastrzeżeniami), a w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku (w uzasadnionych przypadkach może być on skrócony do 24 godzin), obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Pielęgniarsce pełniącej dyżur medyczny okres odpoczynku dobowego powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru.

Nie bez znaczenia jest również i to, że grupę zawodową pielęgniarek w przeważającej części stanowią kobiety, którym na podstawie kodeksu pracy przysługują szczególne uprawnienia związane z rodzicielstwem (choć część z tych uprawnień przysługuje również pracownikom-ojcom), jak chociażby: urlop macierzyński, wychowawczy, dni wolne związane z posiadaniem dzieci do 14. roku życia, możliwość zmniejszenia wymiaru czasu pracy nie więcej jednak

niż do połowy w okresie, w którym pracownica–matka mogłaby korzystać z urlopu wychowawczego, czy przerw w pracy związane z karmieniem dzieci. Umowy kontraktowe pozbawione są takich dobrodziejstw, a patrząc z drugiej strony — obciążeń dla pracodawcy.

Preferowanie przez ustawodawcę kontraktów cywilnoprawnych, a co za tym idzie rezygnacja z unormowań związanych z zatrudnieniem pracowniczym, pozwala na wyeliminowanie, a przynajmniej ograniczenie, problemów związanych ze zbyt małą liczbą osób o wymaganych kwalifikacjach. Swoboda zawierania umów cywilnoprawnych (w tym również kształtowania ich treści) wyrażona w art. 353¹ Kodeksu cywilnego umożliwia bowiem odejście od sztywnych regulacji związanych z limitem godzin przepracowanych przez pielęgniarkę w ciągu dnia lub tygodnia. O tym jak długo będzie ona pracowała będzie decydować jedynie wola stron i techniczno-organizacyjne uwarunkowania podmiotu leczniczego. W żadnym akcie prawnym nie ma przy tym dyspozycji regulujących w jakikolwiek sposób stosunki pomiędzy podmiotem leczniczym a przedsiębiorcą (pielęgniarką), i w żaden sposób nie precyzują one istoty takiej umowy. Cechami głównymi i charakterystycznymi dla tego typu umów będzie:

- znaczna swoboda w kształtowaniu stosunków pomiędzy stronami (oczywiście w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki);
- określenie przedmiotu umowy (rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych);
- nieokreślenie jednoznacznie typowych dla umów o pracę postanowień, przykładowo dotyczących czasu pracy, obowiązku podpisywania list obecności, urlopów wypoczynkowych i innych;
- swoboda w określaniu czasu trwania kontraktu, sposobu jego rozwiązywania (w tym nawet bez podania przyczyny rozwiązania takiej umowy);
- określenie wysokości wynagrodzenia lub sposobu jego ustalania;
- określenie miejsca wykonywania świadczeń.

Dodatkowymi elementami takich umów mogą być między innymi:

- zakaz konkurencji lub podejmowania pracy w innym zakładzie leczniczym i określenie jego zakresu;
- określenie zasad udzielania dni wolnych;
- określenie zasad związanych ze świadczeniem dyżuru medycznego lub pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- określenie minimalnej liczby godzin pracy świadczonej przez pielęgniarkę na rzecz podmiotu leczniczego;
- obowiązek (i określenie jego zakresu) prowadzenia dokumentacji medycznej.

Kontrakty cywilnoprawne zawierane z pielęgniarkami mogą również zawierać klauzule nadające

im dodatkowe uprawnienia lub obowiązki, których głównym celem będzie zagwarantowanie większego niż w przypadku umów o pracę zaangażowania pielęgniarki i związania ich z podmiotem, w którym świadczą usługi medyczne.

Umowa kontraktowa jest odmienna od umowy o pracę. Do konstytutywnych cech stosunku pracy (w myśl art. 22 Kodeksu pracy — K. p.), odróżniającego go od innych stosunków prawnych zalicza się: dobrowolność zatrudnienia, osobiste świadczenie pracy przez pracownika w sposób ciągły, podporządkowanie pracownika poleceniom pracodawcy, wykonywanie pracy na rzecz pracodawcy ponoszącego ryzyko związane z zatrudnieniem, świadczenie pracy w miejscu i czasie wskazanym przez pracodawcę oraz odpłatny charakter zatrudnienia (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 6 października 2004 r., I PK 488/03, OSNP 2005, nr 10, poz. 135; z dnia 23 października 2006 r., I PK 113/06, Pr. Pracy 2007, nr 1, s. 35; z dnia 20 marca 2008 r., II UK 155/07, LEX nr 465988 i orzeczenia w nich powołane) [4]. Zatrudnienie spełniające podane wyżej warunki jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę umowy zawartej przez strony. Niedopuszczalne jest zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu powyższych warunków wykonywania pracy. W orzecznictwie Sądu Najwyższego już dawno zostało wskazane, że nazwa umowy (którą zawarły strony) nie ma znaczenia, jeżeli nawiązany stosunek prawny ma cechy wskazane w art. 22 § 1 K. p. (wyrok SN z dnia 7 kwietnia 1999 r., sygn. akt I PKN 642/98, OSNP 2000/11/417) będzie zdefiniowany jako stosunek pracy nawet, jeśli strony podpisały umowę zatytułowaną jako umowa cywilnoprawna.

O wyborze podstawy prawnej zatrudnienia decydują zainteresowane strony (art. 353¹ K.c. w zw. z art. 300 K. p.), kierując się nie tyle przesłanką zobowiązania, ile sposobem jego realizacji (wyrok SN z dnia 13 kwietnia 2000 r., sygn. akt I PKN 594/99, OSNP 2001/21/637). Oceniając charakter stosunku prawnego łączącego strony (umowa o pracę czy umowa cywilnoprawna), należy uwzględnić między innymi specyfikę funkcjonowania podmiotu zatrudniającego. W przypadku wątpliwości dotyczących rodzaju umowy (umowa o pracę czy umowa cywilnoprawna) rozstrzygające będzie orzeczenie sądu, który zbada jakie elementy przeważają (wyrok SN z dnia 14 września 1998 r., sygn. akt I PKN 334/98, OSNP 1999/20/646). Jeżeli dominują cechy istotne dla stosunku pracy, takie jak: podporządkowanie pracownika, obowiązek osobistego świadczenia, obciążenie podmiotu zatrudniającego ryzykiem prowadzenia zakładu pracy, zawarta umowa będzie zweryfikowana jako umowa o pracę. Jeśli w łączącym strony stosunku prawnym występowały elementy obce stosunkowi pracy (np. brak podporządkowania, możliwość zastąpienia



pracownika osobą trzecią) możliwe jest zanegowanie rodzaju zawartej umowy i podważenie jej pracowniczego charakteru. Zanim jednak zostanie podjęta ostateczna decyzja rozstrzygająca należy zbadać treść umowy, sposób wykonywania, a przede wszystkim wolę stron. Przewidziane w art. 65 K. c. w zw. z art. 300 K. p. reguły wykładni oświadczeń woli stron mają odpowiednie zastosowanie do umów o pracę. W przypadku wątpliwości decydujący jest zgodny zamiar stron i cel umowy również wówczas, gdy dosłowne jej brzmienie byłoby korzystne dla pracownika (wyrok SN z dnia 4 marca 1999 r., sygn. akt I PKN 616/98, OSNP 2000/8/312). Zamiar jednej ze stron umowy nie może być wystarczającą podstawą do ustalenia spornej między stronami treści umowy (wyrok SN z dnia 21 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 541/98, OSNP 2000/5/180).

W licznych orzeczeniach Sądu Najwyższego (SN) można znaleźć wskazania, które umożliwiają bliższe doprecyzowanie rodzaju umowy zawartej przez strony. Określenie godzinowej stawki wynagrodzenia nie przesądza o tym, że strony łączyła umowa o pracę (wyrok SN z dnia 5 grudnia 2000 r., sygn. akt I PKN 133/00, OSNP 2002/14/326). Z kolei zatrudnienie pracownika poza normalnym czasem pracy na podstawie umów cywilnoprawnych przy pracach tego samego rodzaju co objęte stosunkiem pracy stanowi obejście przepisów dotyczących czasu pracy w godzinach nadliczbowych oraz przepisów o składkach na ubezpieczenie społeczne (wyrok SN z dnia 30 czerwca 2000 r., sygn. akt II UKN 523/99, OSNP 2002/1/22). Określenie w umowie czynności z zastrzeżeniem ich osobistego wykonywania w określonych dniach i godzinach nie przesądza o nawiązaniu stosunku pracy, ponieważ takie elementy występują także w stosunkach cywilnoprawnych (wyrok SN z dnia 6 października 1998 r., sygn. akt I PKN 389/98, OSNP 1999/22/718) [5].

Umowy cywilnoprawne jako forma wykonywania zawodu pielęgniarki

W nowej rzeczywistości prawnej podstawą zatrudnienia pielęgniarek poza umową o pracę i umową kontraktową są również umowy cywilnoprawne, w tym umowa o dzieło i umowa zlecenia (świadczenia usług).

Zgodnie z art. 627 K. c. przez umowę o dzieło przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania oznaczonego dzieła, a zamawiający do zapłaty wynagrodzenia. Stronami w tej umowie są wykonujący dzieło (pielęgniarka) i zamawiający (np. podmiot leczniczy, pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta), czyli ten dla kogo dzieło ma być wykonane. Przedmiotem świadczenia jest określone dzieło, które może mieć charakter materialny lub niematerialny, jednak po wykonaniu musi mieć niezależny (samoistny) od

swojego twórcy byt. Umowa o dzieło jest umową rezultatu, konsensualną, odpłatną i wzajemną, ma charakter zobowiązujący.

Umowa o dzieło różni się od umowy o pracę brakiem stosunku zależności, koniecznością osobistego wykonania (chyba, że co innego wynika z umowy, okoliczności faktycznych, np. skomplikowany charakter dzieła lub powierzenie jego wykonania ze względu na osobiste przymioty czy renomę wykonawcy), brakiem podporządkowania oraz świadczeniem na ryzyko wykonawcy. Charakterystyczna jest dyspozycja art. 641 K. c. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu, niebezpieczeństwo przypadkowej utraty lub uszkodzenia materiału na wykonanie dzieła obciąża tego, kto materiał dostarczył.

Głównym obowiązkiem przyjmującego dzieło jest wykonanie dzieła. O sposobie realizacji zwykle decyduje wykonawca, który odpowiada za należyłą jakość dzieła. Jeżeli zamawiający dostarcza materiały na wykonanie dzieła (np. wyroby medyczne), przyjmujący zamówienie powinien ich użyć w odpowiedni sposób oraz złożyć rachunek i zwrócić część niewykorzystaną. Jeżeli materiał dostarczony przez zamawiającego nie nadaje się do prawidłowego wykonania dzieła albo, w przypadku gdy inne okoliczności uniemożliwiają prawidłowe wykonanie, przyjmujący zamówienie powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zamawiającego. Jeżeli do wykonania dzieła potrzebne jest współdziałanie zamawiającego, a tego współdziałania brak, przyjmujący zamówienie może wyznaczyć zamawiającemu odpowiedni termin z zagrożeniem, że po upływie wyznaczonego terminu może on odstąpić od umowy.

Umowę zlecenia reguluje Kodeks cywilny w art. 734-751. Poprzez jej zawarcie przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do wykonania określonej czynności prawnej (w umowie o świadczenie usług — czynności faktycznej) dla dającego zlecenie. Jeżeli ani z umowy, ani z okoliczności nie wynika, że przyjmujący zlecenie zobowiązał się je wykonać bez wynagrodzenia, za wykonanie zlecenia przysługuje wynagrodzenie. Zlecenie może być zatem wykonane zarówno odpłatnie, jak i nieodpłatnie, a zleceniobiorca zobowiązuje się do starannego działania, nie zaś do osiągnięcia określonego rezultatu, jak w przypadku umowy o dzieło.

Przy umowie zlecenia nie ma ścisłego podporządkowania (jak w przypadku umowy o pracę), a i osobistość wykonania umowy (która co prawda jest regułą) nie jest ściśle przestrzegana. Zgodnie z treścią art. 738 K. c. przyjmujący zlecenie może powierzyć wykonanie zlecenia osobie trzeciej tylko wtedy, gdy wynika to z umowy lub ze zwyczaju, albo gdy zmuszą go do tego okoliczności.

Przyjmujący zlecenie powinien informować zlecającego o przebiegu prac, a po wykonaniu zlecenia

lub po wcześniejszym rozwiązaniu umowy — złożyć sprawozdanie. Powinien wydać wszystko, co przy wykonaniu zlecenia dla niego uzyskał, chociażby w imieniu własnym.

Przepisy dotyczące umowy zlecenia mają również odpowiednie zastosowanie (poprzez art. 750 K. c.) do umowy o świadczenie usług, na przykład usług pielęgniarskich, usług opieki zdrowotnej.

Inne formy wykonywania zawodu przez pielęgniarki

Pielęgniarka może wykonywać również swój zawód na podstawie stosunku służbowego. Wydaje się, że w tym przypadku ustawodawcy chodziło o zatrudnienie na podstawie pragmatyk służbowych, które przewiduje art. 5 K. p. — a zwłaszcza w policji, wojsku czy służbie więziennej.

Pielęgniarka może wykonywać swój zawód także w ramach wolontariatu, który reguluje ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Wolontariuszem, zgodnie z definicją legalną, jest osoba fizyczna, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w ustawie. Wolontariusz może wykonywać świadczenia na rzecz podmiotów leczniczych. Ustawa o działalności leczniczej (art. 21) przewiduje, że w ramach wolontariatu mogą być udzielane również świadczenia zdrowotne. Zatem pielęgniarka może świadczyć swoje profesjonalne usługi jako wolontariusz. Wolontariat powinien jednak być formą dobrowolnego, bezinteresownego pomagania innym, nie zaś jedyną oferowaną w rzeczywistości formą powrotu do zawodu po przerwie.

Pielęgniarka jako wolontariusz podejmuje się wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych i wiąże się z korzystającym (np. hospicjum) porozumieniem, które określa ich zakres, sposób i czas realizacji, a także postanowienie o możliwości jego rozwiązania. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę-wolontariusza jest możliwe na podstawie nawiązanego z korzystającym stosunku odmiennego od stosunku pracy czy umowy kontraktowej i nazywane bywa w piśmiennictwie stosunkiem wolontariatu [6]. Stosunek wolontariatu nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, mimo że do porozumienia stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego [7]. Porozumienie pomiędzy pielęgniarką a korzystającym powinno przyjąć formę pisemną, jeżeli wolontariusz wykonuje świadczenia przez okres przekraczający 30 dni. W sytuacji gdy wolontariusz wykonuje świadczenia przez krócej niż 30 dni może mieć ono formę ustną, ale na żądanie wolontariusza korzystający jest obowiązany potwierdzić na piśmie treść porozumienia, a także wydać pisemne zaświadczenie o wykonaniu świadczeń

przez wolontariusza, w tym o zakresie wykonywanych świadczeń [8].

Korzystający ma obowiązek informować wolontariusza o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami, zapewnić mu bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez niego świadczeń, w tym — w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem — odpowiednie środki ochrony indywidualnej oraz pokrywać, na zasadach dotyczących pracowników, koszty podróży służbowych i diet.

Placówka angażująca pielęgniarkę jako wolontariusza może zapewnić jej ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, a także zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest ubezpieczona z innego tytułu. Pielęgniarka-wolontariuszka, która wykonuje świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni, korzystający jest zobowiązany zapewnić ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. Wykonywanie świadczeń przez wolontariusza nie ma wpływu na prawo do uzyskania renty lub emerytury, gdyż nie jest zaliczane do okresów składkowych lub nieskładkowych w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

Uprawnienia zawodowe

Nowością są pewne szczegółowe uregulowania dotyczące prawa pielęgniarki do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem, które mają ogromny wpływ na faktyczne skorzystanie z powyższego prawa w praktyce. Pielęgniarka może, jak do tej pory, odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji. Swoboda wyborów moralnych jest ograniczona dobrem chorego i obowiązkiem ratowania jego życia i zdrowia, które traktowane są jako nadrzędne w stosunku do osobistej opcji etycznej pielęgniarki [9]. Stan zagrożenia zdrowia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu powoduje, że w hierarchii wartości prawo pielęgniarki do niewykonywania czynności, które są sprzeczne z jej światopoglądem, wyznaniem i tak dalej staje się mniej ważne. W piśmiennictwie podkreśla się, że zagrożenie musi mieć charakter bezpośredni, a nie potencjalny [10]. Dla legalności skorzystania z prawa odmowy muszą być spełnione także inne określone ustawą przesłanki. Pielęgniarka musi niezwłocznie podać przyczynę swojej odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Powołanie się na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w sytuacji, w której pielęgniarka, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, udziela pomocy, a zwłoka mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia

zdrowia. Kolejnym warunkiem legalności powołania się na klauzulę sumienia jest uprzedzenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o odmowie. Ustawodawca w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku zobowiązał dodatkowo pielęgniarkę do wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. Oznacza to powinność wcześniejszego sprawdzenia, gdzie dane świadczenie zdrowotne pacjent lub pacjentka może uzyskać [11]. W tym kontekście słusznie zwraca się uwagę, że wymagania ustawodawcy okazują się często nierealistyczne i skłania do konkluzji, że pielęgniarka de facto dąży swoim zachowaniem do swoistego współudziału. Podstawą zmiany prawa był zapewne wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie przeciwko Polsce, w którym Trybunał wskazał, że powołanie się na klauzulę sumienia nie może stanowić bariery w dostępie do usług medycznych gwarantowanych przez prawo [12].

W praktyce powołanie się na klauzulę sumienia dotyczy na przykład dokonywania znieczulenia przy zabiegu aborcji, przeprowadzania zabiegu przy niedostatecznym znieczuleniu, a także uporczywego podtrzymywania życia i nierespektowania tym samym prawa pacjenta do godnej śmierci.

Nowe uprawnienie zawodowe dla pielęgniarek przewiduje ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Przepis art. 38 przewiduje, że kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne (cewniki, pieluchomajtki) może odbywać się także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego. Pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego (art. 5 pkt 26 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) to pielęgniarka będąca świadczeniodawcą, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo pielęgniarka zatrudniona lub wykonująca zawód (na podstawie kontraktu, umowy o dzieło czy zlecenia) u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe uprawnienie potwierdza także art. 40 ustawy o świadczeniach. Pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego może zlecić bezpłatne wydanie wyrobów medycznych inwalidzie wojennemu i wojskowemu, cywilnej niewidomej ofierze działań wojennych oraz osobie represjonowanej, weteranowi poszkodowanemu, uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 47 ust. 1, 2 i 2a ustawy o świadczeniach). Zlecenie na wyroby medyczne, zgodnie z założeniami ustawy refundacyjnej, musi zawierać określone elementy.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje w art. 34 prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgniacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Pielęgnowanie nierozzerwalnie jest związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. Dodatkowa opieka pielęgniacyjna może być jednak wykonywana przez każdą osobę, gdyż nie stanowi świadczenia zdrowotnego. Oczywiście pielęgniarki mogą oferować opiekę profesjonalną i mogą być za nią wynagradzane. Dodatkowa opieka pielęgniacyjna nie może w żaden sposób zastępować tej, do której jest zobowiązany szpital czy inny podmiot leczniczy. W razie skorzystania przez pacjenta z możliwości dodatkowej opieki personel medyczny podmiotu nie jest zwolniony z obowiązku troski o prawidłową pielęgnację pacjenta, co skutkowałoby przecież przerzuceniem swojego obowiązku na inne osoby. Dodatkowa opieka pielęgniacyjna może być wykonywana na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy pielęgniarką a pacjentem lub osobą bliską czy opiekunem prawnym. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia [13] „dodatkowa opieka pielęgniacyjna w zakładzie opieki zdrowotnej może być wykonywana w ramach czynności pielęgniacyjnych, tj. mycie, pomoc w karmieniu czy ścieleniu łóżka, co jest właściwe dla wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej”. Dodatkowo komunikat wskazuje, że „umowa nie może dotyczyć tych czynności, które zostały zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze szpitalem czy innym stacjonarnym podmiotem leczniczym, w którym przebywa pacjent”. W opinii środowiska pielęgniarek czynności pielęgniacyjne wymienione w komunikacie są zawsze objęte umową pomiędzy Funduszem a stacjonarnym podmiotem leczniczym. Określenie zakresu dodatkowej opieki stwarza zatem wiele problemów interpretacyjnych.

Pielęgniarka, w myśl art. 23 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, sprawując dodatkową opiekę pielęgniacyjną, powinna zawrzeć umowę cywilnoprawną. Umowa ta zawierana między pacjentem lub jego osobą bliską a pielęgniarką co do zasady ma charakter umowy nienazwanej, do której zastosowanie znajdują przepisy o zleceniu (art. 750 w zw. z art. 734 i następne Kodeksu cywilnego) [14].

Przepis art. 35 ustawy o prawach pacjenta wskazuje, że wysokość opłaty ustala kierownik podmiotu leczniczego, określając cennik dodatkowej opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez pielęgniarkę. W piśmiennictwie wskazuje się na to, że powyższy zapis podważa zasadę swobody umów cywilnoprawnych [15].

Pielęgniarka jest zobowiązana poinformować podmiot leczniczy, w którym będzie wykonywać dodatkową

opiekę pielęgnacyjną, najpóźniej w dniu podjęcia opieki (art. 23 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej). Dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawować może także pielęgniarstwo niebędące związane zawodowo z danym szpitalem, która nie musi starać się o uzyskanie zgody na przebywanie przy łóżku chorego, a jedynie poinformować podmiot leczniczy o swoim pobycie przy chorym. W piśmiennictwie wskazuje się na problem odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w trakcie wykonywania czynności przez pielęgniarstwo sprawujące dodatkową opiekę na podstawie umowy zawartej z pacjentem, a nie ze szpitalem. Jest to zwłaszcza ważne w obecnej sytuacji wdrożenia pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń. W literaturze przedmiotu można znaleźć sugestie, że prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej powinno być odmiennie regulowane względem profesjonalistów — pielęgniarów i odmiennie względem osób nieprofesjonalnie pomagającym choremu [14].

Podsumowanie

Przedstawione w części I i II pracy analizy i rozważania ukazują jak obszerny był zakres zmian zasad wykonywania zawodu pielęgniarstwa w ostatnim czasie. Dotyczą one zarówno reguł związanych z członkostwem w samorządzie zawodowym, ponoszeniem odpowiedzialności zawodowej oraz prawem wykonywania zawodu i szkoleniem podyplomowym, jak i form wykonywania zawodu, a także obowiązków i uprawnień zawodowych.

Piśmiennictwo

1. Urbaniak M., Zdanowska J. Prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarstwa w ramach indywidualnej i grupowej praktyki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 358–362.
2. Barcikowska-Szydło E., Kapko M., Majcher K., Preiss W., Sakowski K., Zielińska E. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza denty. Komentarz. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
3. Rek T. Komentarz do art. 5 ustawy o działalności leczniczej, elektroniczny System Informacji Prawnej Lex Omega, 36/2012.
4. Tomaszewska M. Komentarz do art. 22 Kodeksu pracy, elektroniczny System Informacji Prawnej Lex Omega, 36/2012.
5. Banasik P. *Prawo pracy w praktyce i teorii*. Scientific Publishing Group, Gdańsk 2003.
6. Izdebki H. Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Komentarz. Biblioteka Pożytku Publicznego, Warszawa 2003.
7. Pawłowski L. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach wolontariatu — aspekty prawne. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011; 5 (4): 362–369.
8. Pawłowski L., Lichodziejewska-Niemierko M. Wolontariat w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce — aspekt prawny. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4 (3): 125–132.
9. Zielińska E. Klauzula sumienia, *Prawo i Medycyna*, 2003; 5 (13): 25–34.
10. Bujny J. Prawa pacjenta, między paternalizmem a autonomią. C. H. Beck, Warszawa 2007.
11. Wojciechowska-Nowak A. Etyczno-prawne aspekty korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia. Sprawozdanie z Seminarium zorganizowanego przez Wydział Prawa i Administracji UW w lutym 2002 r. *Państwo i Prawo* 2002; 7: 96–97.
12. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 maja 2011 r. (skarga 27617/04) w sprawie R.R. przeciwko Polsce (tłumaczenie dostępne na: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/wyroku_sp_17052012.pdf).
13. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia — z upoważnienia ministra na zapytanie nr 4322 w sprawie umowy cywilnoprawnej zawieranej z pielęgniarką lub położną na świadczenie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej — z dnia 14 lipca 2009 r. (dostępne na: <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/5248E924>).
14. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
15. Zimna T. Zawieranie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer, Warszawa 2007.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarów i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.).
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 ze zm.).
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93).
- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2000 r. Nr 94, poz. 1037 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru (Dz. U. z 2011 r. Nr 221, poz. 1319).