

Miesięcznik
Okręgowej
Izby Lekarskiej
w Warszawie
im. prof. Jana
Nielubowicza

puls

WRZESIEŃ 2022 (nr 329)



» Mobbing (...) nieuleczony
– skutki, aspekty prawne,
przeciwdziałanie

» Lista umiejętności do poprawki
» Chodźcie, nauczymy się chirurgii
» Losy lekarza powstańca

» Opieka koordynowana
» Inwestycyjny poradnik
inflacyjny

SPIS TREŚCI

- ▶ DZIŚ I JUTRO
- 1** **Speak up! Odcinek 1.: Mobbing**
– Piotr Pawliszak
- 1** **Fundamenty**
– Urszula Wolińska-Kułąj
- ▶ MOBBING W OCHRONIE ZDROWIA
- 2** **Mobbing – zdiagnozowany, ale nieuleczony**
– Adrian Boguski
- 5** **Mobbing**
– Jerzy Bralczyk
- 6** **Przez mobbing tracimy wszyscy**
– Michał Niepytalski
- 8** **Mobbing jako pojęcie prawa pracy**
– Paulina Szymańska vel Szymanek
- 10** **Alfabet mobbingu**
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- 12** **Ankieta: Czy jesteś ofiarą mobbingu?**
▶ OPINIE
- 13** **Chodźcie, nauczymy się chirurgii**
– Piotr Kowalewski
- 14** **Pełzający killer**
– Paweł Walewski
- ▶ REFORMA POZ
- 16** **Opieka koordynowana**
– Małgorzata Solecka
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA
- 18** **Rachunek zysków i strat**
– Marek Balicki
- ▶ PROFILAKTYKA
- 19** **#SPRAWDZAM**
– Małgorzata Solecka
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW
- 20** **Lista umiejętności do poprawki**
– Dariusz Paluszek
- ▶ KOMISJA DS. REJESTRACJI PRAKTYK LEKARSKICH
- 23** **Formularz zgłoszenia miejsca przechowywania dokumentacji medycznej**
▶ FINANSE
- 24** **Inwestycyjny poradnik inflacyjny**
– Kamila Hoszcz-Komar
- 26** **Sposób na podwyżkę**
– Kamila Hoszcz-Komar



Graf. na okładce: K. Matsumoto

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ OPINIE
- 28** **Bezradni**
– Paweł Kowal
- ▶ RECEPTY
- 29** **Trzeba uwierzyć na słowo**
– Michał Niepytalski
- ▶ NO-FAULT
- 30** **System *no-fault* a troska o dobro prawne**
– Mikołaj Małecki
- 32** **Kwestia kultury**
– Michał Niepytalski
- ▶ MEDIA
- 38** **#W_ETERZE**
▶ PRAWO
- 40** **Analiza przypadku**
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 42** **Aktualności prawnomedyczne**
– Filip Niemczyk
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT
- 44** **Pomyślałem – muszę coś zrobić**
– Adrian Boguski
- ▶ PO GODZINACH
- 48** **Tak właśnie było...**
– rozmowa Kamili Hoszcz-Komar
z Agatą Skrzat-Klapaczyńską
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 34–36, 52, 54)
- ▶ LEKARSKI UNIwersYTET TRZECIEGO WIEKU „NESTOR” (str. 37)
- ▶ KONDOLENCJE (str. 53)



Fot. archiwum

Speak up! Odcinek 1.: Mobbing

PIOTR PAWLISZAK – p.f. prezesa ORL w Warszawie

W ochronie zdrowia 2–3 proc. osób zajmujących stanowiska kierownicze mobbinguje swoich podwładnych. W ośrodkach akademickich odsetek pracowników, którzy zetknęli się z mobbingiem może sięgać nawet 50 proc. Nie jestem pewien, czy bardziej przeraża mnie w tym kolizja z Kodeksem Etyki Lekarskiej, elementarną ludzką przyzwoitością, czy moim wyobrażeniem o stanie lekarskim, które trwa we mnie jeszcze od lat dziecięcych wyniesione z idealistycznych opowieści dwojga internistów – ojca i babci. Nie ma w naszym samorządzie zgody na mobbing, a każde potwierdzone doniesienie spotka się ze zdecydowaną reakcją.

Jak zmienić rzeczywistość? Podjąć działanie. Jakikolwiek będzie lepsze niż pozostawanie biernym. Kiedy byłem ostatnio w Londynie, dostrzegłem w metrze plakat z napisem „*See it. Speak it. Sorted*” (w wolnym tłumaczeniu: Dostrzeż. Powiadom. Sprawa załatwiona).

Zmiana rzeczywistości nie będzie aż tak prosta, ale wydarzenia kolejnych tygodni pokazały, że pojedyncza rozmowa może być jej początkiem. Apel Prezydium ORL w Warszawie dotyczący wzorów kart badań sanitarno-epidemiologicznych i pismo do CMKP dotyczące wykazu umiejętności lekarskich zainicjowały właśnie pojedyncze rozmowy. Dla nas jest to również fantastyczne źródło motywacji do pracy samorządowej, możliwość przejścia od słów do czynów daje niezwykle *power*.

Czym jest mobbing, jak reagować i co może zrobić izba lekarska? Więcej o tym na kolejnych stronach.

Stare chińskie przysłowie głosi: „*Mówiąc, powtórzysz tylko to, co już wiesz, lecz słuchając, zawsze masz okazję dowiedzieć się czegoś nowego*”. Milknę więc i powracam do trybu aktywnego słuchania. Stykasz się z mobbingiem? To czas na Twój ruch (*speak up* – mów głośno)! ●



Fot. archiwum

Fundamenty

URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ – redaktor naczelna

Jedyną stałą rzeczą w życiu jest zmiana, *panta rhei* – jak mawiał Heraklit z Efezu. Są jednak podstawy, fundamenty etyczne, które bezwzględnie powinniśmy chronić. Pozwalając na więcej, przekraczając kolejne granice, niszczymy zasady moralne, przyzwyczajamy się, stajemy się obojętni.

We wrześniowym numerze „Pulsu” postanowiliśmy zająć się problemem mobbingu w polskiej ochronie zdrowia. Temat jest trudny, a na pewno dla wielu bardzo bolesny, dlatego mobbingowi trzeba skutecznie przeciwdziałać. Teksty poruszają różne aspekty uporczywego nękania czy wręcz zastraszania pracownika. Opowiemy o skali problemu, jego

formach, pojęciu mobbingu z punktu widzenia prawa, czym jest w oczach psychiatry, a także o walce z mobbingiem rzecznika praw lekarza OIL w Warszawie. Przygotowaliśmy dla Państwa także ankietę, która pomoże zidentyfikować niewłaściwe zachowania.

Nie zabraknie aktualności. Nasi felietoniści przyjrzeni się m.in. opiece koordynowanej w POZ i sytuacji covidowej. Z kolei oddech od codzienności zaoferuje wywiad ze specjalistką chorób zakaźnych, która po godzinach wciela się w historyczne postaci w jednej z grup rekonstrukcyjnych.

Życzę ciekawej lektury i jednocześnie witam Państwa moim pierwszym wstępniakiem. ●



Mobbing – zdiagnozowany, ale nieuleczony

Fotografie: K. Baryziel

OD KWIETNIA 2022 R. RZECZNIK PRAW LEKARZA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE MONIKA POTOCKA ROZPATRUJE CZTERY PRZYPADKI MOBBINGU W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH ZGŁOSZONE W 2022 R. ORAZ JEDEN Z ZESZŁEGO ROKU. NAJCZĘŚCIEJ OSOBĄ MOBBINGUJĄCĄ JEST PRZEŁOŻONY. NAJWAŻNIEJSZE, BY REAGOWAĆ OD RAZU I NIE OBAWIAĆ SIĘ ZGŁOSZENIA SPRAWY RZECZNIKOWI.

tekst **ADRIAN BOGUSKI**

„TRZEBA BYŁO SPRZEDAWAĆ WODĘ SODOWĄ”

Sprawy, które trafiają do Biura RPL, dotyczą psychicznego nękania pracownika, od podważania kompetencji (stwierdzenie przy zespole, że dana osoba nie nadaje się do zawodu lub powierzonych czynności) przez ośmieszanie (naśmiewanie się z wyglądu, komentarze w stylu: „Trzeba było sprzedawać wodę sodową na ulicy, a nie zakładać biały fartuch”) po poniżanie przejawiające się w traktowaniu pracownika – stwarzanie problemów z urlopem, zakłócanie odpoczynku, wymagania pracy podczas urlopu. W ośrodkach akademickich przełożeni sięgają po manipulację, strasząc pracownika, że nie zostanie dopuszczony do przewodu doktorskiego lub nie będzie mógł wyjechać na ważną konferencję naukową.

Ofiarami mobbingu są nierzadko matki lekarki. Kiedy muszą dostosować dyżury do nowej sytuacji życiowej po urodzeniu dziecka, przełożony tendencyjnie przydziela im dyżury w niekorzystnym dla nich terminie. – *Mamy w dokumentacji przypadki, kiedy lekarka oświadcza, że nie może wziąć dyżuru w danym terminie, a od przełożonego słyszy, że nie nadaje się do zawodu, który wybrała* – mówi Monika Potocka, rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Sebastian Stykowski, prawnik w Biurze RPL OIL w Warszawie, zwraca uwagę, że mobbing wiąże się często z wymuszaniem na lekarzach podejmowania czynności sprzecznych z prawem, w szczególności z ustawą o zawodzie lekarza: – *Przełożony wymaga np.*



od anestezjologa udzielania świadczeń medycznych w dwóch salach operacyjnych jednocześnie.

Naturalne wydaje się więc pytanie o sposób realizowania procedur antymobbingowych w placówkach. Wszystko zależy od pracodawcy. Kodeks pracy nie określa bowiem wzorów dokumentów czy regulaminów, jedynie nakłada na pracodawcę obowiązek przeciwdziałania mobbingowi. Wobec tego kierownictwo placówki medycznej powinno wdrożyć procedury, które zapewniałyby ściganie mobberów i przewidywały określone konsekwencje za nadużycia. – *Niestety, rzeczywistość bywa bardzo przykra, w skład komisji antymobbingowych wchodzi koledzy osoby mobbingujące, którzy starają się wyciszyć sprawę* – zaznacza Sebastian Stykowski.

– *Wciąż spotykamy się z tym procederem. W jednym ze szpitali zaproponowałam dyrekcji, by wszyscy profesorowie rozmawiali z młodszymi lekarzami przy otwartych drzwiach. Dyrekcja przystała na mój pomysł i przyniosło to bardzo dobry efekt. Później otrzymałam informację, że poniżanie lekarzy, które miało miejsce wcześniej, już się nie powtarza. W kilku innych przypadkach zalecałiśmy również, by wprowadzić przepis wewnętrzny umożliwiający pracownikowi odbycie rozmowy z przełożonym w obecności kolegi, jeżeli czuje się niekomfortowo w towarzystwie szefa w związku z jego wcześniejszymi zachowaniami* – dodaje Monika Potocka.

DLACZEGO TAK PÓŹNO

Bardzo istotne w przeciwdziałaniu przemocy psychicznej w pracy jest wsparcie kolegów. W Zespole RPL często spotykał się z sytuacją, kiedy osoba nadużywająca swojej pozycji „typowała ofiarę” i kierowała na nią całą swoją uwagę, a inni pracownicy niejako akceptowali ten stan, bo czuli ulgę z powodu uniknięcia bezpośredniej agresji mobbera.

– *Brak wzajemnej ochrony w środowisku to bardzo przykre zjawisko. Niestety, najczęściej występuje w szpitalach akademickich, gdzie obok powiązań zawodowych istnieją zależności związane z karierą naukową. Dlatego lekarz, chcąc osiągnąć zamierzony cel naukowo-zawodowy, woli nie sprzeciwić się autorytarnemu przełożonemu* – podkreśla RPL.

Nie w każdym jednak przypadku ofiara mobbingu jest osamotniona. Do Biura Rzecznika Praw Lekarza zgłaszają się również grupy lekarzy, którzy wspierają się wzajemnie w walce przeciwko nadużyciom w ich miejscu pracy i dążą do wyciągnięcia konsekwencji wobec mobbera. Zgłoszenie mobbingu często następuje jednak w bardzo zaawansowanym stadium problemu i jest efektem konsekwencji, które poniosła osoba mobbingowana – załamania nerwowego, rozpadu życia prywatnego, silnych reperfusji zdrowotnych. Wówczas dopiero ofiara mobbera postanawia zgłosić się do rzecznika praw lekarza, nierzadko mając po swojej stronie świadków nadużyć.

– *Przestają obawiać się osoby opresyjnej i jej reakcji, bo większego znaczenia nabierają dla nich konsekwencje zdrowotne, które ponoszą. Wówczas zgłaszają sprawę, powtarzając: „Już dłużej nie wytrzymamy, potrzebujemy pomocy”. Wtedy odpowiadam: „Oczywiście, tylko dlaczego tak późno?!”. Chcielibyśmy, żeby zgłoszenia następowały wcześniej, by lekarze nie byli przyparci do muru i nie szukali ostatniej deski ratunku, by nie przychodzili na zwolnieniu lekarskim z depresją, ale w momencie, kiedy coś zaczyna działać źle* – mówi Monika Potocka.

Fakt, że do Biura Rzecznika Praw Lekarza docierają zgłoszenia, bez względu na to, do jakich nadużyć doszło, należy uznać za postęp. Kilkanaście lat temu nikt nie przyszedłby z problemem

mobbingu. Co więcej, nie podejrzewalby nawet, że może szukać pomocy, że w takich sprawach pomoc jest mu potrzebna i że ją otrzyma. W tej chwili świadomość tego, czym jest mobbing i jak się przed nim bronić, wśród lekarzy wzrasta dzięki pojawiającym się coraz częściej kampaniom społecznym, chociażby takim jak podjęta

przez rzecznika praw lekarza w zeszłym roku akcja informowania lekarzy w szpitalach, jak mają się zachować podczas napaści słownej lub fizycznej w gabinecie.

– *Mamy również przykłady zgłoszeń lekarzy o dość długim stażu. Przychodzą do nas i mówią: „Kiedyś nie miałbym szansy zgłosić się. Nikt nie potraktowałby mnie poważnie, bo uznalby, że zawsze tak było”. Kilkanaście lat temu sam mobber nie do końca zdawał sobie sprawę, że dokonuje czynów karalnych* – twierdzi Sebastian Stykowski.

– *Dążymy jednak do tego, by mobberzy dostrzegli naszą działalność i odczuwali lęk przed konsekwencjami swych zachowań. Chcemy, by osoby mobbingujące zdały sobie sprawę, że nie są bezkarne. Liczba spraw pozytywnie rozwiązanych jest jednak niewielka (zgłoszeń mogłoby być dużo więcej) i w środowisku lekarskim nie upowszechniła się jeszcze świadomość, że mobbing jest zwalczany i piętnowany. Gdyby profesorowie, szefowie oddziałów czy klinik tracili stanowiska (w kilku przypadkach udało nam się do tego doprowadzić), następny przełożony z tendencjami do nadużywania swojej pozycji zastanowiłby się, czy warto sięgać po manipulację i karanie pracownika* – podkreśla Monika Potocka.

STRZEŻEMY PRAW LEKARZA

W zasadzie podstawą działania rzecznika praw lekarza są zgłoszenia lekarzy. Wiele zależy od determinacji osoby lub grupy wnoszącej skargę. Rzecznik spotyka się z lekarzem lub grupą, by zgromadzić jak najwięcej informacji. Jeżeli skargę zgłasza jeden lekarz, najlepiej, by przekonał świadków do zeznań, które mogą złożyć podczas spotkania z RPL lub przesłać do izby. Gdy skargę wnosi grupa lekarzy, najlepiej podczas spotkania przedstawić pisemną wersję opisu zdarzeń mobbingowych. Po szczegółowej analizie rzecznik podejmuje dalsze czynności.

► W postępowaniu wyjaśniającym Biuro RPL zbiera możliwe jak najwięcej dokumentów, które mogą być dowodami. Często są to esemesy lub wspomniane grafiki dyżurów, które dają obraz tendencyjności przydzielania zadań zawodowych konkretnej osobie lub odwrotnie – wyłączają ją *de facto* z praktyki zawodowej. To okres, w którym wszystkie przedstawione dowody są weryfikowane, również pod kątem wiarygodności wnoszących skargę. Rzecznik rozmawia z kierownikiem placówki, w której prawdopodobnie miało miejsce nadużycie.

– *Dyrektorom również zależy na rozwiązaniu tych problemów. Tym bardziej że niekiedy dochodzi do ich nagłośnienia. Wiele spraw można załatwić polubownie już na etapie rozmowy z dyrekcją, która z kolei wprowadzi odpowiednie zmiany w placówce. Gorzej jest na uczelni, na której występują powiązania ze szpitalem akademickim. Niestety, w środowisku uniwersyteckim często panuje tendencja, by temat wyciszać. Środowisko jest bardziej hermetyczne, skonsolidowane, opierające się na tytułach i autorytecie – zauważa rzecznik Monika Potocka.*

W przypadku braku chęci współpracy wspomnianych ośrodków rzecznik praw lekarza zwraca się do tych instytucji w oficjalnych pismach z prośbą o informacje dotyczące przebiegu wewnętrznych postępowań antymobbingowych.

– *Dopytujemy się, wysyłamy pisma, niekiedy powiadamiamy organy nadzoru nad daną instytucją. Staramy się ciągle korespondować z kierownikami tych podmiotów, by kontrolować sytuację i uniemożliwić zbyt szybkie zamknięcie postępowania zakończonego całkowitym oczyszczeniem z zarzutów, lub aby uzyskać odpowiednie uzasadnienie zakończenia postępowania, w przypadku, gdy nie ma podstaw, by dalej je prowadzić. Pilnujemy, by rzetelnie sprawdzano stan faktyczny i analizowano każdy dowód. To ważny element naszej pracy, prowadzący do wyjaśnienia konkretnego przypadku mobbingu – tłumaczy Sebastian Stykowski.*

Niestety, w środowisku uniwersyteckim często panuje tendencja, by temat wyciszać.

Gdy materiał dowodowy jest wnikliwie przeanalizowany w postępowaniu wyjaśniającym, a rozmowa z kierownictwem placówki nie przyniosła oczekiwanych efektów, rzecznik decyduje o złożeniu zawiadomienia o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który we własnym zakresie przeprowadza postępowanie. Biuro RPL zawiadamia wówczas również Państwową Inspekcję Pracy.

INICJATYWY RZECZNIKA W WALCE Z MOBBINGIEM

Przypadki mobbingu najlepiej zgłaszać do Biura RPL e-mailowo lub tradycyjną pocztą. Każda osoba, która zgłasza się do Biura RPL, pozostaje anonimowa, dopóki nie zdecyduje się wystąpić w charakterze świadka lub ofiary nadużycia w miejscu pracy.

– *Odbieramy telefony przez siedem dni w tygodniu. Dwa razy w tygodniu organizujemy dyżury, aby zgłaszający skargę lekarz mógł spotkać się z nami osobiście. Planujemy również zamieszczenie formularza na stronie internetowej OIL w Warszawie, który pozwoli przesłać zgłoszenie o dowolnej tematyce do biura rzecznika – zapewnia Monika Potocka.*

Obecnie RPL wizytuje szpitale na terenie województwa mazowieckiego, które obejmuje swoim działaniem OIL w Warszawie. Podczas spotkań z zarządami czy też dyrektorami podmiotów leczniczych, szpitali są poruszane również kwestie przeciwdziałania mobbingowi. To też sposób na zawiązanie ściślejszej współpracy między RPL a kierownikami podmiotów w celu zebrania informacji dotyczących sytuacji lekarzy w danej placówce.

– *Chcemy się po prostu poznać, by nasze pisma do kierownictwa tych podmiotów, w razie konieczności zwrócenia się do nich, nie pozostawały bezosobowe. Wówczas komunikacja przebiega zupełnie inaczej. Rozmawiamy na wiele różnych tematów dotyczących sytuacji lekarzy w danej placówce – dodaje Monika Potocka.*

Biuro Rzecznika Praw Lekarza planuje także szerszą promocję podejmowanych inicjatyw walki z mobbingiem w środowisku lekarskim w mediach społecznościowych izby. Kolejnym działaniem jest przygotowywana propozycja zmiany ustawy o izbach lekarskich. Ustawa określa cele działania samorządu zawodowego. Jednym z nich, obok stania na straży prawidłowego wykonywania zawodu, dbania o godność zawodu lekarza, jest ochrona indywidualnych i zbiorowych interesów medyków. Dotychczas ustawodawca nie wskazał jednak organu izby, który mógłby w pełni realizować wspomniany cel. Rzecznik Praw Lekarza, w odróżnieniu od Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności

Zawodowej i Okręgowego Sądu Lekarskiego, stojących na straży prawidłowego wykonywania zawodu, nie stanowi organu samorządu lekarskiego. Warto nadmienić, że w przeciwieństwie do OROZ, który posiada 40 zastępców, RPL jest jednoosobowym ciałem powołanym przez ORL, co zdaniem Moniki Potockiej wprowadza ogromną dysproporcję pomiędzy możliwościami wykonawczymi organów ścigania lekarzy za przewinienia zawodowe a Biurem Rzecznika Praw Lekarza, występującego *de facto* w obronie lekarzy. Z tych m.in. powodów Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przygotowała projekt zmiany ustawy o izbach lekarskich, który zakłada wprowadzenie organu wyposażonego w odpowiednie kompetencje i narzędzia, tak by na równych zasadach, proporcjonalnie do OROZ, występował w obronie godności zawodu lekarza oraz bronił zbiorowych interesów lekarzy.

– *Dla nas jest to dopełnienie funkcji samorządu. Wówczas dopiero będzie można powiedzieć, że samorząd zawodowy lekarzy w pełni realizuje nakreślone mu cele ustawowe – podsumowuje Sebastian Stykowski. ●*

Mobbing

LUDZIE LUDZI ŹLE TRAKTUJĄ NA WIELE SPOSOBÓW – MA TO WYMIAR PSYCHICZNY I FIZYCZNY. WIELE TEŻ MAMY OKREŚLEŃ NA ZŁE TRAKTOWANIE W OBU TYCH WYMIARACH.

tekst **prof. JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Słowa, którymi z różnym stopniem precyzji nazywamy złe psychiczne traktowanie, najczęściej znajdują się w słowniku tych, którzy przykrości doznają, a także, co społecznie ważne, w słowniku obserwatorów takich zachowań. Biorą się te słowa najczęściej albo z rozwinięcia znaczeń słów określających działania fizyczne, albo z nazw stanów psychicznych. A często są zapożyczeniami.

Samo ‘złe traktować’ to po łacinie *male tractare*, ale słowo *maltretować* pozostało przede wszystkim w znaczeniu przemocy fizycznej, zresztą o dużym nasileniu, a znaczenie przenośne nie dotyczy przemocy psychicznej. Zresztą określeń takiej przemocy wystarczy. Chociaż?

Mamy więc w słowniku tych, którym nie podoba się złe traktowanie innych (bo akceptujących takie zachowania trudno znaleźć), wiele słów o znaczeniu przenośnym. Ciekawa grupa to słowa związane z konsumpcją: ludzie ludziom *dogryzają*, *dopiekają* (nawet *do żywego*), czasem potrafią *dojeść*. W skrajnych przypadkach mogą nawet się *pastwić* – to słowo ma wyraźny związek z *pastwą* (*rzucić na pastwę*), natomiast mniej wyraźny z *paść* – takie *pasienie się* w wykonaniu drapieżców bywa okrutne. Pewnego rodzaju stopniowanie natężenia skłonni jesteśmy widzieć w ciągu *dręczyć* – *drażnić (się)* – *droczyć się*. *Dręczenie* jest najdotkliwsze, pomyślmy choćby o *udręce*, a wzięło się z ‘uderzania drągiem’. *Drażnienie* może być już użyte z zaimkiem zwrotnym *się*, to ‘pobudzanie do gniewu’, z dawnego rdzenia *dreg-*. *Droczenie się* to już niemal zabawa, zaimek zwrotny jest tu konieczny, ale pochodzenie ma najgorsze: rdzeń *der-* znaczył ‘rwać’, ‘zdzierać skórę’.

Nękać wzięło się z *nukati*, takie *nu* do dziś kojarzy się z popędzaniem, zmuszaniem; a rdzeń *nau-* wiązał się z ‘męczeniem, dręczeniem’. Wprawdzie prasłowiańskie *nutiti* znaczyło też ‘zachęcać, proponować’, ale w końcu dało też czasownik *znęcać się*. Zresztą i *znęcanie się*, i *nękanie* ma dawny związek i z *nudą*, i z *nędzą* – obie na

różny sposób przykre. *Gnębić* ma w sobie rdzeń *gnēb-*, oznaczający ‘uciskanie’, więc i ‘duszenie’, a *ciemieżyć* rdzeń *tem-*, który przeszedł w *tomiti*, czyli też ‘dusić’, więc ‘męczyć’.

Widać wiele odniesień do przemocy fizycznej. I mamy jeszcze ciekawe słowo *prześladować*, w którym postrzegamy *śledzenie*, a więc i *ślad*, ale o ile *naśladowani* chcielibyśmy być, to *prześladowani* – nie.

Prześladować, *nękać*, *gnębić*, *dręczyć*, *ciemieżyć*, *dokuczać*, *dogryzać*, *znęcać się*, to słowa o różnych odcieniach znaczeniowych, jednak odnoszące się do wykorzystywania przewagi (czasem fizycznej, zawsze psychicznej) do czynienia innym krzywdy. Czasem ma to charakter instytucjonalny – to zachowanie grupy wobec jednostki, położonych wobec podwładnych. Dodawaliśmy do tego słownika i obce słowa: *sekkowanie* z włoskiego *seccare* (‘suszyć’, ale i ‘męczyć’) czy *szukanowanie* (z francuskiego określenia dotyczącego prawniczych wybiegów – *chicane*).

Jakiś czas temu próbował wejść do polszczyzny angielski rzeczownik *harassment* (takie nękanie wzięte z nazwy niszczenia), ale w odniesieniu do prześladowania w miejscu pracy najlepiej przyjął się *mobbing*. Pochodzi z łacińskiego określenia ruchliwego motłochu (*mobile vulgus*), co dało angielski rzeczownik *mob* (‘tłum’) i czasownik *to mob* (‘napadać’) – te dwa słowa pasują do siebie. Takie określenie psychicznej przemocy, prowadzącej do wyizolowania kogoś ze środowiska, upokarzanie go i zmuszanie do pewnych zachowań, okazało się najlepiej funkcjonujące. Miał *mobbing* przetartą drogę do polszczyzny przez dawne anglicyzmy, nieraz już całkiem przyswojone: *dansing*, *kemping* i *miting*; *skauting*, *doping* i *jogging*; *holding*, *clubbing* i *lobbing*. Ale zauważmy, że te wszystkie słowa są w miarę przyjemne, oznaczają na ogół to, co lubimy lub przynajmniej akceptujemy.

Z *mobbingiem* inaczej. Samo słowo brzmi odrażająco. ●

Przez mobbing tracimy wszyscy

MOBBING W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE TO TEMAT Z JEDNEJ STRONY OCZYWISTY, A Z DRUGIEJ – NIEZBADANY. BRAKUJE PRECYZYJNYCH DANYCH STATYSTYCZNYCH, CHOĆ ZARÓWNO OSOBISTE DOŚWIADCZENIA LEKARZY I INNYCH PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH, JAK I WIEDZA TEORETYCZNA WSKAZUJĄ, ŻE WCHODZĄC W TO ŚRODOWISKO, NIESTETY TRZEBA PRZYGOTOWAĆ SIĘ NIE TYLKO NA PRACĘ WYMAGAJĄCĄ SPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fot. K. Bortyzel

Zacznijmy od danych ogólnych, już one bowiem pokazują, jak wielka jest skala problemu. „46 proc. pracowników biurowych i fizyczno-umysłowych przyznało, że padło ofiarą mobbingu. Ponad połowa doświadczyła przemocy słownej, a 14 proc. – przemocy fizycznej w miejscu pracy” – to informacja pochodząca z raportu „Bezpieczeństwo pracy w Polsce 2019” (badanie agencji SW Research na zlecenie Koalicji Bezpieczni w Pracy). Z tego samego dokumentu dowiadujemy się, że tylko 1/4 badanych pracowała w miejscu, gdzie wprowadzono system antymobbingowy. Czy ochrona zdrowia plasuje się powyżej czy poniżej tych uogólnionych wskaźników? Trudno powiedzieć, bo dostępne dane są wycinkowe. Mało miarodajne wydają się też statystyki zgłoszeń mobbingu do Państwowej Inspekcji Pracy. Naukowcy badający to zjawisko wskazują, że ofiary w ogóle rzadko decydują się na składanie oficjalnych skarg.

Niemniej jednak nie ulega wątpliwości, że placówki ochrony zdrowia, zwłaszcza duże, jak szpitale, są środowiskiem szczególnie sprzyjającym mobbingowi.

DRYL I STRES

– *Badania poświęcone jakości życia pracowników ochrony zdrowia na całym świecie mówią, że to sektor wyjątkowo narażający na stres, a czynników ryzyka prowokujących do mobbingu jest zdecydowanie więcej niż w innych bran-*

żach. Chociażby silnie hierarchiczna struktura władzy (podobnie jak w służbach mundurowych) powoduje, że pewne normy postępowania są powielane i często przekazywane młodszym lekarzom przez starszych. Chodzi tu o normy wzajemnego traktowania się, sposób rozwiązywania problemów, kontaktu z klientem (pacjentem). Te normy mogą czasami przyzwalać na negatywne oddziaływania, sankcjonować brak szacunku, kształtować kulturę konfliktu. Badania jednoznacznie wskazują, że to wszystko czyni pracę w ochronie zdrowia jeszcze bardziej stresującą – tłumaczy w rozmowie z „Pulsem” prof. Małgorzata Gamian-Wilk z Centrum Badań nad Zachowaniami Społecznymi SWPS, autorka książki „Mobbing w miejscu pracy: uwarunkowania i konsekwencje bycia poddawany mobbingowi”.

Kwestie silnie zhierarchizowanej struktury oddziałów szpitalnych omawialiśmy niedawno na łamach naszego miesięcznika („System ordynatorski czy konsultancki?”, w cyklu „W kontrze”, nr 3/2022). Nie da się ukryć, że funkcjonujący w Polsce system ordynatorski znacznie bardziej od anglosaskiego modelu konsultanckiego sprzyja mobbingowi wśród lekarzy i innych członków zespołów medycznych. Znacznie poważniejszym problemem jest jednak to, że cały system polskiej ochrony zdrowia wpływa na nasilanie się omawianych nieprawidłowości. Mówimy bowiem o organizacji, w której normą jest praca w ponadnormatywnym wymiarze czasu (dość wspomnieć, że ochrona zdrowia przestałaby



funkcjonować, gdyby wszyscy wypowiedzieli klauzulę *opt-out*). Wynika to oczywiście z deficytu pracowników. Tymczasem, jak wskazują badania nad mobbingiem, nie niedobór, lecz nadmiar rąk do pracy jest przeważnie czynnikiem wzmacniającym negatywne zjawiska w miejscu zatrudnienia, zwłaszcza w układzie mobbingu „pionowego” – od pracodawcy do bezpośrednich przełożonych (słynne „mam x osób na pani/pana miejsce” jako usprawiedliwienie złego traktowania.) Jak to więc możliwe, że nie słyszymy o znaczącym ograniczeniu zjawiska mobbingu? Zdaniem prof. Małgorzaty Gamian-Wilk po prostu pozostałe czynniki na tyle przeważają, że całkowicie redukują ewentualne pozytywne skutki zmian ilościowych w kadrze medycznej.

BRAK EMPATII I WIEDZY

Kolejnym zjawiskiem sprzyjającym pojawianiu się mobbingu jest wypalenie zawodowe. Jeśli ekstrapolować na polskie warunki statystyki amerykańskie, okazuje się, że wypalonych zawodowo może być około połowy lekarzy (szacunek optymistyczny). Pewne pojęcie o naszych lokalnych uwarunkowaniach dają badania Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, które ukazują skalę towarzyszących wypaleniu zawodowemu emocji wśród personelu medycznego. Przeciążenie psychiczne, silny stres, napięcie psychiczne towarzyszyło w 2021 r. 45 proc. ankietowanych, przemęczenie fizyczne, napięcie fizyczne – 37 proc., bezradność – 35 proc., niechęć do kontynuowania pracy – 31 proc.

– Lekarze bardzo często skarżą się na wypalenie zawodowe. Pierwszym symptomem zwykle bywa ograniczenie empatii, za którym idzie pogorszenie zachowania w stosunku do innych. Przedmiotowe podejście do drugiego człowieka jest negatywną konsekwencją stresu, w którym żyją lekarze – zwraca uwagę rozmówczyni „Pulsu”. Ważnym wnioskiem płynącym z korelacji wypalenia i mobbingu jest wzajemnie napędzanie się obu zjawisk. Mobbingowany lekarz szybciej się wypala, a wypalony lekarz szybciej staje się mobberem. I tak powstaje błędne koło.

Ponieważ przeciwdziałanie mobbingowi jest zjawiskiem relatywnie nowym, a w ochronie zdrowia można powiedzieć: pionierskim, występowaniu mobbingu sprzyja nadal brak wiedzy o zachowaniach niewłaściwych. Wiele osób ma przeświadczenie, że przełożony jest po prostu wymagający i z niektórymi zjawiskami ofiary czy świadkowie mobbingu muszą się pogodzić. Czasem ktoś potrzebuje szczególnej motywacji,

więc możemy sobie pozwolić na „dociśnięcie go”, żeby oszlifować diament – takie są niejednokrotnie opinie mobberów. Zarówno pierwsi, jak i drudzy nie zdają sobie sprawy, że funkcjonują w patologicznych relacjach.

– Mobbingiem jest też plotkowanie, oczernianie, wykluczanie – zachowania często społecznie akceptowane. „Przecież wszyscy plotkują”. A jednak konsekwencje plotkowania są bardzo negatywne dla ofiar. Uświadomienie sobie zarówno przez sprawcę, jak i ofiarę, co stanowi przekroczenie granicy właściwych norm współpracy, jest szalenie ważne. Potrzebne są więc szkolenia ukazujące to zjawisko z perspektywy prawnej i psychologicznej. Lekarze potrzebują również wsparcia w zarządzaniu konfliktami, tzw. miękkiego HR, elementów coachingu w miejscu pracy. Chodzi o to, żeby można było na bieżąco omawiać wątpliwości z zakresu kierowania ludźmi. Szczególnie, że póki nie wyeliminujemy przeciążenia pracą, pewne emocje, np. to, że ktoś nas irytuje, będą się pojawiać i są naturalne – uważa prof. Gamian-Wilk.

„PAN PŁACI, PANI PŁACI...”

Omawiając problem mobbingu, myślimy przede wszystkim o polepszeniu sytuacji konkretnych osób, o dobrostanie kadry medycznej. Jednak w społeczeństwie istnieją różne przykłady egoizmu – pacjentów, polityków, urzędników. Warto więc zwrócić uwagę na wspólny interes. Zewnętrzne skutki mobbingu są równie bolesne dla przedstawicieli ochrony zdrowia, jak i dla pacjentów, menedżerów, decydentów. Z jednej strony mówimy o jakości usług, z drugiej o efektywności, co szczególnie powinno zainteresować polityków i urzędników. Mobbing przynosi realne straty finansowe – wynikające z nieobecności w pracy osób odczuwających fizyczne skutki mobbingu i z tego powodu przebywających na zwolnieniach lekarskich czy po prostu z powodu przegranych procesów sądowych o odszkodowania. Dlatego zamiast dokonywać „entych” zmian strukturalnych i zastanawiać się, ile pieniędzy pozwoli to zaoszczędzić NFZ, może warto przemyśleć, co zrobić, by poprawić warunki w środowisku pracy. I to nie tylko przez wyłapywanie czarnych owiec, choć i to jest ważne.

– Pamiętajmy, że mobberzy także bywają ofiarami systemu, więc zdecydowanie racjonalne jest stawianie na działania prewencyjne – uważa prof. Małgorzata Gamian-Wilk. A jeśli chodzi o karanie, warto wziąć pod uwagę, że najbardziej odstraszająca jest nieuchronność kary, a nie sam jej wymiar. ●

Mobbing jako pojęcie prawa pracy

CORAZ CZĘŚCIEJ W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ NAGŁAŚNIANE SĄ INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPRAWIDŁOWYCH SYTUACJI W MIEJSCU PRACY, TAKICH JAK WYSZYDZANIE CZY PONIŻANIE PRACOWNIKÓW. ZWYKLE SĄ OKREŚLANE ZBIORCZYM POJĘCIEM MOBBINGU, CHOĆ NIE WSZYSTKIE MOGĄ BYĆ W TEN SPOSÓB ZAKWALIFIKOWANE ZGODNIE Z KODEKSEM.

tekst **PAULINA SZYMAŃSKA** VEL **SZYMANEK** – adwokat



Fot. archiwum

CZYM JEST MOBBING

Mobbing jest pojęciem zdefiniowanym w kodeksie pracy. Zgodnie z art. 94³ §2 oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu, wywołujące zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie, izolowanie lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników.

Nie wszystkie negatywne zachowania w miejscu pracy muszą więc przybierać postać mobbingu. Po pierwsze, mobbing dotyczy tylko pracowników (a nie np. osób zatrudnionych na podstawie umowy o świadczenie usług lub prowadzących działalność gospodarczą). Po drugie, musi mieć charakter długotrwały – nie wystarczy, by było to działanie jednorazowe. Zwykle przyjmuje się, że mobbing musi trwać co najmniej kilka miesięcy, jednak nie ma tu sztywnych ram czasowych. Po trzecie, musi być to działanie ukierunkowane na poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu bądź wywołujące taki skutek.

KTO JEST SPRAWCĄ MOBBINGU

W większości przypadków sprawcami mobbingu są przełożeni pracowników. Nie jest jednak wykluczone, że mobberem jest inny pracow-

nik na równorzędym albo na niższym stanowisku (może się nawet zdarzyć, że przełożony będzie ofiarą mobbingu, a sprawcami jego podwładni), ale nie jest to sytuacja typowa. Niekiedy przyjmuje się również, że także osoby trzecie, niezatrudnione u danego pracodawcy, dopuszczają się mobbingu w rozumieniu kodeksu pracy, choć jest to stanowisko kontrowersyjne.

PRZYKŁADY MOBBINGU

Mobbing może przybrać różne formy. Niektóre są bardziej, a inne mniej jaskrawe. Pewne zachowania o charakterze mobbingu występują pod postacią działań pozornie dopuszczalnych przez prawo, przykładowo korzystania przez pracodawcę z przysługujących mu uprawnień w zakresie kontroli pracownika lub organizacji pracy. Warto podkreślić, że zachowania te nie muszą być jednorodne, tzn. ofiara mobbingu zwykle doświadcza całego spektrum nagannych działań ze strony mobbera, często o różnym stopniu nasilenia.

Za mobbing może zostać uznane podnoszenie głosu na pracownika, obrażanie go, wyśmiewanie albo deprecjonowanie jego umiejętności czy efektów pracy.

Przykład I:

Ordynator ma w zwyczaju krytycznie odnosić się do lekarza X. Uwagi te nie mają uzasadnienia merytorycznego. Często są wypowiedziane w obecności pacjentów.

Mobbingiem może być także przeciążanie pracownika zadaniami, by nie mógł ich wykonać, nadmierna kontrola i nadzór nad jego pracą, obwinianie go za sprawy, za które nie jest odpowiedzialny, np. za błędy innych członków zespołu. Także zachowania przeciwne, m.in. ignorowanie pracownika i pomijanie go przy rozdzielaniu zadań.

Przykład II:

Lekarz X, jako jedyny na oddziale, nie jest wyznaczany do operacji.

Za działania o charakterze mobbingu może zostać również uznane utrudnianie pracownikowi rozwoju zawodowego, np. gdy w sposób ciągły tylko jednej osobie uniemożliwia się wyjazd na konferencje lub zjazdy. Również taka organizacja pracy, która powoduje, że tylko jeden lekarz wbrew swej woli nagminnie dyżuruje w okresie świąt czy weekendów.

ZACHOWANIA ZBLIŻONE DO MOBBINGU

Jak już wskazano, mobbing jest pojęciem prawa pracy, które ma dość wąską definicję legalną. Dlatego nawet jeśli w środowisku pracy dochodzi do zachowań, które są odbierane społecznie jako naganne, niekiedy nie będzie możliwe przyjęcie, że stanowiły przykład mobbingu.

Jednak nawet jeśli danego działania nie da się zakwalifikować jako mobbing, może zostać uznane w pewnych przypadkach za dyskryminację w zatrudnieniu, w postaci molestowania, lub za naruszenie dóbr osobistych.

Dyskryminacja w zatrudnieniu, która przybiera postać molestowania, przejawia się podobnie jak mobbing. To niepożądane zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności pracownika i stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery (art. 18^{3a} §5 pkt 2 kodeksu pracy). Szczególną postacią dyskryminacji jest dyskryminacja ze względu na płeć, przybierająca postać molestowania seksualnego, czyli każde niepożądane zachowanie

o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie jego godności, w szczególności stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery. Na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy (art. 18^{3a} §6 kodeksu pracy).

Dyskryminację w postaci molestowania od mobbingu odróżnia to, że musi istnieć konkretna przesłanka odróżniająca pracownika od innych (płeć, wiek, religia, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkowa, orientacja seksualna itp.). Dyskryminacja nie musi jednak mieć, odmiennie niż mobbing, charakteru długotrwałego.

Natomiast naruszenie dóbr osobistych może dotyczyć zarówno pracownika, jak i osoby zatrudnionej na innej podstawie prawnej, np. na podstawie umowy o świadczenie usług albo prowadzącej działalność gospodarczą. Działanie sprawcy nie musi mieć charakteru długotrwałego. Może być nawet jednorazowe, lecz konieczne jest wykazanie, że doszło do naruszenia danego dobra osobistego, np. godności.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY

Zgodnie z art. 94³ §1 kodeksu pracy, pracodawca ma obowiązek przeciwdziałać mobbingowi. W wielu podmiotach obowiązek ten jest realizowany przez powołanie specjalnych komisji antymobbingowych. Jeśli taka komisja działa u pracodawcy, można zwrócić się do niej o wszczęcie postępowania.

Istnieje również możliwość wystąpienia do sądu z powództwem lub, w szczególnie jaskrawych przypadkach mobbingu, złożenie zawiadomienia o prawdopodobieństwie popełnienia przestępstwa. Będą to przede wszystkim przestępstwa z art. 208 §1a kodeksu karnego (złośliwe lub uporczywe naruszenie praw pracownika) oraz z art. 207 §1 kodeksu karnego (znęcanie się nad osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy).

O mobbingu można poinformować również Państwową Inspekcję Pracy. ●

Mobbing to działanie:

- skierowane przeciwko osobie zatrudnionej na podstawie umowy o pracę
- uporczywe i długotrwałe
- polegające na nękaniu lub zastraszaniu
- powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu

Alfabet mobbingu

MOBBING Z PUNKTU WIDZENIA PRAWA TO RODZAJ TERRORU PSYCHICZNEGO STOSOWANEGO PRZEZ JEDNĄ LUB KILKA OSÓB WOBEC JEDNEJ (PRZEWAŻNIE) OSOBY. MOBBING W MIEJSCU PRACY POLEGA NA WROGIM I NIEETYCZNYM, SYSTEMATYCZNIE POWTARZAJĄCYM SIĘ ZACHOWANIU W STOSUNKU DO PRACOWNIKA. MOBBING TO COŚ WIĘCEJ NIŻ ZŁA ATMOSFERA W PRACY, OKAZJONALNE NIESPRAWIEDLIWE TRAKTOWANIE LUB ZŁOŚLIWA PLOTKA. (ENCYKLOPEDIA PWN)

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

M JAK MOŻLIWOŚĆ

Mobber czuje, że ma przewagę, że jest sprytniejszy, bystrzejszy, silniejszy psychicznie. Najczęściej znajduje się też wyżej w oficjalnej hierarchii, więc uważa, że jest bezkarny. Ma poparcie innych albo wymusza ich milczące, motywowane strachem podporządkowanie. Nikt mu nie podkoczy, nie przeciwstawi się, może bezkarnie napawać się swoją władzą, a lęk zaszcutej ofiary i jej rozpaczliwe próby uniknięcia kolejnych razów sprawiają mu przyjemność. „Jestem ważny, silny, najlepszy, ja tu rządzę”.

O JAK OFIARA

Każdy może stać się osobą, którą mobber obrał sobie za cel. Istnieją jednak uwarunkowania indywidualne i sytuacyjne, które sprawiają, że niektórzy z nas są bardziej narażeni na mobbing.

Jeśli jestem młoda, ambitna, ponadprzeciętnie zaangażowana, dyspozycyjna (np. ze względu na bycie singlem), potencjalny mobber może poczuć się zagrożony i postanowi „utrzeć nosa” konkurentce.

Jeśli jestem osobą krótko przed emeryturą, może mi być trudno nadążyć za nowinkami technicznymi i dynamicznym stylem działania młodszych kolegów. Mobber może mieć świadomość, że zależy mi na spokojnym doczekaniu

emerytury w jednym miejscu, wyczuwa, że będę w stanie dużo znieść (zwłaszcza że mam wieloletni trening wytrzymywania toksycznych zachowań w pracy), i będzie to wykorzystywał. Jeśli mam duże zobowiązania finansowe, rodzinę na utrzymaniu lub inną sytuację ekonomicznie kryzysową i nie mogę sobie pozwolić na jakiegokolwiek przerwy w pracy zarobkowej, będę jak ognia unikać otwartej konfrontacji i zrobię wszystko, by się podporządkować i jeszcze bardziej starać. Mobber szybko to zrozumie i bez skrupułów wykorzysta.

Mobber unika prześladowania osób o silnych cechach przywódczych. Celuje w tych wrażliwszych, delikatnych, których łatwo zastraszyć i zdominować, wzbudzając poczucie winy, niekompetencji, małej wartości. Idealnym celem dla niego są osoby, które w przeszłości (lub obecnie) były (lub są) ofiarami przemocy w domu, szczególnie jeśli zakłętą krąg przemocy był sytuacją długotrwałą, permanentną, bo ich systemy wczesnego ostrzegania przed agresją i krzywdzeniem nie działają.

B(B) JAK BULLYING

Według badania CBOS z 2014 r. dotyczącego form szykan i zachowań mobbingujących w pracy aż 43 proc. osób doświadczyło: bezzasadnej krytyki, upokarzania, podważania autorytetu, obrażania słowami niekulturalnymi, podnoszenia głosu, poniżającego traktowania,

czepiania się, nieuzasadnionej pretensji, okazywania władzy wobec pracowników w niewłaściwy sposób, głośnego obgadania, poniżania, traktowania jak kogoś, kto zajmuje potrzebny etat, nieprzychylności, znęcania się psychicznego, podważania kompetencji, ośmieszania. Pracownicy zgłaszali również różne kary, ograniczenia i represje, np. obciążanie obowiązkami ponad siły, celowe i uporczywe dawanie zadań poniżej kompetencji, zmuszanie do zostawiania po godzinach, problemy z urlopami, niedotrzymywanie obietnic płacowych, dyskryminację ze względu na płeć, wiek, sytuację osobistą, orientację seksualną, groźnie zwolnieniem z pracy, zmuszanie do wykonywania pracy w nieprzepisanych warunkach, zastraszanie.

I JAK IZOLACJA

Osoba mobbingowana jest izolowana zarówno przez mobbera, jak i przez innych pracowników. Izolacja jest sama w sobie narzędziem mobbingu lub wynika ze strachu świadków mobbingujących zachowań. Zbliżenie się do ofiary mobbingu może narazić na agresję mobbera, dlatego ofiara jest najczęściej pozostawiana sama sobie, nawet jeśli inni nie pochwalają gnębienia i nie biorą w nim udziału czynnie.

N JAK NIEŚWIADOMOŚĆ

Mamy znikomą wiedzę o tym, co jest mobbingowym zachowaniem, a co nim nie jest. Często spotykam się z tym, że

pojmowanie konstruktywnej krytyki i motywujących działań w zachowaniu szefa wobec podwładnych jest tak wypaczone i pojemne, że bez słowa sprzeciwu akceptujemy cały arsenał agresywnych zachowań stosowanych przez mobberów. W zhierarchizowanym świecie medycyny gnębienie i wykorzystywanie władzy ma długą, międzynarodową historię. By to zmienić, musimy zacząć od samych podstaw: od edukacji. Walczyć z mobbingiem możemy tylko wtedy, gdy potrafimy go zauważyć.

G JAK GODNOŚĆ

Dostrzeżenie i uznanie faktu, że stało się ofiarą mobbingu, jest pierwszym krokiem do odzyskania godności i poczucia własnej wartości. Często potrzebne do tego jest uzyskanie fizycznego i czasowego dystansu od toksycznego środowiska, pomocne może być obiektywne, świeże, fachowe spojrzenie na sytuację z boku. Regeneracja bez konieczności pracy i spotkania z psychoterapeutą mogą być początkiem drogi do znalezienia sobie miejsca, gdzie relacje opierają się na wzajemnym szacunku i życzliwości. ●

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra,
psychoterapeuta, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
i lekarzy dentystów
– tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonienie),
e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl

**II Konkurs Fotograficzny
dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów**

Kategorie: „Moje miasto”,
 temat dowolny.

Termin nadsyłania prac mija 30 września 2022 r.

Zasady uczestnictwa

dostępne również na stronie:
www.izba-lekarska.pl

OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nelubowicza

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie

Czy jesteś ofiarą mobbingu?

JEDNYM Z NAJPOWAŻNIEJSZYCH WYZWAŃ W PRZECIWDZIAŁANIU MOBBINGOWI
JEST WYKRYCIE ZACHOWAŃ ZGODNYCH Z JEGO DEFINICJĄ.
ZACHĘCAMY WIĘC DO ZAPOZNANIA SIĘ Z ANKIETĄ
OPARTĄ NA STANDARDOWYCH BADANIACH ANTYMOBBINGOWYCH,
KTÓRA POMOŻE PAŃSTWU ZIDENTYFIKOWAĆ NIEWŁAŚCIWE ZACHOWANIA.

CZY DOŚWIADCZYŁ/A PAN/PANI

I. działań mających na celu zaburzenie możliwości komunikowania się:

1. ograniczenia możliwości wypowiedzania się,
2. stałego przerywania wypowiedzi,
3. reagowania na uwagi krzykiem,
4. napastowania przez telefon,
5. poniżających gestów,
6. różnego rodzaju aluzji;

II. działań przełożonego mających na celu zaburzenie stosunków społecznych:

1. unikania rozmów,
2. pozbawiania możliwości zabrania głosu,
3. wyznaczenia miejsca, w którym wykonywana jest praca, z dala od współpracowników,
4. narzucania współpracownikom zakazu rozmów ze sobą,
5. traktowania „jak powietrze”,
6. formułowania pogroźek;

III. działań mających na celu zaburzenie społecznego odbioru swojej osoby:

1. obmawiania,
2. podejmowania prób ośmieszenia,
3. sugerowania choroby psychicznej,
4. wyśmiewania niepełnosprawności,
5. parodiowania sposobu chodzenia, mówienia lub gestów,
6. atakowania z powodu przekonań politycznych albo religijnych,
7. ciągłego krytykowania kwestii związanych z życiem prywatnym,
8. wyśmiewania życia prywatnego,
9. wyśmiewania narodowości,
10. zmuszania do wykonywania prac naruszających godność osobistą,
11. ciągłego krytykowania wykonywanej pracy,
12. nieobiektywnego oceniania zaangażowania w pracę,
13. nieuzasadnionego kwestionowania podejmowanych decyzji,
14. używania niecenzuralnych przezwisk lub innych wyrażań mających na celu poniżenie;

IV. działań mających wpływ na jakość sytuacji życiowej i zawodowej:

1. nieprzydzielania żadnych zadań do wykonania,
2. odbierania prac przekazanych wcześniej do wykonania,
3. zlecania wykonania prac pozbawionych sensu,
4. przydzielania zadań poniżej kompetencji,
5. zlecania wykonywania ubliżających zadań,
6. zlecania zadań niemożliwych do zrealizowania i nieadekwatnych do posiadanych kompetencji, w celu zdyskredytowania;

V. działań mających szkodliwy wpływ na zdrowie:

1. zmuszania do wykonywania prac szkodliwych dla zdrowia,
2. grożenia przemocą fizyczną,
3. stosowania przemocy fizycznej,
4. działania skutkującego wyrządzeniem szkód psychicznych (w miejscu zamieszkania lub w miejscu pracy).

Jeśli analiza ankiety skłania Państwa do wniosku, że padliście ofiarą mobbingu, gorąco zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety online (na naszej stronie internetowej izba-lekarska.pl), która pozwoli nam przynajmniej szacunkowo ocenić skalę problemu.

Przypominamy, że lekarze będący ofiarami mobbingu zawsze mogą znaleźć pomoc u przedstawicieli swojego samorządu zawodowego. W tej i innych sprawach wsparcie prawne zapewniają przede wszystkim rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie (więcej na str. 2–4) i izbowy program „Prawnik dla lekarza” (str. 41). Do pełnomocnika OIL w Warszawie ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów (str. 10–11) zgłaszać się można także w związku z konsekwencjami zdrowotnymi przebywania w nieprzyjaznym środowisku pracy.

Chodźcie, nauczymy się chirurgii

„NIEWAŻNE JEST TO, JAK WYGLĄDASZ, KOGO KOCHASZ, DO JAKIEGO CHODZISZ KOŚCIOŁA, JAKICH UŻYWASZ W STOSUNKU DO SIEBIE ZAIMKÓW. TWOJE MIEJSCE JEST W MEDYCYNIE. TWOJE MIEJSCE JEST W CHIRURGII. TWÓJ GŁOS MA ZNACZENIE. NIE JESTEŚ SAM/A. RAZEM ZMIENIMY ŚWIAT”.

tekst **PIOTR KOWALEWSKI**



Fot. K. Bortyzel

Przytoczony cytat może niektórym wydawać się radykalnym manifestem, a jest to jedynie *tweet* amerykańskiej organizacji SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons), jednego z największych i najciekawszych stowarzyszeń chirurgicznych, od wielu lat zajmującej się innowacjami, edukacją i poprawą wyników leczenia chirurgicznego. Cytat jednoznacznie promuje działanie inkluzywne jako ważną cechę rozwoju i reformy w chirurgii. Ciekawe, że pochodzi z kraju, w którym szeroko pojęta chirurgia jest jedną z popularniejszych specjalizacji wśród absolwentów wydziałów lekarskich.

Nikogo nie trzeba przekonywać, że polska chirurgia różni się diametralnie od amerykańskiej. Zaczynając od szkolenia, poprzez sprzęt, na wynagrodzeniach kończąc. Jednak Stany Zjednoczo-

ne borykają się z podobnymi problemami: niewystarczającą liczebnością personelu parającego się chirurgią oraz swoistą „zamkniętą” postawą środowiska. Problemy chirurgii polskiej są jednak głębsze i w powszechnej dyskusji definiowane inaczej: chirurgów jest zbyt mało, średni wiek polskiego chirurga osiągnięte za chwilę 60 lat, młodzi lekarze nie chcą być chirurgami, bo odpowiedzialność jest ogromna, a płace pozostawiają wiele do życzenia – to tylko kilka haseł z nagłówków tekstów o chirurgii. O ile zgadzam się w pełni z faktem niskich wynagrodzeń, o tyle pozostałe problemy dotyczą w sumie jednego: „niedostępności” chirurgii w Polsce. Nie piszę tu oczywiście o liczbie miejsc rezydencjnych (pustych mamy na pęczki). Chodzi o postawę „włączenia” do chirurgii jak największej grupy chętnych. Na początku studiów prawie każdy student chciał przecież być chirurgiem. Coś robimy źle, skoro wśród świeżo upieczonych absolwentów (inaczej niż w USA) brakuje nam kandydatów.

„W życiu bym cię nie przyjął do pracy, gdybym wiedział, że jesteś mańkutenem” – to zdanie usłyszałem od jednego z nestorów chirurgii. „Kobieta chirurg jest jak świnka morska” – to kolejny przykład uprzedzenia, mizoginii powszechnej w środowisku (jakże aktywnym jej rzecznikiem był ojciec polskiej chirurgii Ludwik Rydygier). Dodajmy do tego „odstraszanie” młodych

studentów i stażystów od tej specjalizacji przez wypalonych zawodowo starszych kolegów i otrzymamy „idealny” przepis na brak specjalistów. Na rezydenturze dochodzą do tego: brak wsparcia, nieskuteczne szkolenie, powszechne przerzucanie na specjalizantów zadań niemających nic wspólnego z jakimkolwiek procesem terapeutycznym. Jak widać kryzys, który właśnie następuje, szykowaliśmy sobie od wielu lat. A nie robimy tak naprawdę nic, żeby sytuację zmienić.

Podstawą zmian powinno być właśnie działanie inkluzywne: nieważne kim jesteś – ważny i cenny jest Twój zapal do chirurgii. Chirurgia ogólna jest przecież wspaniałą specjalizacją, w wielu badaniach satysfakcji pracowników chirurdzy zajmują wysoką pozycję (nawet mimo ogromnego stresu i niestandardowych godzin pracy). Każdy entuzjasta powinien mieć możliwość otrzymania wartościowego szkolenia, w atmosferze współpracy i zrozumienia. Nie wszyscy podołają, jest to wszak specjalizacja niełatwa i obciążająca. Niemniej jednak jestem przekonany, że prawie każda osoba aspirująca do chirurgii jest tego świadoma. Powinniśmy dążyć do jak najszybszej zmiany przedstawianego przez nas obrazu chirurgii. Musimy skupić się na jak najefektywniejszym szkoleniu, aby jak najszybciej zapewnić pacjentom satysfakcjonującą liczbę wykwalifikowanych i zadowolonych z wykonywanej pracy chirurgów i chirurzek. To możliwe, ale musimy zacząć działać już teraz. „Razem zmienimy świat”.

Niniejszy felieton dedykuję wszystkim młodym lekarkom i lekarzom, którzy zostali „skutecznie odstraszeni” od chirurgii ogólnej przez system i starszych kolegów. ●

Pełzający killer

CZY LETNIA FALA COVIDOWA PRZEJDZIE PŁYNNIE W JESIENĄ?

MINISTERSTWO ZDROWIA UPIERA SIĘ, ŻE ARMAGEDON JUŻ NAM NIE ZAGRAŻA.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Znajomy nie spodziewał się, że druga dawka przypominająca szczepionki przeciwko koronawirusowi, którą przyjął w połowie sierpnia, tak poważnie nim wstrząśnie. Wcześniejsze trzy zastrzyki nie przyniosły żadnych komplikacji, jedynie delikatny ból ramienia. Tym razem nie minęła doba od wizyty w punkcie szczepień, a pojawiła się gorączka powyżej 39 st. C., a po niej wszystko, o czym do tej pory słyshał od pechowców, którzy poprzednie dawki mocno odchorowali. Po tygodniu dolegliwości minęły, ale bohatera tej opowieści pozostawiły z nowym życiowym doświadczeniem: jeśli chodzi o zdrowie i reakcję organizmu na czynniki biologiczne, nie można być niczego pewnym.

Kiedy wsłuchać się w wypowiedzi przedstawicieli rządu o przewidywanym na najbliższe tygodnie rozwoju sytuacji pandemicznej, wygląda na to, że zapomnieli o podstawowej zasadzie obowiązującej w medycynie – nigdy nie bądź przekonany, co nastąpi, bo zawsze wydarzyć się może wszystko. Oczywiście, tak ponura perspektywa nie może zniechęcać do roztropnego prognozowania rozmaitych zdarzeń, ale grzechem polityków jest zapewnianie opinii publicznej, że koronawirus już nie wróci lub stanie się grypopodobnym sezonowym utrapieniem.

Zdaniem ekspertów jest zdecydowanie za wcześnie, by wygłaszać takie sądy. Dla przykładu prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska z Katedry Wirusologii i Immunologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie przez całe lato przekonywała swoich odbiorców w mediach społecznościowych (a pani profesor niemal od początku pandemii na Facebooku i Twitterze doszkała obywateli z wiedzy o wirusach i COVIDZIE), że biorąc pod uwagę sytuację ogólnoswiatową pandemia absolutnie się nie skończyła i nie wolno jej lekceważyć: „*Kiedyś wirus SARS-CoV-2 stanie się pewnie taki, jak pozostali jego kuzyni, ale jeszcze nie teraz i nie najbliższej jesieni*”.

Wraz z powrotem dzieci i młodzieży do szkół, pogorszeniem pogody oraz większą wilgotnością będziemy bardziej narażeni na ryzyko infekcji, a naukowcy nie są w stanie przewidzieć, czy wirus po raz kolejny nie wystąpi w nowym przeobrażeniu. Ten brak pewności może na ludzi działać deprymująco, ale taka właśnie jest biologia – trudno wiele rzeczy przewidzieć (a jeszcze trudniej wytłumaczyć, że są nie do przewidzenia). Jak więc teraz traktować COVID: jak zwykłą infekcję, rzeczywiście podobną do przeziębienia lub grypy, czy jak chorobę, która sprawi nam jeszcze mnóstwo problemów, za które państwo nie chce już ponosić odpowiedzialności?

Gdy spojrzeć na dynamikę letniej fali pandemii (pewnie nie finalnej, wbrew zakłębom rządowym), nie widać w tej sinusoidzie szczególnie wysokich wyrzuteń. Na ile jednak są to dane rzetelne, skoro już wcześniej zrezygnowano z rejestrowanych testów PCR i każdy polega na własnym wycuciu albo domowej kontroli antygenowej? Czy jesienią również nie będziemy mieli wiarygodnych statystyk na temat sytuacji epidemicznej i opierać się będziemy jedynie na liczbach hospitalizowanych lub, niestety, zgonów?

Demontaż systemu monitorowania epidemii będzie miał swoje konsekwencje w dłuższej perspektywie. To zrozumiałe, że w środku lata trudniej wymusić noszenie maseczek i przestrzeganie innych zasad prewencji, ale przez to gotowość do walki z pandemią wyraźnie osłabła i trudno ją będzie wskrzesić jesienią. Większość uwierzyła, że z koronawirusem da się żyć, zapominając, że ignorowanie zagrożenia nie jest jednak żadną metodą uodparniającą. Wygląda na to, że w grupie nadmiernych optymistów jest również Adam Niedzielski. Jego uspokajające słowa, że przecież w maju 90 proc. obywateli w Polsce osiągnęło „odporność na COVID” i wynik ten daje nam komfort bezpieczeństwa, nijak się mają do rzeczywistości, bo kilka miesięcy później sytuacja jest już zgoła inna (tak jak inny może być wkrótce sam wirus). Nowe

warianty wręcz wyraźnie uciekają naszej odporności, zarówno poszczepiennej, jak i poinfekcyjnej. Podczas letniej fali zakażeń ponad 20 proc. to reinfekcje, więc ten, kto w pierwszej połowie roku przechorował COVID wskutek zakażenia podstawową wersją omikrona, może nie być odporny na jego nowsze wersje. Wbrew optymistycznym prognozom ministra zdrowia, według szacunków ekspertów z wrocławskiej grupy MOCOS, modelującej w Europie przebieg pandemii, w Polsce może być obecnie 20–25 mln osób nieodpornych na wariant BA.5, który przyniósł ostatnią falę. Premier Mateusz Morawiecki znów więc będzie musiał przyznać, że zbyt pospiesznie uznał koronawirus za pokonany.

Brak pewności, z jakim wariantem tej jesieni będziemy mieli do czynienia, z jednej strony utrudnia planowanie szczepień, z drugiej upewnia nas w tym, że dawki przypominające są jak najbardziej potrzebne. Zmodyfikowane boostery pewnie dotrą, zanim na dobre rozwinie się kolejna fala pandemii, ale i tak nie zapewnią nam tego, co tzw. szczepionki śluzówkowe, czyli preparaty doustne lub podawane do nosa, które odcięłyby koronawirusowi drogę wejścia do organizmu. Nie jest to bynajmniej zarzut wobec najbardziej spopularyzowanych w tej pandemii szczepionek z mRNA, bo z międzynarodowych ustaleń wynika, że uratowały one co najmniej 20 mln ludzi przed śmiercią. Ale dzięki nim fali rozprzestrzeniania się kolejnych wariantów nie zatrzymamy. Nie zapewniają one stu-procentowej ochrony przed zakażeniem i dlatego infekcje dopadają również wielu osób, które przyjęły dwie lub nawet trzy dawki. Wypada mieć nadzieję, że choć większość czasu i pieniędzy świat przeznacza obecnie na produkcję szczepio-

Zmodyfikowane boostery pewnie dotrą, zanim na dobre rozwinie się kolejna fala pandemii, ale i tak nie zapewnią nam tego, co tzw. szczepionki śluzówkowe, czyli preparaty doustne lub podawane do nosa, które odcięłyby koronawirusowi drogę wejścia do organizmu.

nek domięśniowych, zainteresowanie tymi donosowymi nie ograniczy się do... publikacji naukowych.

Liczni eksperci nie odzęgną się od przewidywań, że COVID stanie się sezonową infekcją, nawet lżejszą niż grypa, ale potrzeba na to co najmniej dziesięciu lat. Zatem, choć nie znajdujemy się już w najniebezpieczniejszej fazie pandemii, nie doszliśmy jeszcze do jej końca. A już w ogóle nikt nie analizuje wpływu tzw. długiego COVIDU na sprawność działania opieki medycznej, która przecież musi udźwignąć ciężar tych dodatkowych potrzeb pacjentów. Czy uświadomionych i rozpoznanych? Nie przez wszystkich. To jednak problem do rozwiązania na lata i jego skalę również trudno przewidzieć. W ciągu ostatnich dwóch lat koronawirus przyniósł system ochrony zdrowia i wypuklił jej rozmaite problemy, lecz nie zdołano ich rozwiązać, mimo powrotu do względnej normalności.

Czy jesteśmy po tych doświadczeniach lepiej przygotowani na powtórkę kryzysu? Nie słychać o programach odbudowy szpitali, które zostały zdewastowane przez COVID, zmianach funkcjonowania służb sanitarno-epidemiologicznych, tworzeniu planów postępowania na wypadek zagrożenia epidemicznego, a przede wszystkim o sensownych sposobach zwiększenia liczby lekarzy i pielęgniarek w Polsce.

Być może decydenci doszli do wniosku, że nowa reforma byłaby zbyt kosztowna, więc system musi się całkiem załamać, żeby można było zbudować coś od podstaw na powitanie nowego zarazka. ●

PROGRAM STYPENDIALNY

OIL w Warszawie

Dofinansowanie staży, kursów i konferencji zagranicznych

Składanie wniosków do 30 września 2022 r.

więcej informacji na www.lzba-lekarzka.pl

Opieka koordynowana

1 PAŹDZIERNIKA 2022 R. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA MA WEJŚĆ NA WYŻSZY POZIOM – OPIEKI KOORDYNOWANEJ. JUŻ WIADOMO, ŻE NIE STANIE SIĘ TO ANI W CAŁYM KRAJU, ANI NAWET W JEGO WIĘKSZEJ CZĘŚCI. LEKARZE RODZINNI, ZARÓWNO Z FEDERACJI POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE, POROZUMIENIA PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA, JAK I KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE, OCENIAJĄ, ŻE NAJŁATWIEJ I NAJSZYBCIEJ NA KOORDYNACJĘ PRZEJDĄ PLACÓWKI POZ Z WIELKICH MIAST, W TYM – Z WARSZAWY. CZY TAK SIĘ JEDNAK NA PEWNO STANIE?

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Zmiany w POZ projektowane są z perspektywy stolicy. Tymczasem Warszawa ma zupełnie inną strukturę podstawowej opieki zdrowotnej niż dominująca w pozostałej części kraju – można usłyszeć od liderów Federacji Porozumienie Zielonogórskie, którzy od wielu tygodni apelują do Ministerstwa Zdrowia o rozmowy na temat warunków wdrażania opieki koordynowanej w „reszcie kraju” – tam, gdzie przeważają małe poradnie POZ, którym trudniej niż wielkomiejskim przychodniom, zwłaszcza tym, które funkcjonują w ramach SP ZOZ, skoordynować opiekę nad pacjentami choćby ze specjalistami w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Niewątpliwie w przypadku Warszawy, a także przynajmniej części innych dużych miast, organizacyjnie będzie to mniejsze wyzwanie.

Co wiadomo? Opieką koordynowaną zostaną objęci chorujący na cukrzycę, choroby układu krążenia lub choroby tarczycy. „*To najczęstsze choroby przewlekłe, które lekarze POZ diagnozują w trakcie udzielania świadczeń*” – czytamy w „Ocenie skutków regulacji” dołączonej do skierowanego w sierpniu do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia. Resort zdrowia podkreśla, że w tej chwili postawienie pełnej diagnozy i udzielenie kompleksowych świadczeń są utrudniane przez niedostępność badań diagnostycznych. W efekcie pacjentów kieruje się do specjalistów, co generuje coraz dłuższe kolejki.

Największą niewiadomą są na razie pieniądze (i być może to właśnie one zadecydują o suk-

cesie lub porażce planów resortu zdrowia). Lekarze POZ uważają, że sukcesem będzie, jeśli w opiekę koordynowaną w początkowym okresie wejdzie powyżej 10 proc., może kilkanaście procent, poradni POZ. Na większy odsetek nie ma co liczyć, zwłaszcza ze względu na ogromne perturbacje finansowe związane z realizacją ustawy o wynagrodzeniach minimalnych oraz zapytania dotyczące poziomu finansowania POZ w 2023 r. (według planu finansowego, zaakceptowanego przez Komisję Zdrowia w lipcu, wzrost nakładów na POZ będzie mniejszy niż wskaźnik inflacji).

W trudnej sytuacji są nie tylko małe poradnie POZ. Podczas sierpniowej konferencji poświęconej przede wszystkim konsekwencjom finansowym ustawy podwyżkowej dla szpitali powiatowych wiceprezydent Warszawy Renata Kaznowska informowała, że po raz pierwszy w historii warszawskie placówki lecznictwa ambulatoryjnego (czyli również POZ, działająca w strukturach wielkich ZOZ, obejmujących całe dzielnice stolicy) zamkną rok ze stratą liczoną w dziesiątkach milionów złotych. Takie uwarunkowania nie dają przestrzeni do zmian, w które wpisane muszą być dodatkowe koszty, nawet w przypadku „wielkich”, a więc mających odpowiednio duży potencjał koordynacji, placówek.

Zwłaszcza że niejasne są też kwestie finansowe dotyczące samej opieki koordynowanej. Z projektu rozporządzenia ministra zdrowia wynika, że roczny koszt jej funkcjonowania mini-

sterstwo ocenia na około 900 mln zł. W przeliczeniu na jednego przewlekle chorującego pacjenta, który leczy się w POZ (rozporządzenie szacuje liczbę beneficjentów na 3,2 mln), to niecałe 24 zł miesięcznie. Te pieniądze mają wystarczyć na badania, konsultacje specjalistyczne, koordynację opieki od strony poradni POZ oraz jej kompleksowość, czyli np. porady edukacyjne czy dietetyczne.

To jednak nie wszystko. W sierpniu odbyło się posiedzenie w AOTMiT poświęcone wycenie świadczeń, które będzie obejmować „duży” budżet powierzony. Jednak informacje ciągle są utajnione. Nie wiadomo również, jak NFZ będzie limitować te świadczenia (w małym budżecie powierzonym, który wszedł w życie 1 lipca, limity i wyceny budzą na tyle duże wątpliwości, że część poradni POZ nie przystępuje do kontraktowania i zlecenia szerszego panelu badań, bo lekarz musiałby dokładać do stawek NFZ z innych źródeł). Problemy pogłębia inflacja – wyceny NFZ nie są nawet zbliżone do warunków rynkowych. (Niezależnie od tego, poradnie zrzeszone w FPZ nie mają aneksów, bo fundusz jednostronnie próbuje przeforsować wydłużenie okresu wypowiedzenia z 45 do 90 dni i, mimo że lekarze podpisali aneksy, wykreślając sporny punkt, oddziały traktują je jak nieistniejące).

Lekarze POZ i właściciele poradni – nawet tych sieciowych, zainteresowanych szybkim wdrożeniem opieki koordynowanej – obawiają się braku zainteresowania ze strony specjalistów (nie narzekają oni na brak chętnych na wizyty w gabinetach prywatnych i przychodniach działających na zasadach

komercyjnych), jeśli wyceny wiążące dla świadczeniodawców w ramach opieki koordynowanej (w tym sensie, że NFZ więcej im nie zrefunduje) nie będą zbliżone do obowiązujących w prywatnym sektorze opieki medycznej.

Warto jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, który może być ważny w warunkach takich, w jakich działa leczenie ambulatoryjne np. w Warszawie, gdy w strukturze jednego ZOZ są i poradnie POZ, i AOS. Mianowicie, jeśli wyceny badań i konsultacji nie będą choć trochę wyższe niż obowiązujące w AOS, zwłaszcza teraz, gdy leczenie ambulatoryjne na pewno zanotuje milionowe straty, zarządzający nie będą mieć najmniejszej motywacji, żeby przenosić opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle z AOS do POZ.

Mogą też nie mieć – zarówno małe, jak i duże podmioty – potencjału. Choć bowiem ustawa o wynagrodzeniach minimalnych uderza nie tylko w POZ, ale również w szpitale (przede wszystkim powiatowe), z wypowiedzi ministra zdrowia wynika, że sytuację finansową placówek POZ uważa on za na tyle dobrą, że według niego to poradnie „wysysały” kadry, przede wszystkim pielęgniarskie, ale również lekarskie, ze szpitali. Mniejsze współczynniki wyrównujące wydatki na nowe, wyższe wynagrodzenia mają ten trend odwrócić, a przynajmniej zatrzymać. Jak to pogodzić z wymagającą na pewno większej liczby pracowników opieką koordynowaną i hasłami o wzmacnianiu fundamentu systemu opieki zdrowotnej, jakim deklaratorywnie jest POZ, i zapowiedziami (obietnicami?) „odwracania piramidy świadczeń”? ●



#2022 KICK OFF MEETING

WYJAZD SZKOLENIOWO-INTEGRACYJNY
DLA LEKARZY STAŻYSTÓW

30 WRZEŚNIA – 2 PAŹDZIERNIKA 2022 R.
MIEJSCE: Z-HOTEL BUSINESS & SPA
OTWOCK, UL. WZASOWA 25

ZAPISY:
IZBA-LEKARSKA.PL

CER MED

**ORZĘDOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE**
im. prof. Janka Niełchewicza

Rachunek zysków i strat

MIAŁ BYĆ SUKCES, A WYSZŁO CHYBA GORZEJ NIŻ ZWYKLE, ZWŁASZCZA W ŚWIETLE WCZEŚNIEJSZYCH ZAPOWIEDZI MINISTERSTWA ZDROWIA. JESZCZE W MAJU MINISTER NIEDZIELSKI PISAŁ NA TWITTERZE, ŻE NOWELIZACJA USTAWY O MINIMALNYCH WYNAGRODZENIACH „TO PRZEŁOMOWA USTAWA DLA POLSKICH MEDYKÓW”.

tekst **MAREK BALICKI**



Fot. K. Bartyzel

Podwyżki miały być znaczące, nawet o kilkadziesiąt procent. NFZ miał zapewnić wystarczające środki, co wobec niewykorzystanych w 2021 r. 10 mld zł brzmiało nawet wiarygodnie.

Kłopoty zaczęły się od razu po wejściu w życie ustawy. Okazało się, że większość szpitali nie ma z czego sfinansować nowych wynagrodzeń. W najgorszej sytuacji znalazły się szpitale powiatowe. Minister na początku bagatelizował problem. Mówił, że 90 proc. szpitali nie zgłasza żadnych problemów, a środki przeznaczone na podwyższenie kontraktów wystarczą nie tylko na podwyżki, ale również na pokrycie skutków inflacji.

Tymczasem dyrektorzy obstawali przy swoim, przedstawiając konkretne obliczenia. Podniesiona wycena świadczeń wiązała się bowiem z odebraniem dotychczas odrębnie wypłacanych pieniędzy na wcześniejsze podwyżki. W efekcie realny wzrost wartości umów w wielu placówkach był mniejszy, niż sądził minister, i środków musiało zabraknąć. Na domiar złego, część personelu medycznego, która podwyżek po kilku tygodniach jeszcze nie dostała lub trafiła do grupy o niższym zaszerogowaniu, ogarnęło rozgorzenie.

Wprowadzone kilka lat temu ustawowe regulowanie płac jest niespójne z regułami funkcjonującego rynku wewnętrznego.

Presja szpitali jakiś efekt przyniosła. W połowie sierpnia NFZ podwyższył nieznacznie wartości ryczałtu dla szpitali I i II poziomu referencyjnego, przyznając w ten sposób rację ich dyrektorom. Czy to wystarczy, pokażą najbliższe miesiące. Jedno wiadomo już dzisiaj.

Operacja podwyżkowa zamiast przynieść korzyści polityczne, tak bardzo oczekiwane przez rządzącą koalicję, okazała się kolejną wpadką Ministerstwa Zdrowia.

Jej bezpośrednią przyczyną nie był brak środków, ale odejście od dotychczasowego sposobu finansowania centralnie regulowanych podwyżek. Zarówno w przypadku podwyżek dla pielęgniarek z 2015 r., jak i wynikających z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach z 2017 r. placówki zdrowotne otrzymywały dodatkowy strumień pieniędzy, który mógł być przeznaczony wyłącznie na ich finansowanie. Dlatego mówiło się o „znaczonych” pieniądzach. Nie były wprawdzie powiązane z liczbą wykonanych świadczeń, ale zapewniały spokój dyrektorom. Placówki, które wykonywały nisko opłacane przez NFZ świadczenia i miały znaczny udział płac w swoim budżecie, np. szpitale powiatowe, bez problemu mogły te podwyżki realizować.

Minister Niedzielski zdecydował się na rezygnację z finansowania podwyżek „znaczonymi” środkami na rzecz rozwiązania bardziej „rynkowego”, polegającego na zwiększeniu ogólnej wyceny kontraktów. Zyskali ci, którzy wykonują dobrze opłacane przez NFZ świadczenia i mają niższy udział płac w kosztach swojej działalności. Inni relatywnie stracili, a część z nich może popaść w poważne kłopoty. Minister, który jest ekonomistą, musiał to wiedzieć. Dlaczego więc zdecydował się na ten ruch w czasie ogólnych napięć politycznych, pozostanie jego tajemnicą.

Kluczowe są jednak kwestie zasadnicze. Wprowadzone kilka lat temu ustawowe regulowanie płac jest niespójne z regułami funkcjonującego rynku wewnętrznego. To zawsze będzie rodzić jakieś problemy. Dlatego trzeba szukać modelu opartego na negocjacjach pracodawców i pracowników, w którym administracja rządowa będzie jedynie mediatorem. ●

#Sprawdzam

Co z profilaktyką nowotworów dziedzicznych?

POD KONIEC LIPCA MINISTERSTWO ZDROWIA SKIEROWAŁO DO OGŁOSZENIA ROZPORZĄDZENIE WPROWADZAJĄCE DO WYKAZU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ TRZY NOWE ŚWIADCZENIA Z DZIEDZINY OPIEKI NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA NIEKTÓRE NOWOTWORY.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Oto nowe świadczenia, które NFZ sfinansuje od 1 września 2022 r.:

- opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika,
- opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy,
- opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę Von Hippel-Lindau (VHL).

Rozporządzenie umożliwi przeprowadzanie przez fundusz postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trzech nowych zakresach.

Na początku lipca wokół finansowania badań profilaktycznych, m.in. dla kobiet obciążonych rodzinnie ryzykiem zachorowania na nowotwór piersi, rozpętała się burza. Media poinformowały bowiem, że placówki, prowadzące program badań, powiadomiły pacjentki o jego wstrzymaniu – ze względu na wstrzymanie finansowania przez Ministerstwo Zdrowia.

– *Mamy całą grupę pacjentek, które, zgodnie z realizacjami z poprzednich lat, powinny odbyć badania kontrolne w lipcu i sierpniu. I tych pacjentek w tej chwili oczywiście nie możemy umówić* – stwierdziła doktor Małgorzata Stawicka-Niełacna, specjalistka w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej z Katedry Genetyki Klinicznej i Patomorfologii Uniwersytetu Zielonogórskiego. W podobnym duchu wypowiadali się specjaliści ze Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Opinia publiczna usłyszała wyraźny przekaz: mimo że ministerstwo od miesięcy przekonuje o wadze badań profilaktycznych i zachęca do dbania o własne zdrowie, odcina finansowanie profilaktyki osobom, które żyją ze świadomością wysokiego prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwory.

Niepewność – i przerażenie – pacjentek trwały na dobrą sprawę „tylko” kilka dni. Tyle zabrało Ministerstwu Zdrowia i placówkom prowadzącym program dojście do porozumienia i zapewnienie ciągłości programu badań profilaktycznych. Ministerstwo zapowiedziało bowiem, że przygotowuje zmiany dotyczące finansowania tych konkretnych programów. Chce też owe programy włączyć do wykazu świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ, przy utrzymaniu – do końca sierpnia – dotychczasowej formuły ich finansowania.

Odpowiadając na jedną z interpelacji poselskich, dotyczącą dalszych losów programów dla pacjentów obciążonych dziedzicznie ryzykiem zachorowania na niektóre nowotwory, wiceminister Waldemar Kraska przekazał szerszą informację o świadczeniach, jakie będzie finansować NFZ. Zaznaczył, że będą one obejmować dwa etapy:

- Poradnictwo i badania genetyczne,
- Nadzór i badania diagnostyczne.

Waldemar Kraska poinformował również, że w zakresie świadczenia „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”, zgodnie z przepisami znowelizowanego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, „*badania genetyczne z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS) mogą być wykonywane nie tylko w kierunku wykrycia nosicielstwa mutacji w genach BRCA1 i BRCA2, ale również w genach PALB2 i CHEK2*”. – *Ponadto zostały poszerzone kryteria kwalifikacji do badania genetycznego z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji, co umożliwi przeprowadzenie nowoczesnej diagnostyki genetycznej u większej liczby świadczeniobiorców* – zaznaczył wiceminister. ●



Lista umiejętności do poprawki

NIE PIERWSZY RAZ ZDARZA SIĘ, ŻE ADMINISTRACJA PAŃSTWOWA BŁĘDNIEM ROZPOZNAJE PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA. W MINISTERSTWIE ZDROWIA TRWAJĄ PRACE NAD OGŁOSZENIEM ROZPORZĄDZENIA W SPRAWIE UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW. W PROJEKcie ZNAJDUJE SIĘ LISTA UMIEJĘTNOŚCI, KTÓRE MAJĄ CERTYFIKOWAĆ TOWARZYSTWA NAUKOWE I INSTYTUTY BADAWCZE. NIE JEST TO JEDNAK LISTA, KTÓRA ODZWIERCIEDLAŁABY RZECZYWISTE POTRZEBY STOMATOLOGII.

tekst **DARIUSZ PALUSZEK** – wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów



Fot. K. Bartyzel

Dobrze by było, gdyby umiejętności zawodowe były rozwinięciem wiedzy akademickiej, a nie powieleniem specjalizacji. Taką umiejętnością mogłaby być endodoncja mikroskopowa, której na liście nie ma. Tymczasem znajduje się na niej np. implantologia stomatologiczna. Tym sposobem zamiast wprowadzić umiejętność, która spełniałaby potrzeby stomatologii, wprowadza się coś na kształt kolejnego szczebelka specjalizacji protetycznej, ortodontycznej czy chirurgii stomatologicznej. Jednocześnie w projektowanym rozporządzeniu umożliwia się zdobycie certyfikatu umiejętności związanej z tymi specjalizacjami wszystkim lekarzom dentystom legitymującym się pięcioletnim stażem w udzielaniu świadczeń. W mojej opinii wiąże się to z konkretnymi niebezpieczeństwami. Po pierwsze, pacjenci mylnie mogą sądzić, że dentysta chwalać się certyfikatem implantologicznym ma lepsze kwalifikacje do świadczenia takich usług niż np. chirurg stomatologiczny, który na takich zabiegach, nomen omen, zjadł zęby. Zdaniem wielu pacjentów lekarz z certyfikatem umiejętności będzie traktowany na równi ze specjalistą, bo trudno wymagać od kogoś spoza ochrony zdrowia, żeby rozróżniał takie niuanse. A rząd od tego umywa ręce. Po drugie, istnieje niebezpieczeństwo, że w razie sporu z pacjentem brak certyfikatu umiejętności może przez sąd zostać uznany za okoliczność działającą na niekorzyść lekarza, choć jego posiadanie nie jest wcale konieczne.

To jedna z niedoskonałości rozporządzenia. Ale jest jeszcze inna. Na liście znalazła się także radiologia szczękowo-twarzowa. Nie da się ukryć, że w zakresie badań radiologicznych do celów stomatologicznych brakuje specjalistów. Należy podkreślić – właśnie **specjalistów**. Niewielu radiologów decyduje się na zawężenie swojej działalności do zakresu twarzy i szczęki. Jest to po prostu relatywnie mało opłacalne. Specjalizują się raczej w okolicach mniej związanych ze stomatologią. To powoduje, że brakuje nam specjalistów, którzy w badaniu obrazowym dostrzegą coś więcej niż lekarz dentysta w swoim gabinecie. W dodatku lekarz niebędący radiologiem nie może sporządzić opisu badania, który znalazłby zastosowanie gdziekolwiek poza jego własnym gabinetem. Umiejętność zawodowa z zakresu radiologii szczękowo-twarzowej tego nie zmieni.

Tymczasem mamy całą rzeszę lekarzy dentystów, którzy z różnych przyczyn nie mogą wykonywać pracy manualnej w gabinecie, głównie z powodu chorób czy niepełnosprawności. To wysoko wykwalifikowany personel medyczny, który w dużym stopniu nie jest wykorzystywany przez system ochrony zdrowia. Rolą naszego samorządu jest zadbanie o tych lekarzy, ale leży to także w interesie całego społeczeństwa, skoro tak wiele się mówi o deficycie kadrowym w zawodach medycznych. Dlatego najbardziej praktyczne

byłoby, gdyby Ministerstwo Zdrowia m.in. tym osobom stworzyło szansę odbycia szkolenia specjalizacyjnego, umożliwiającemu otwarcie gabinetu diagnostyki obrazowej do celów dentystycznych.

W ogóle Ministerstwo Zdrowia w minimalnym stopniu zajmuje się finansowaniem szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy dentyków, szczególnie jeśli brać pod uwagę liczbę przedstawicieli naszej gałęzi medycyny w ochronie zdrowia. Tak się natomiast przypadkiem składa, że szkolenia umożliwiające zdobycie certyfikatów umiejętności medycznych są zazwyczaj komercyjne.

Rozporządzenie i jego podstawa prawna – ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentydy, dotyka jeszcze jednej istotnej moim zdaniem kwestii: nie daje samorządowi lekarskiemu żadnego wpływu na program szkoleń i proces certyfikacji umiejętności zawodowych, pozostawiając wszystko w rękach państwowych (a więc w jakimś sensie rządowych) instytutów badawczych i towarzystw naukowych. A przecież to izby lekarskie mają pilnować odpowiedniego poziomu wykonywania zawodu.

Ambicją Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie jest dbanie nie tylko o standardy świadczenia usług



medycznych, ale także o zapewnienie koleżankom i kolegom dostępu do wysokiej jakości szkoleń i doskonalenia zawodowego.

Dlatego martwi nas odcięcie samorządu od kwestii umiejętności zawodowych.

I dlatego staramy się we własnym zakresie uczestniczyć w organizacji kształcenia ustawicznego. Już 24 września odbędzie się

konferencja online „Międzypokoleniowe problemy współczesnej stomatologii”

przeprowadzona we współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej i Pol-

skim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej.

Natomiast 23 września w siedzibie

izby zostaną zorganizowane

warsztaty towarzyszące konferencji

(informacja o rejestracji na str. 22).

Sygnalizujemy w ten sposób, że chcemy bardziej skupić się na

interdyscyplinarności szkoleń. 22 października zapraszamy na kolejną weekendową konferencję naukową

PTS Oddział w Warszawie.

Dla naszej komisji to rozgrzewka. Od września, po wakacyjnym rozprężeniu i opadnięciu „powyborczego kurzu”, wracamy do pracy pełną parą, na 200 proc. ●

„Dokumentacja gabinetu stomatologicznego. Wzory pism, komentarz i orzecznictwo”

Ewa Mazur-Pawłowska
Wydawnictwo Wolters Kluwer 2022

To drugie wydanie kompendium autorstwa mecenas Mazur-Pawłowskiej specjalizującej się w prawie medycznym. Jego treść jest zgodna ze stanem prawnym na 1 stycznia 2022 r. Wydawca informuje: „Opracowanie jest przeznaczone zarówno dla lekarzy stomatologów prowadzących indywidualną praktykę, jak i właścicieli dużych gabinetów i klinik stomatologicznych. Będzie także użytecznym źródłem wiedzy dla studentów stomatologii”. Dodatkowo na stronie internetowej poświęconej książce znaleźć można edytowalne wersje pism w niej zawartych.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów poleca publikację jako cenną pomoc w prowadzeniu własnej działalności leczniczej. ●



Międzypokoleniowe problemy współczesnej stomatologii

Konferencja online i stacjonarne warsztaty praktyczne
23 i 24 września 2022 r.



Konferencja naukowa PTS

22 października, godz. 10.00-14.00

Online, platforma ClickMeeting,
4 pkt. edukacyjne
Zapisy: izba-lekarska.pl



Weryfikacja działalności leczniczej – obowiązek zgłoszenia miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

RZĄDOWE CENTRUM E-ZDROWIA PRZEPROWADZIŁO WERYFIKACJĘ STANU JAKOŚCI DANYCH W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ, OPIERAJĄC SIĘ NA STATUSIE AKTYWNOŚCI GOSPODARCZEJ UWZGLĘDNIONEJ W BAZIE REGON. KONSEKWENTNIE W SIERPNIU TEGO ROKU KOMISJA DS. PRAKTYK LEKARSKICH ORL W WARSZAWIE ZOSTAŁA ZOBOWIĄZANA DO WYKREŚLENIA PONAD TYSIĄCA WPISÓW Z RPWDL, A ZATEM OBOWIĄZEK PRZEKAZANIA KOMISJI NAZWY I ADRESU PODMIOTU, Z KTÓRYM ZAWARLI UMOWĘ O PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, SPOCZYWA TERAZ NA LEKARZACH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ.

Niespełnienie tego obowiązku może się wiązać z narzuceniem miejsca przechowywania dokumentacji na koszt lekarza.

Przypominamy, że zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, dokumentacja medyczna (z wyłączeniem ściśle określonych wyjątków) musi być przechowywana przez 20 lat.

Poniżej umieszczamy formularz, który należy wypełnić, podpisać i odesłać pocztą pod adresem:

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18,

lub podpisany zeskanować i przesłać pocztą elektroniczną pod adresem: praktyki@oilwaw.org.pl.

Wyszukiwarka podmiotów wykreślonych w wyniku weryfikacji znajduje się na stronie internetowej OIL w Warszawie: izba-lekarska.pl.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko

Numer PWZ

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwa firmy

Województwo

Powiat

Gmina/dzielnica

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy, miejscowość _ _ - _ _ _

Telefon

Faks/e-mail

Miejsce, data

Podpis

Inwestycyjny poradnik inflacyjny

Fot. licencja OIL w Warszawie

GROSZ DO GROSZA, A BĘDZIE KOKOSZA. NIBY WSZYSTKO SIĘ ZGADZA, A JEDNAK COŚ UWIERA: LUDOWE MĄDROŚCI – SKĄDINĄD TRAFNE – NIE UWZGLĘDNIAJĄ INFLACJI. A ONA JEST NAJWIĘKSZYM WROGIEM OSZCZĘDNOŚCI. JAK ZATEM OCHRONIĆ PRZED NIĄ PORTFEL? PRZYJRZYJMY SIĘ ISTNIEJĄCYM ROZWIĄZANIOM.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bartyzel

Najbardziej widocznym skutkiem inflacji jest wzrost cen, z czego wynika spadek siły nabywczej pieniądza. W praktyce za tę samą kwotę możemy kupić mniej towarów i usług. Codzienne wydatki zwiększają się, portfel chudnie, a pieniądze trzymane w ceramicznej słoiczku drastycznie tracą na wartości. Oszczędności leżakujące na bankowych kontach wcale nie mają się lepiej. Dlaczego? Bo ze względu na rosnącą inflację, tracą na wartości. Dzisiejsze „wysoko oprocentowane” konta oszczędnościowe i lokaty nie oferują więcej niż 5–7 proc. Kwota, jaką możemy na nich zdeponować, obwarowana jest górnym limitem, np. 3 tys. zł, lub koniecznością posiadania i prowadzenia konta osobistego w danym banku. Jeśli do tego dodamy podatek Belki, to cóż, po prostu straciliśmy trochę mniej niż kolega, który trzyma gotówkę w skarpecie. Czy i jak możemy pomnożyć oszczędności? Zdaniem specjalistów nie ma jednej skutecznej metody. Każda wiąże się ze zwiększonym ryzykiem albo ze znikomym lub zerowym zyskiem, a nastroju nie poprawia widmo recesji. Choć wydaje się, że obecnie inwestorzy poszukują nie tyle zysku, ile możliwości takiego ulokowania gotówki, aby nie traciła na wartości.

AKCJE CZY OBLIGACJE?

Odpowiedź brzmi: to zależy. Jeśli nie lubimy ryzyka i szukamy bezpiecznego sposobu ulokowania pieniędzy, powinniśmy postawić na obligacje emitowane przez Skarb Państwa.

Dlaczego? Bo wówczas jedyną sytuacją, która sprawi, że zostaniemy z niczym, jest bankructwo państwa. Jednak nie wszystkie obligacje pomogą zabezpieczyć gotówkę w dobie kroczącej inflacji. Ryzyko inwestowania w obligacje o stałym oprocentowaniu wynika ze zmian stóp procentowych i dotyczy inwestorów, którzy te obligacje zamierzają sprzedać przed datą wykupu. Jeżeli stopy procentowe rosną, spadają rynkowe ceny obligacji. Produkty takie jak obligacje indeksowane stopą referencyjną NBP przy obecnym stanie inflacji pozwolą jedynie stracić mniej niż na klasycznym koncie oszczędnościowym. Podobnie jest w przypadku obligacji stałoprocentowych. Dlatego ciekawą opcją są detaliczne obligacje indeksowane inflacją, które umożliwiają wypracowanie zysku i ochronę funduszy przed inflacją, w sytuacji, kiedy ona rośnie. Nie istnieje ryzyko niższej ceny w przypadku wcześniejszej sprzedaży, bo cena jest stała. Oprocentowanie jest zmienne, oblicza się je, powiększając wartość inflacji o marżę w wysokości 1–1,25 proc. Odsetki wypłacane są po każdym rocznym okresie odsetkowym. I choć w pierwszym roku nie wypracujemy zysku ponad inflację (bo na każdy rok jest ustalane oprocentowanie wyjściowe), przy założeniu, że wysoka inflacja nie opuści nas tak szybko, ta opcja zdecydowanie jest warta rozważenia. Osobom chętniej podejmującym ryzyko specjaliści doradzają inwestowanie w akcje, przynoszą bowiem największy potencjalny zysk. Często pada pytanie, czy warto inwestować w akcje spółek energetycznych,

paliwowych lub gazowych? Należy pamiętać, że rynek akcji jest cykliczny, tzn. szczytowa wartość akcji w końcu zaczyna spadać i odwrotnie. W dużym uproszczeniu – akcji raczej nie kupuje się, gdy są drogie. Jednak specjaliści twierdzą, że Polacy mają tendencję do inwestowania w to, co modne, nie analizując całej sytuacji na rynku, i podkreślają, że „nie kupuje się historycznych wyników”. Ponadto sektory paliwowo-energetyczny i surowcowy są specyficzne, ściśle podlegają czynnikom politycznym. Jeśli myślimy o takim inwestowaniu, konieczne jest odrobienie pracy domowej, czyli zapoznanie się z historyczną stopą zwrotu danej jednostki, choć nie powinniśmy inwestować tylko w oparciu o nią. Gra na giełdzie bez wiedzy i szerokiej znajomości praw, które nią rządzą, przyniesie więcej szkody niż pożytku. Dlatego potrzebujemy indywidualnego doradcy inwestycyjnego albo powinniśmy zdecydować się na...

FUNDUSZE INWESTYCYJNE

Tylko jak wybrać ten idealny? Przede wszystkim, na co zwracając uwagę eksperci, podstawą dobrego inwestowania jest dywersyfikacja portfela. W praktyce oznacza to lokowanie oszczędności w różnych typach produktów finansowych i nie tylko. Dywersyfikować pieniądze możemy ze względu na czas – wybierając długo- i krótkoterminowe produkty, rynki, na których inwestujemy – polski, azjatycki, amerykański, lub ze względu na aktywa – akcje, obligacje *etc.* Fundusz inwestujący w różne rynki z reguły będzie mniej ryzykowny niż inwestujący jedynie w jednym regionie. Ponadto mieszanie obligacji z akcjami o zwiększonym ryzyku inwestycji także zapewnia poduszkę bezpieczeństwa. Coraz większą popularnością cieszą się ETF. To rodzaj funduszy inwestycyjnych indeksowych, co znaczy, że inwestują w oparciu o określony indeks, np. WIG, we wszystkie akcje firm w takich samych proporcjach jak ich udziały w indeksie. Są zarządzane pasywnie, dzięki czemu koszty zarządzania nimi są niskie w porównaniu z notowanymi w przypadku klasycznych funduszy. Co za tym idzie ETF jest tani, więc możemy kupić więcej. Jednak nie wszystko złoto, co się świeci. Zdaniem ekspertów brak aktywnego zarządzania może pozbawić inwestora korzyści płynących z selekcji instrumentów czy dostosowania portfela do warunków rynkowych.

ZŁOTO, SZTUKA, NIERUCHOMOŚCI

Inwestowanie w nieruchomości to dobry sposób na ucieczkę przed inflacją w przypadku dużych oszczędności. Jednak nie zawsze uratuje je przed dewaluacją. Istnieje również ryzyko przestoju na rynku lub braku możliwości sprzedaży działki czy mieszkania w satysfakcjonującej cenie. Z tego powodu mówimy o nieruchomościach w kategorii aktywa niepłynnego, czyli takiego, w przypadku którego potrzeba czasu, aby wyjąć z niego pieniądze. Coraz bardziej popularne inwestowanie w sztukę jest ciekawym i cieszącym oko rozwiązaniem, ale obciążonym niemałym ryzykiem. Aby nie dać się nabić w butelkę, potrzebujemy ekspertyzy i odpowiednich certyfikatów. Inaczej może się okazać, że zamiast zarobić, utopiliśmy grube pieniądze. I ostatnie, choć nie najmniej ważne, czyli złoto.

Wszyscy wydają się być zgodni, że złoto jest najbardziej bezpiecznym z dostępnych na rynku aktywów w kryzysowych czasach. Oczywiście, sytuacja nie jest zero-jedynkowa. Istnieje pewna zależność między kursem złota a rzeczywistą stopą procentową pomniejszoną o inflację. Kiedy rzeczywista stopa procentowa spada, wartość złota rośnie. W lutym tego roku złoto zaliczyło wzrost wartości kursu o 6 proc. To największy skok od 2021 r. Złoto rośnie w siłę także wtedy, gdy cena ropy naftowej idzie w górę. Pozostaje jeszcze kwestia jego podaży – surowce się wyczerpują, a to także powoduje wzrost ceny uncji złota. Niektórzy sugerują, że warto przechowywać w złocie co najmniej od 10 do 20 proc. wszystkich oszczędności.

ZASOBNY EMERYT

Według danych statystycznych zaledwie 10 proc. Polaków korzysta z dodatkowych zabezpieczeń emerytalnych, w postaci IKZE czy IKE, choć zgodnie z prognozami podstawowe świadczenia emerytalne za 20–30 lat będą bardzo niskie. IKZE to Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego powstałe w 2012 r. Jednak dopiero po nowelizacji prawa w 2013 r. stało się ciekawą i atrakcyjną formą gromadzenia kapitału emerytalnego. Jest obwarowane rocznym limitem wpłat (niższym niż w IKE), tj. 120 proc. prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia w danym roku dla osób fizycznych i 180 proc. dla osób prowadzących działalność gospodarczą, artystów i przedstawicieli wolnych zawodów. Wypracowany zysk jest zwolniony z podatku Belki. Część lub całość zysku możemy wypłacić przed ukończeniem 65. roku życia, jednak wtedy nie będziemy zwolnieni z podatku. Zgromadzone środki podlegają dziedziczeniu, mogą także stać się wkładem własnym w momencie starania się o kredyt. Dodatkową korzyścią, która odróżnia IKZE od IKE, jest możliwość odliczenia zainwestowanych środków w danym roku od podstawy opodatkowania. Z kolei w przypadku IKE łatwiej przewidzieć, ile procent zysku wypłaci emeryt, ponieważ nie odprowadzi podatku dochodowego. Z IKZE wypłacimy zysk pomniejszony o podatek dochodowy, którego stawki mogą się w przyszłości zmienić. Jednocześnie możemy oszczędzać na IKE i IKZE. Indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego otworzymy w banku, zakładzie ubezpieczeń, TFI, a także w domu maklerskim. Co ciekawe, zaledwie 10 proc. aktywnych IKE znajduje się pod opieką podmiotów prowadzących działalność maklerską, choć one w ramach IKZE wypracowały dotąd najwyższe zyski dla swoich klientów. IKZE i IKE, w przeciwieństwie do wielu innych produktów emerytalnych, przynoszą więcej korzyści oszczędzającemu niż sprzedającemu, a ulga podatkowa i zwolnienie z podatku od zysków kapitałowych uszczuplają budżet państwa. Być może dlatego nie są szeroko reklamowane.

Chcąc zadbać o swój portfel, umieścimy w nim różnorodnie aktywa. Dzięki temu zwiększymy szansę na zysk, ale i zabezpieczymy część pieniędzy. Wybierajmy zarówno opcje, które w razie potrzeby łatwo spieniężyć, jak i te, które będą długoterminową przechowalnią naszych oszczędności. Rachujmy rozsądnie i nie stawiajmy wszystkiego na jedną kartę. ●

Sposób na podwyżkę



W POLSCE TEMAT PIENIĘDZY POSTRZEGANY JEST W KATEGORIACH TABU. ALE CZY TYLKO DLATEGO WIELU LEKARZY CZUJE DYSKOMFORT NA SAMĄ MYŚL O ROZMOWIE W SPRAWIE WYŻSZEGO WYNAGRODZENIA? JAKIE CZYNNIKI MOGĄ ZWIĘKSZYĆ LUB ZAPRZEPAŚCIĆ SZANSĘ NA POMYŚLNY WYNIK NEGOCJACJI Z PRACODAWCĄ? SŁOWEM, JAK ROZMAWIAĆ O PODWYŻCE W OCHRONIE ZDROWIA?

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

PERFEKCYJNY DOKTOR JUDYM

Aby rozpocząć rozważania na temat dobrze przeprowadzonej rozmowy o zwiększeniu pensji, warto poznać czynniki, które sprawiają, że rozmowa z przełożonym spędza wielu sen z powiek, i które – nierzadko – skutecznie utrudniają nam podjęcie takiej próby. Rozmowy o podwyżce są trudne. Często to wieloetapowe, twarde negocjacje. Trzeba mieć tego świadomość, ale i odwagę, aby się na nie zdecydować. Dlatego wśród pracowników panuje przekonanie (a raczej oczekiwanie), że to pracodawca powinien przejąć inicjatywę. – *Chcemy być doceniani* – mówi Urszula Zajac-Pałdyna, ekspertka z dziedziny HR, autorka bloga „HR na obcasach”. – *Życzylibyśmy sobie, aby pracodawca zauważył naszą wytężoną pracę oraz poszerzający się obszar kompetencji. Oczywiście, chętniej widzielibyśmy w takiej sytuacji, bo idąc na spotkanie mielibyśmy zagwarantowany korzystny wynik rozmowy. Jednak w przypadku pracowników ochrony zdrowia nie tylko milczenie pracodawcy stanowi problem. – Zawody medyczne to zawody pomocowe, które cechuje perfekcjonizm oraz tendencja do samopoświęcania się* – twierdzi Karolina Wincewicz-Cichecka, psycholog i job-coach z Centrum Terapii Dialog. – *Ważne jest poczucie sensu wykonywanej pracy oraz idea pomagania innym. Zarobki schodzą często na drugi plan. Taki syndrom doktora Judyma.*

ODWAGA NIE POLEGA NA TYM, ŻEBY NIE ODCZUWAĆ LĘKU

Również cechy osobowości w dużym stopniu wpływają na przebieg rozmowy z pracodawcą, a nawet na samo podjęcie decyzji o niej. Osoby z wysoką samooceną mają lepszą motywację, aby zainicjować rozmowę o finansach. Cechuje je wytrwałość w działaniach, ale także – co potwierdzają badania – trudniej je zmanipulować. One także odczuwają stres, ale lepiej go opanowują. – *Łatwiej im żyć z przekonaniem, że jest coś ważniejszego niż lęk* – podkreśla Karolina Wincewicz-Cichecka. Natomiast osoby nieśmiałe często muszą zmierzyć się z własnym przekonaniem, że nie zasługują na wyższe wynagrodzenie. Tego typu myśli napędzają stres, który daje o sobie znać także w zewnętrznych objawach: zwiększa się potliwość ciała, pojawia się brak koordynacji ruchów, rozbiegany wzrok, nerwowy śmiech. W wielu przypadkach osoby mniej pewne siebie po prostu rezygnują z walki o podwyżkę. – *Możemy mieć umiejętność negocjowania, przeprowadzania rozmów, ale nasilone emocje przeszkadzają nam w ich wykorzystaniu. Do pewnego poziomu stres będzie motywatorem, lecz jeśli emocje z niego wynikające będą nas zalewały, osiągną bardzo wysoki poziom, nastąpi blokada tych kompetencji* – kontynuuje Wincewicz-Cichecka.



ŻABA W GORĄCEJ WODZIE KĄPANA VS WORK LIFE BALANCE

Nie zawsze długi staż, choć może być argumentem za, jest naszym sprzymierzeńcem. – *Wielu pracodawców docenia lojalność oraz długi staż pracy lekarzy. Są jednak placówki, które chcąc przyciągnąć lekarzy, oferują im na starcie wyższe pensje. Oczywiście, to nie fair, ale tak bywa na rynku. Dopóki stawki wynagrodzenia w Polsce nie będą jawne, taka sytuacja niestety będzie miała miejsce* – komentuje Zając-Pałdyna. Osoby pracujące krócej często chętniej inicjują rozmowy o podwyżce wynagrodzenia niż wieloletni pracownicy. Nowi patrzą na wszystko świeżym okiem i z dystansu. W przypadku tych, którzy się zasiedzieli, zdaniem psychologów zachodzi tzw. syndrom gotującej się żaby: warunki, w których funkcjonują, stopniowo zmieniają się na gorsze, a oni się do nich przyzwyczajają. Aż nadchodzi moment, kiedy nie są już w stanie wyrwać się z sytuacji. Do tego dochodzą różnice pokoleniowe, bowiem kiedyś praca determinowała wartość człowieka. Dziś nadal jest znacząca, ale nie stanowi głównej wartości w życiu młodych ludzi, którzy wyznają ideę *work life balance*. Są też bardziej asertywni, pewni siebie i stawiają na samorozwój. Jednak bez względu na wiek, staż pracy czy cechy osobowości podstawą jest to, na ile ceni się swoją pracę. Jeśli lekarz uważa, że dużo wnosi do pracy placówki, że jego wkład znacząco wpływa na poprawę jakości jej usług, z pewnością prędzej czy później zainicjuje rozmowę z przełożonym.

TRÓJKĄT SUKCESU: CZAS, ARGUMENTY I PLAN B

Pewność siebie, zdolności interpersonalne, znajomość technik negocjacyjnych nie zapewnią nam sukcesu, jeśli nie uwzględnimy tych trzech czynników. – *Rozmowę z pracodawcą warto zainicjować wtedy, gdy łatwo będzie nam uar-*

gumentować powód zwiększenia zarobków – zdobycie nowych umiejętności, większa specjalizacja, samodzielność, zyskanie doświadczenia. Trzeba również zaplanować odpowiedni czas na spotkanie – doradza Urszula Zając-Pałdyna. Duże znaczenie ma atmosfera spokoju i zamknięta przestrzeń. Nie najlepszy jest moment, kiedy kondycja placówki się pogorszyła. Choć argumenty dotyczące naszej sytuacji życiowej nie będą brane pod uwagę przez pracodawcę, w przypadku gorszej sytuacji firmy pracodawca będzie mniej skłonny do przyznania wyższego wynagrodzenia. Kluczowe jest jednak dobre przygotowanie do rozmowy. Najlepiej spisać sobie wszystkie argumenty, które przemawiają za nami. Dokładna analiza umowy, którą podpisaliśmy, i systemu wynagrodzeń, jaki obowiązuje w firmie, może być punktem wyjścia. Musimy mieć jasno sprecyzowane cele, tzn.: o ile chcemy zwiększyć swoje wynagrodzenie i jaką minimalną kwotę jesteśmy skłonni zaakceptować. Miejmy świadomość tego, że nie skończy się na jednym spotkaniu, i powinniśmy mieć już ustalone kolejne terminy. Pewna elastyczność również jest wskazana, bo być może nie uda nam się wynegocjować podwyżki, ale zyskamy inne benefity, a kolejną rozmowę odłożymy na później. Urszula Zając-Pałdyna podkreśla: – *Skupmy się podczas rozmowy na argumentach, które jasno i wyraźnie pokażą, że np. robimy więcej, jesteśmy bardziej samodzielni, mamy wyższe kompetencje, a tym samym placówka, w której jesteśmy zatrudnieni, zyskuje. Nie warto uzasadniać starań o podwyżkę tym, że ktoś zarabia więcej. Nie będzie to mile widziane. Idąc na rozmowę o podwyżce, nie zakładamy, że zostaniemy zwolnieni, ale liczymy się z ewentualnością, że nie uzyskamy tego, po co idziemy. Dlatego musimy wiedzieć, co w takiej sytuacji zrobimy. Znajomość aktualnych warunków na rynku pracy, sprawdzenie możliwości zatrudnienia w innych placówkach są obowiązkowe. W dużym stopniu wpłyną na naszą pewność siebie i samopoczucie podczas rozmowy. Zupełnie inaczej negocjuje się z planem B w kieszeni.* ●

Bezradni



Fot. archiwum

PRAWIE NIC W POLITYCE, A ZATEM W HISTORII, NIE DZIEJE SIĘ Z MINUTY NA MINUTĘ ANI NAWET Z DNIA NA DZIEŃ. NAJCZĘŚCIEJ OBSERWUJEMY PROCESY, O KTÓRYCH GENEZIE HISTORYCY MOGĄ PISAĆ GRUBE TOMY OPRACOWAŃ.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

Nawet wydarzenia tak oczywiste jak Bitwa Warszawska nie są punktem na osi czasu, ale składają się z wielu drobniejszych pojedynczych zdarzeń, które (w przypadku wspomnianej bitwy) miały miejsce i przed 15 sierpnia, i po tej dacie w 1920 r. Tak jest najczęściej – to historycy „decydują”, kiedy coś było. W dzisiejszych czasach niekiedy tę „decyzję”, którą inni akceptują, podejmują dziennikarze. Przykładowo, to historycy zdecydowali, że II wojna światowa rozpoczęła się 1 września 1939 r. w Polsce, a nie wcześniej w Austrii czy Czechach lub później, gdy Hitler najechał Sowiety. Zresztą „ustalenie”, że wojna zaczęła się w Polsce, było onegdaj wielkim sukcesem, szczęściem w nieszczęściu. Zwracało bowiem uwagę na wielką krzywdę, jaka spotkała Polaków podczas tej wojny.

Usłyszawszy, że wojna zaczęła się 1 września, nie zastanawiamy się już za każdym razem nad tymi wszystkimi szczegółami. Po prostu przyjmujemy do wiadomości, że tak było, i koniec. Nasza głowa potrzebuje magii dat i liczb, potrzebuje tych wszystkich uproszczeń, choćby do wspomnień i podsumowań.

Na tej zasadzie zapamiętamy czwartek 24 lutego 2022 r. Tak naprawdę wojna Rosji przeciw Ukrainie trwała już od lat. Na pewno od 2014 r.,

czyli zajęcia ukraińskiego Krymu i wsparcia dywersji separatystów w Donbasie. Wielu ludziom w głowach zostanie 24 lutego – początek nowej fazy wojny, od którego mija właśnie pół roku.

Sześć miesięcy żyjemy już w świecie codziennych informacji o wojnie w pobliżu granicy, z milionami uchodźców, którzy w znacznej mierze zmienili i nasze życie. Nie była to zmiana na „wygodniej”. Może najważniejszym sprawdzianem, przez jaki przeszło społeczeństwo polskie, było właśnie przeżycie tej zmiany bez grymaszenia. A przecież w ciągu tego pół roku, co nas skłania do refleksji, musiały się zmienić nasze szkoły, szpitale i przychodnie, zasady działania komunikacji miejskiej itd. My tej wojny na swój sposób dotknęliśmy. A mimo że – jeśli nie liczyć Ukraińców – to my, Polacy, jesteśmy najbliżej tej wojny i niby wszystko o niej potrafimy powiedzieć, chyba jedno nam umyka. To, co może najlepiej widać z oddali: to nie jest tylko wojna Rosji z Ukrainą, to wojna Rosji z całym Zachodem. Wojna „o wszystko”, wojna, której końca nie znamy, ale wiemy, że ona jeszcze potrwa. Wojna, której koniec wyznaczy kiedyś jakiś historyk lub dziennikarz. Ale kiedy to będzie? Jaką wskaże datę? Co się wtedy wydarzy? Pół roku po ataku Rosji na Kijów stoimy wobec przyszłości bezradni i niepewni. ●

Trzeba uwierzyć na słowo

WYPISYWANIE RECEPT DLA OBYWATELI UKRAINY, KTÓRZY WYMAGAJĄ STAŁEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW, A NIE MAJĄ ODPOWIEDNIEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z KRAJU POCHODZENIA, ZESZŁO DO SZAREJ STREFY. CZY LEKARZ MA PRAWO WYSTAWIĆ DOKUMENT UPRAWNIAJĄCY DO REFUNDACJI, JEŚLI W KWESTII ZAPOTRZEBOWANIA MUSI PACJENTOWI UWIERZYĆ NA SŁOWO? I CZY LEKARZOWI POTEM UWIERZY NFZ?

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Wyobraźmy sobie, że przychodzi do lekarza pacjent z Ukrainy, bo kończą mu się leki, które w związku z chorobą przewlekłą przyjmuje od lat. Pominięcie dawek może poważnie zagrozić jego zdrowiu lub nawet życiu. Niestety, w jego ojczyźnie toczy się wojna, nie ma więc dostępu do dokumentacji medycznej, a postawienie diagnozy wymaga specjalistycznych badań, które zajmą wiele czasu. Zgodnie z przepisami, refundacja przysługuje, o ile lekarz w momencie wystawiania recepty diagnozuje (podkreślam to słowo: „diagnozuje”) u pacjenta schorzenie, które wymienione jest wśród objętych refundacją dla danego leku – wyjaśnia problem rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie Monika Potocka.

Jeśli w takiej sytuacji mimo wszystko lekarz wypisze receptę z refundacją, nie ma pewności, czy NFZ owej refundacji nie zakwestionuje i nie będzie oczekiwał zwrotu pieniędzy oraz uiszczenia kary umownej. Dlatego sprawa stała się przedmiotem wzmózionej korespondencji między RPL OIL w Warszawie a Ministerstwem Zdrowia. „Brak jasnych wytycznych wskazujących, jak w takiej sytuacji lekarz ma postąpić, zmierza do przerzucenia całej odpowiedzialności na lekarza” – napisała dr Potocka w liście do Departamentu Dialogu Społecznego MZ już w czerwcu tego roku. Odpowiedź, jaką skierowało do izby ministerstwo, niewiele jednak wyjaśniła. Resort zacytował w nim przepisy prawa farmaceutycznego dotyczące warunków refundacji, ale te mówiące o konieczności postawienia diagnozy pozostawił bez oczekiwanego komentarza. Niezwłocznie wysłano kolejne pismo, ponawiając prośbę o interpretację niejasnych norm prawnych.

W połowie sierpnia rzecznik praw lekarza doczekała się odpowiedzi wiceministra Macieja Miłkowskiego.

„Jeśli zlecenie odpowiednich badań, umożliwiających postawienie diagnozy, a w konsekwencji przepisania właściwych leków, w ocenie lekarza wiąże się z ryzykiem pogorszenia lub zagrożenia stanu zdrowia lub życia pacjenta (z uwagi na okres oczekiwania na wynik), diagnoza powinna zostać przeprowadzona wszelkimi dostępnymi metodami. Powyższe obejmować może wywiad z pacjentem, ocenę ryzyka, badanie przedmiotowe itd. Dany lek powinien zostać natomiast przepisany w ilości umożliwiającej prowadzenie stosownej kuracji oraz potrzebnej do czasu dokonania diagnostyki pogłębionej, weryfikującej, czy zastosowana terapia jest właściwa” – stwierdził przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. Dodał jednak: „Podkreślić należy, że odpowiedzialność za prowadzoną terapię zawsze spoczywa na lekarzu i to on, na podstawie dostępnych metod, podejmuje ostateczną decyzję o przepisaniu konkretnych leków”. Trzeba zaznaczyć, że na wstępie Maciej Miłkowski oświadczył: „Nie jest możliwe odgórne określenie zasad postępowania odnoszących się do wszystkich potencjalnych sytuacji”.

– Ministerstwo nadal, zamiast wziąć odpowiedzialność za skutki przepisów, jakie wprowadziło, chce ją przerzucić na lekarzy. A my za ewentualne zastrzeżenia NFZ w kwestii refundacji możemy potem odpowiadać finansowo. Dlatego ta odpowiedź nas nie satysfakcjonuje i będziemy działać dalej, póki nie otrzymamy jednoznacznej interpretacji – zapowiedziała Monika Potocka. ●

Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?
Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik **Moniki Potockiej** ✖ poniedziałki 10.00-14.00 ✖ czwartki 10.00-16.00

☎ tel.: 512 331 230
 ☎ tel. działu prawnego RPL: 691 224 246
 ✉ e-mail: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl

 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
 W WARSZAWIE
 Im. prof. Jana Nielubowicza

System *no-fault* a troska o dobro prawne

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW MEDYCZNYCH WEDŁUG SYSTEMU NO-FAULT NIE KOLIDUJE Z POTRZEBĄ OCHRONY DÓBR PRAWNYCH PACJENTÓW. WRĘCZ PRZECIWNIE – MOŻE PRZYCZYNIĆ SIĘ DO SYSTEMOWEJ POPRAWY OCHRONY ŻYCIA I ZDROWIA WSZYSTKICH OBYWATELI.

tekst **MIKOŁAJ MAŁECKI**



Fot. P. Urbańczyk

Nie żyjemy w próżni, nie jesteśmy wolnymi elektronami, lecz funkcjonujemy w społeczeństwie. Rodzi to określone ryzyko wynikające ze ścierania się interesów i wolności różnych osób, a zarazem przynosi obywatelom różnorakie korzyści. Jedną z nich jest możliwość lepszego zadbania o własne zdrowie i zdrowie osób najbliższych, dzięki korzystaniu z wiedzy i doświadczenia innych ludzi, systemowi państwowej opieki zdrowotnej lub prywatnej pomocy medycznej.

Zdrowie i życie człowieka są najważniejszymi, indywidualnymi dobrami prawnymi. Te wartości chronione przez system prawny, wyraźnie opisane w polskiej konstytucji. Pojęcie „dobra prawnego” spełnia szczególną rolę w prawie karnym. Ta dziedzina prawa jest nastawiona na ochronę wielu dóbr prawnych w najbardziej drastyczny sposób – reakcja prawnokarna ingeruje w prawa i wolności człowieka w poważnym stopniu, włącznie z pozbawieniem go wolności i osadzeniem w więzieniu.

Skuteczna ochrona dobra prawnego wymaga poznania rzeczywistości, w której dochodzi do jego zagrożenia. Ma to szczególne znaczenie dla rozwoju medycyny.

Dobra prawne nie są jednak „muzealnymi eksponatami”, jak pisali przed laty karniści. Zwracali uwagę, że nie da się chronić dóbr prawnych człowieka w stopniu eliminującym wszelkie ryzyko. Równałoby się to z zamarciem życia społecznego. Wchodząc

w interakcje społeczne, na co dzień narażamy i chcemy narażać własne dobra prawne na więk-

sze lub mniejsze niebezpieczeństwo. Paradoksalnie, bez pewnej dozy ryzyka wiele cennych i pożądanych działań społecznych nie byłoby w ogóle możliwych. Przykładem ruch drogowy z wykorzystaniem samochodów czy aktywność sportowa.

Społeczeństwo wypracowuje reguły postępowania z dobrami prawnymi tak, aby racjonalnie zarządzać ryzykiem i wyznaczyć granice jego akceptacji. Są to nierzadko skomplikowane reguły sztuki, jak w przypadku zabiegów medycznych wymagających wysoce specjalistycznej wiedzy. Skuteczna ochrona dobra prawnego wymaga poznania rzeczywistości, w której dochodzi do jego zagrożenia. Ma to szczególne znaczenie dla rozwoju medycyny. Wzbogacanie wiedzy o chorobach, ich etiologii, sposobach diagnozowania i leczenia pacjentów jest wartością, której nie można przecenić.

Również w przypadku udzielania pomocy medycznej nie da się całkowicie uniknąć narażenia dóbr prawnych. Niepowodzenie w leczeniu nie musi oznaczać naruszenia reguł sztuki, choć z pewnością dochodzi niekiedy do błędów w sztuce, popełnianych nieumyślnie z różnych powodów. Ze względu na potrzebę wypracowania standardów i reguł postępowania w podobnych wypadkach, istotną wartością jest ujawnienie wszystkich okoliczności danej sytuacji. W praktyce, z prawnego punktu widzenia musi to zakładać wspieranie osób zaangażowanych w dany przypadek leczniczy, by same miały motywację do wyświetlenia wszystkich

jego istotnych szczegółów, a nie narażały się na niebezpieczeństwo w postaci oskarżenia o nieumyślne przestępstwo.

Odpowiedzialność karna grozi tylko wtedy, gdy doszło do naruszenia reguł obchodzenia się z dobrem prawnym, wypracowanych w praktyce życia. Aby jednak egzekwować przestrzeganie reguł sztuki, należy je wcześniej wypracować, to zaś wymaga nieustannego poszerzania wiedzy, doświadczenia i dorobku naukowego dla dobra wszystkich obywateli.

Założenia systemu *no-fault* wpisują się w te najogólniejsze właściwości nowoczesnego prawa karnego, o którym nie myślimy już w kategoriach bezrefleksyjnej represji. Prawo karne to jeden z państwowych mechanizmów zabezpieczania dóbr prawnych człowieka. Systemu *no-fault* nie należy więc postrzegać jako ucieczki od odpowiedzialności, lecz raczej rozumieć go jako sposób budowania odpowiedzialnego prawa.

Pogorszenie stanu zdrowia konkretnego pacjenta powinno, rzecz jasna, iść w parze z otrzymaniem przez niego stosownej rekompensaty, po stwierdzeniu naruszeń w sztuce lekarskiej.

Aby jednak egzekwować przestrzeganie reguł sztuki, należy je wcześniej wypracować, to zaś wymaga nieustannego poszerzania wiedzy, doświadczenia i dorobku naukowego dla dobra wszystkich obywateli.

Odpowiedzialne myślenie o realnej ochronie dóbr prawnych powinno zarazem wspierać mechanizmy uzyskiwania wiedzy o przyczynach niepowodzenia w leczeniu oraz wyjaśnienia okoliczności ewentualnych, nieumyślnych błędów. To skutkuje ulepszeniem procedur na przyszłość. Nie jest to poświęcenie dobra jednostki na rzecz dobra ogółu, gdyż jednostka uzyskuje zadośćuczynienie za wyrządzoną jej szkodę. Równocześnie odpowiedzialne państwo

dba o podniesie poziomu życia społeczeństwa. Interesy pacjentów i lekarzy okazują się zbieżne: łączy je troska o skuteczną ochronę dóbr prawnych, której wsparcia można poszukiwać również z systemie *no-fault*. ●

Dr hab. Mikołaj Małecki
– nauczyciel akademicki w Katedrze Prawa Karnego
Uniwersytetu Jagiellońskiego,
prezes Krakowskiego Instytutu Prawa Karnego,
autor kilkuset publikacji poświęconych prawu
karnemu, twórca portalu i bloga „Dogmaty Karnisty”
obserwowanego przez ponad 64 tys. osób



Darmowe e-booki medyczne

Zeskanuj kod QR
lub wejdź na ebook.e-pzwl.pl

REKLAMA

Kwestia kultury

DYSKUSJA O EWENTUALNYM ZAOSTRZENIU KAR ZA BŁĘDY MEDYCZNE I O SYSTEMIE NO-FAULT TO W ISTOCIE ROZMOWA O BARDZO KONKRETNÝCH, TECHNICZNYCH ROZWIĄZANIACH REALNYCH SPRAW. OCZYWIŚCIE, DYSKUSJA POTRZEBNA, ALE NIEWYSTARCZAJĄCA. W PRAKTYCZNYCH KWESTIACH NIE DOJDZIEMY DO KONSENSUSU, PÓKI NIE POROZUMIEMY SIĘ W SPRAWACH IDEOWYCH CZY WRĘCZ KULTUROWYCH, NP. NIE PRZECIWSZTAWIMY KULTURZE WINY KULTURY SPRAWIEDLIWEGO TRAKTOWANIA.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Indywidualna krzywda zawsze budzi emocje. Jednak społeczne podejście do zapłaty za krzywdę zmienia się. Niegdyś zapłatę za krzywdę stanowiła zemsta na sprawcy. Wendetta była sankcjonowana nie tylko zwyczajowo, ale także systemowo. Jedno z najstarszych źródeł prawa – Kodeks Hammurabiego, uwzględniało prawo talionu, określane potocznie jako zasada „oko za oko, ząb za ząb”. Od tego czasu wiele się zmieniło. Głównym celem kary nie jest już wyrównanie rachunków (w nauce o prawie karnym określane jako „satisfakcja poszkodowanego”). Wraz z pojawieniem się naukowego podejścia do „wychowywania” przestępców z punktu widzenia ogółu społeczeństwa kluczowa stała się funkcja resocjalizacyjna kar. To konstruktywne podejście, które stanowi próbę naprawienia błędów otoczenia, które wpłynęło na niewłaściwą socjalizację skazanego i pośrednio doprowadziło do czyjejś krzywdy.

Szkody spowodowane błędami medycznymi są specyficznymi rodzajami krzywdy. W bardzo wielu przypadkach nie da się jednoznacznie określić winnego. Podobnie jak w przypadku np. katastrof cywilizacyjnych – od Czarnobyla przez wypadki lotnicze po niedawny pomór odrzańskiej fauny – liczba czynników prowadzących do błędu jest nieraz tak wielka, że można mówić w najlepszym wypadku o winie cząstkowej. Nie ma przestępcy, ale pozostaje otoczenie.

– Znakomita większość interwencji lekarskich ma na celu zmaksymalizowanie szansy na poprawę stanu pacjenta. Ale to zawsze jest szansa, a nie gwarancja. Mówiąc prościej, procedura medyczna nie jest jak instrukcja napra-

wy samochodu, gdzie każdy przypadek jest dokładnie taki sam – stwierdza w rozmowie z „Pulsem” prof. Paweł Łuków, etyk, dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.

Tyle tylko, że w takich technicznych przypadkach dużo bardziej skłonni jesteśmy zaakceptować długotrwałe dochodzenia, raporty będące podstawą nie do umieszczenia za kratami, ale do wypracowania rekomendacji i ulepszonych procedur. W przypadku błędów medycznych natomiast skupiamy się na szukaniu winnych. Ale czy dla „zemsty”?

– Wydaje mi się, że pacjenci, którzy ponieśli szkodę podczas leczenia, po prostu chcą jak najszybciej wrócić do stanu poprzedniego. Zminimalizować szkodę i zająć się swoim życiem. Przekonanie, że ludzie z reguły żyją zemstą, jest moim zdaniem błędne. Raczej chcą to, co negatywne, zostawić jak najszybciej za sobą. I nie mieć już do czynienia z lekarzami w dowolnej roli – uważa prof. Łuków.

Sądzę, że to dobry punkt wyjścia do dyskusji i z pacjentami, i z politykami nad kulturą sprawiedliwego traktowania (ang. *just culture*). To idea podejścia do konsekwencji negatywnych wydarzeń polegająca na konstruktywizmie i poszukiwaniu wniosków na przyszłość. Australijski badacz Sidney Dekker, zajmujący się systemami bezpieczeństwa, a w szczególności rolą, jaką odgrywa w nich czynnik ludzki, w książce „Just culture. Kultura sprawiedliwego traktowania. Między bezpieczeństwem a odpowiedzialnością” wymienia następujące wskazówki ułatwiające wprowadzenie owej idei:

- ◆ Jeden punkt widzenia nie może oddać sprawiedliwości i kompleksowości wydarzeń.
- ◆ Kultura sprawiedliwego traktowania nie przyjmuje niczyjego stanowiska jako jedyne prawdziwego lub słusznego.
- ◆ Kultura sprawiedliwego traktowania nie szuka prawdy absolutnej, tylko kompromisu.
- ◆ Kultura sprawiedliwego traktowania zwraca szczególną uwagę na wersję wydarzeń relacjonowanych „z pierwszej linii”.
- ◆ Kultura sprawiedliwego traktowania nie polega na osiągnięciu odgórnych celów przez wykorzystywanie innych ludzi, by odwrócić uwagę od własnych zaniedbań.
- ◆ Otwartość jest istotna.
- ◆ Ochrona tych, którzy się przyznają, ma duże znaczenie.

Ostatni punkt jest szczególnie istotny w kontekście rozważań nad karną odpowiedzialnością za błędy medyczne. Nie stworzymy konstruktywnego systemu, jeśli jego uczestnicy będą się bali otwarcie mówić o swoich błędach (nie tylko kardynalnych, ale także drobnych, nierodzących tragicznych konsekwencji), jeśli nie będą mieli poczucia, że ich samokrytyczne podejście nie zaowocuje napiętnowaniem.

– *Pamiętajmy, że lekarz może postąpić właściwie, przestrzegać wszystkich reguł, a mimo to nie odnieść sukcesu terapeutycznego, a pacjent ponieść szkodę. Ale czy szkoda ma charakter zawiniony, czy możemy wskazać niedbalstwo, brak koniecznej wiedzy czy cho-*

ciażby pijaństwo w czasie pracy? To osobne pytania – przypomina prof. Paweł Łuków. To też pytania trudne. Spójrzmy np. na problem pijaństwa. Nie ulega wątpliwości, że nie można pracować pod wpływem alkoholu i takie zachowanie trzeba potępiać. Ale nawet w tak oczywistym przypadku należy zadać pytania dodatkowe: co spowodowało, że medyk popadł w problem alkoholowy? Nadmierny stres? Mobbing w miejscu pracy? Przepracowanie? Brak odpowiedniego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego? A co z innymi stanami fizycznymi, których skutki są podobne do spożycia alkoholu? Badania wskazują, że po 17 godzinach bez snu organizm funkcjonuje jak u osoby mającej 0,5 promila w wydychanym powietrzu. Tymczasem 24-godzinne dyżury są w naszym systemie ochrony zdrowia normą. Lekarz, pielęgniarka czy ratownik nieraz jest więc zmuszany do pracy w warunkach zagrażających zdrowiu, a nawet życiu pacjentów. Siłą rzeczy jego wina niemal w każdym przypadku błędu będzie cząstkowa, prawie nigdy stuprocentowa.

Just culture jest ideą, którą z powodzeniem realizuje się w lotnictwie – w nazimnej kontroli lotów i wśród pilotów (wspomniany Sidney Dekker sam jest pilotem, a w swojej książce posługuje się często przykładami z lotnictwa i z... medycyny). Pilot zaś jest trochę jak saper. Bywa, że jego pierwsza pomyłka jest ostatnią. Lekarz może się pomylić wiele razy. I dla niego, i dla społeczeństwa lepiej więc będzie, żebyśmy na owych błędach potrafili się uczyć wszyscy i wszyscy wyciągali z nich konstruktywne wnioski, zamiast ukrywać je i przerzucać się winą. ●

VANITYSTYLE
TIME FOR ACTION

FitProfit FitSport

Dołącz do świata zdrowia i dobrych emocji!

Pobierz darmową aplikację **VanityStyle** i rejestruj wizyty w tysiącach obiektów sportowych z Twoją Kartą FitProfit oraz FitSport

Sprawdź szczegóły i zapisz się do programu już teraz!

tiny.pl/wxlbc

REKLAMA



II Lekarski Spływ Kajakowy

STOLICA Z INNEJ PERSPEKTYWY, PRZYGODA, ALE PRZED W SZYBOKIM ZDROWA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA. NA POCZĄTKU LIPCA LEKARZE Z NASZEJ IZBY WZIĘLI UDZIAŁ W SPŁYWIE KAJAKOWYM WISŁĄ. ZORGANIZOWAŁA GO KOMISJA DS. SPORTU OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ.

Trasa, podobnie jak w ubiegłym roku, miała początek przy Plaży Romantycznej w warszawskim Wawrze. Uczestnicy zostali zapoznani z zasadami bezpieczeństwa, a potem ruszyli na jedenastokilometrowy spływ. Szlak pozwolił podziwiać Warszawę z innej, nieznannej dla wielu strony.

Gdy kajakarze dopłynęli do mety, dołączyli do nich kolejni uczestnicy imprezy wraz z dziećmi. Nie zabrakło grilla i licznych atrakcji. Dużą popularnością cieszył się rejs motorówką wzdłuż bulwarów wiślanych (spod mostu Łazienkowskiego do wysokości Zamku Królewskiego), z przystankiem na wyspie pod jednym z filarów mostu Poniatowskiego. ●



Spotkania matek lekarek

Każdego dnia łączą obowiązki lekarskie z opieką nad dziećmi. Podczas „Letnich wieczorów matek lekarek w OIL w Warszawie” miały okazję wymienić się doświadczeniami, obserwacjami, radościami i tym, co czasem trudne w byciu mamą lekarką. Spotkania przeprowadzono w duchu prozdrowotnym – wieńczyły je zajęcia ruchowe. Ich organizatorem był Zespół ds. Matek Lekarek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. ●



XXI Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy



Fot. W. Cerański

W SKŁUDZEWIE, W OKOLICY TORUNIA, DZIAŁA FUNDACJA PIĘKNIJSZEGO ŚWIATA PROWADZONA PRZEZ DANUĘ SOWIŃSKĄ-WARMBIER I LESZKA WARMBIERA. W KOŃCU CZERWCA 2022 R. NA JEJ TERENIE ODBYŁ SIĘ XXI OGÓLNOPOLSKI PLENER MALUJĄCYCH LEKARZY.

Plener, pod auspicjami Komisji Kultury NRL i Komisji ds. Kultury ORL, zgromadził 19 uczestników. Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowali: Anna Boszko, Anna Grzybowska, Katarzyna Chojnacka-Pniewska, Katarzyna Kwarecka, Anita Gębska-Kuczerowska, Wiktoria Mikulska, Stefan Welbel i Włodzimierz Cerański, który był jednocześnie komisarzem pleneru. Powstały 82 prace o bardzo dużych walorach artystycznych.

Podczas spotkania do uczestników dotarła wiadomość o nominacji Anity Gębskiej-Kuczerowskiej na profesora uniwersyteckiego UKSW, co uświetniło imprezę. ●

II Ogólnopolski Konkurs Literacki
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
O ZŁOTE PIÓRO ASKLEPIOSA*

temat:
„Mistrz – uczeń w medycynie”
nadsyłanie prac (poezja, proza) do 30 września

Komisja Kultury
WARSZAWA
IZBA DLA LEKARZY

izba-lekarska.pl

Regulamin konkursu

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



HARMONOGRAM ZAJĘĆ

Wykład inauguracyjny, pt. „Idea, powstanie, rozwój i przyszłość uniwersytetów trzeciego wieku”,
wygłosi **4.10.2022 r.** o godz. 11.00 prof. dr hab. Waldemar Wierzbą
(sala na parterze budynku OIL w Warszawie).

**Oto terminy i tematy kolejnych wykładów,
które planowane są w I semestrze roku akademickiego 2022/2023:**

18.10.22 r. „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej”
– dr Bohdan Zdziennicki, sędzia TK w stanie spoczynku

8.11.22 r. „COVID-19 – epidemia globalna”
– dr Piotr Wasilewski

22.11.22 r. „Medycyna stylu życia a zdrowa starość”
– prof. dr hab. Jarosław Pinkas

6.12.22 r. „Wybrane aspekty operacji wojskowych poza granicami kraju widziane oczami uczestnika”
– płk rez. Leszek Laszczak

13.12.22 r. Spotkanie przedświąteczne

10.01.23 r. „Podróże Fryderyka Chopina po Polsce i Europie”
– Marita Juares

24.01.23 r. „Czym jest dziedziczenie ustawowe, czym testamentowe, czym zaś jest wydziedziczenie”
– adwokat Jerzy Krzywicki

7.02.23 r. „Zdrowie publiczne – współczesne wyzwania społeczne”
– prof. dr hab. Alfred Owoc

Planowane są również zajęcia na basenie i w sali gimnastycznej, wyjścia do teatrów, muzeów oraz wycieczki.
Udział w inauguracji oraz zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.

W związku z dużą liczbą chętnych i wyczerpaniem się miejsc
na zajęcia organizowane przez LUTW „Nestor” OIL w Warszawie zdecydowała
o tymczasowym zakończeniu zapisów. Ich wznowienie może nastąpić jesienią.

W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-55.

WETERZE

W LIPCU I SIERPNIU BRANŻOWE MEDIA DUŻO MIEJSCA POŚWIĘCAŁY DEBACIE O SYSTEMIE NO-FAULT ORAZ DOBRYM PRAKTYKOM W MIEJSCU PRACY LEKARZY. STANOWISKA PRZEDSTAWICIELI OIL W WARSZAWIE, WSPIERAJĄCYCH INICJATYWY ANTYMOBBINGOWE ORAZ SYSTEM NO-FAULT, NIEJEDNOKROTNI STANOWIŁY W TYCH KWESTIACH GŁOS EKSPERCKI. CZŁONKOWIE IZBY KOMENTOWALI PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE ORAZ SYTUACJĘ EPIDEMICZNĄ.

opracowanie ADRIAN BOGUSKI

ODPOWIEDZIALNOŚĆ I PRAWA LEKARZY

□ W rozmowie z portalem **PulsMedycyny.pl** Piotr Pawliszak, p.f. prezesa ORL w Warszawie, podkreślał zasadność uznania mobbingu za przewinienie zawodowe: „(...) Teza, że samorząd zawodowy bardziej liberalnie niż Prokuratura Krajowa podchodzi do karania medyków za przewinienia zawodowe, nie znajduje potwierdzenia w liczbach. Szkoda jedynie, że takie dane rzadko przebijają się do publicznej wiadomości, na skutek czego rozpowszechnia się przekaz niesprawiedliwy dla pionu odpowiedzialności zawodowej i całego samorządu. W mojej ocenie samorząd, w tym pion odpowiedzialności zawodowej, powinien szerzej, niż ma to miejsce obecnie, zająć się monitorowaniem zjawiska mobbingu. Dlatego za tak istotne uważam uwzględnienie mobbingu w Kodeksie Etyki Lekarskiej, jako zawodowego przewinienia. Twierdzenie, że takie sprawy »zamiatane są pod dywan«, również jest krzywdzące. Chciałbym przypomnieć o niedawnym odwołaniu jednego z wiceprezesów NRL VIII kadencji, którego sąd pracy skazał prawomocnie za mobbing. Został on za to przewinienie również prawomocnie skazany przez Naczelny Sąd Lekarski, którego orzeczenie podtrzymał Sąd Najwyższy”.

□ Słowa Piotra Pawliszaka, dotyczące potrzeby wprowadzenia systemu no-fault, cytował serwis **Termedia.pl**: „Dla mnie system no-fault to forma umowy społecznej połączona z kreowaniem kultury bezpieczeństwa, która powinna zastąpić obecną od lat »kulturę« obwiniania i strachu”. Wypowiedź cytował także serwis **Podyplomie.pl**.

□ „Gazeta Lekarska” również prezentowała opinię Piotra Pawliszaka na temat systemu no-fault: „W Polsce próbuje się pociągać lekarzy do odpowiedzialności karnej z art. 155, 156 i 160 kodeksu karnego. Jednak z danych Prokuratury Krajowej wynika, że wśród wszystkich spraw o tzw. błędy medyczne, zakończonych wydaniem decyzji merytorycznej, tylko w około 7 proc. przypadków skierowano do sądu akt oskarżenia lub wnioski o dobrowolne poddanie się karze. (...) Przekonanie, że surowe karanie lekarzy (pojawiające się m.in. w kontekście prób

zaostżenia art. 155 k.k.) zmniejszy prawdopodobieństwo występowania niepożądanych zdarzeń medycznych, jest błędne”.

□ O spotkaniu RPO Marcina Wiącka z delegacją ORL w Warszawie: Piotrem Pawliszakiem, Piotrem Winciunąsem i Sebastianem Stykowskim, w sprawie systemu no-fault pisał serwis **Termedia.pl**: „Rozmawiałem o systemie no-fault z prezesem NRL Łukaszem Jankowskim i p.f. prezesa ORL w Warszawie Piotrem Pawliszakiem. Podczas spotkań przedstawiono mi podstawowe założenia przygotowywanego przez samorząd lekarski projektu w tym zakresie”.

□ O kondycji psychicznej medyków dla portalu **Polityka-Zdrowotna.com**. mówiła pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy OIL w Warszawie Magdalena Flaga-Łuczkiwicz.

PRAWO I SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

□ O problemie hospitalizacji w okresie letnim z **Wyborczą.pl** rozmawiał wiceprezes ORL Tomasz Imiela: „Zbyt wysoka temperatura w pomieszczeniu może pogorszyć przebieg hospitalizacji. (...) W przypadku schorzeń kardiologicznych to może mieć zasadniczy wpływ na przebieg leczenia”.

□ Michał Gontkiewicz, członek Prezydium ORL w Warszawie, w rozmowie z serwisem **Termedia.pl** komentował rządowy pomysł wprowadzenia rejestru ciąży: „Rejestracja ciąży w systemach medycznych to doskonałe narzędzie agregujące informacje o stanie zdrowia pacjenta. Może być świetną pomocą dla medyka, zapewniając szybki dostęp do danych, ale ryzyko niewłaściwego ich wykorzystania istnieje”.

□ O inicjatywie dotyczącej wprowadzenia dodatkowych wersji językowych zaświadczeń zawodowych informował portal **Podyplomie.pl**: „P.f. prezesa ORL w Warszawie Piotr Pawliszak zwrócił się do prezesa NRL o korektę uchwały NRL z 2007 r. dotyczącej zaświadczeń i o wprowadzenie dodatkowych, angielskojęzycznych i hiszpańskojęzycznych wersji zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe do pracy w pań-

stwach UE. (...) Piotr Pawliszak zaapelował do NIL o zainicjowanie na forum Światowego Towarzystwa Medycznego (WMA) procesu ujednoczenia reguł weryfikacji takich zaświadczeń w krajach zrzeszonych w tej organizacji". O apelu pisały także **RynekZdrowia.pl** oraz **Infodent24.pl**.

□ Piotr Pawliszak na antenie **Polsatu** mówił o fałszowaniu zaświadczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych: „(...) dość duże znaczenie ma pragmatyzm, bo trzeba jechać do miasta, zawieźć trzy próbki... Dla osoby z małej miejscowości są to koszty dojazdu i koszty analizy tych próbek, a fałszywe zaświadczenie można kilkakrotnie taniej nabyć, otrzymać kurierem do domu. Koszty i czas są tu decydujące, zwłaszcza dla osób, które decydują się na pracę sezonową (...) Można jednak potwierdzić autentyczność orzeczenia, sprawdzając chociażby pieczętkę lekarza, numer jego prawa wykonywania zawodu w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów”.



□ O zaniku korzystania z publicznej opieki stomatologicznej pisał „**Dziennik Gazeta Prawna**”: „Dr Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, jest zdania, że większość dentyistów chciałaby podpisać kontrakty z NFZ, ale stosunek wycen do kosztów prowadzenia działalności sprawia, że lekarzy po prostu na to nie stać. Nasi rozmówcy wyliczają również m.in. kłopoty ze znalezieniem personelu, który chciałby pracować w nocy i w święta, a nawet budynku, do którego możliwy byłby całonocny wstęp. (...) Może się okazać, że w najbliższym czasie zniknie w większych miastach możliwość skorzystania z usług dentyistów w ramach NFZ”.

□ **Termedia.pl** cytowała słowa Moniki Potockiej, rzecznika odpowiedzialności zawodowej ORL, na temat braku jasnych przepisów rządowych dotyczących refundacji recept dla obywateli Ukrainy: „Ministerstwo zamiast wziąć odpowiedzialność za skutki przepisów, jakie wprowadziło, nadal chce ją przerzucić na lekarzy. A my za ewentualne zastrzeżenia NFZ w kwestii refundacji możemy potem odpowiadać finansowo”.

EPIDEMIA COVID-19

□ Tomasz Imiela na antenie **Radia Plus** ostrzegł przed nadchodzącą kolejną falą COVID-19: – W Polsce też jest dobrze widoczna siódma fala COVID-19. (...) Zachorowań jest bardzo dużo, mam wrażenie, że te zgłaszane stanowią 10 proc. rzeczywistej liczby. (...) Szpitale zaczynają to odczuwać, bo muszą tych wszystkich chorych izolować. (...) Mamy nadzieję, że szczyt pandemii przypadnie tym razem w lecie. Na jesieni system ochrony zdrowia jest obciążony innymi chorobami (...).

□ O niebezpieczeństwie, jakie niesie ze sobą fałszowanie badań sanitarnych w dobie trwającej epidemii, portal **RynekZdrowia.pl** rozmawiał z Piotrem Pawliszakiem: „Nie sposób ustalić, ile badań sanitarno-epidemiologicznych, które przedstawiają pracodawcom osoby zatrudnione w handlu, gastronomii czy usługach, jest sfalszowanych. Dr Piotr Pawliszak ocenia, że może ich być prawie połowa. Czy przygotowywane rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie ograniczy zjawisko podrabiania orzeczeń lekarskich?”.

WYDARZENIA I INICJATYWY IZBY

□ Portal **PolitykaZdrowotna.com** w relacji z debaty poświęconej nowoczesnej ochronie zdrowia cytował wypowiedź Marii Libury, przewodniczącej Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL: „Ze zgodą pacjenta jest taki problem, że jest albo zbyt wąska, albo tak szeroka, że w zasadzie niepotrzebna. Od 20 lat w środowiskach prawników, zajmujących się systemami ochrony zdrowia w Europie, dyskutuje się, co zrobić, żeby ta zgoda była rzeczywista”.

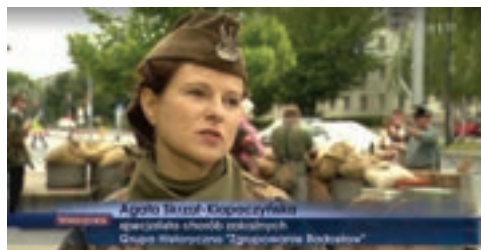
□ Z okazji obchodów 78. rocznicy wybuchu Powstania Warszawskiego **Polskatimes.pl** zaprezentowała sylwetkę powstańca, lekarza OIL w Warszawie prof. Andrzeja Danysza, cytując wypowiedź Urszuli Wolińskiej-Kula, rzecznik prasowej OIL: „Niejedna sanitariuszka i niejedyn sanitariusz po wojnie wybierali studia medyczne i wkrótce stawali się pełnoprawnymi lekarzami. To są historie, które wpłynęły na samą ochronę zdrowia”.



O powstańcach-lekarzach należących do OIL w Warszawie pisały także **RynekZdrowia.pl**, **Gosc.pl**, **TVP.INFO**, **Dzieje.pl**, **Radio.opole.pl**, a materiały na ich temat prezentowały „**Wydarzenia**” **Polsatu** oraz „**Teleexpress**”, który o komentarz poprosił również Agatę Skrzat-Klapaczyńską, członka OIL, pasjonatkę rekonstrukcji wydarzeń Powstania Warszawskiego:



„W czasie powstania pracowało ponad 1200 lekarzy i prawie 7000 pielęgniarek, sanitariuszek i pomocy medycznych. Funkcjonowało 25 szpitali, około 122 szpitalików i ponad 200 punktów opatrunkowych”.



Analiza przypadku

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat**ALEKSANDRA POWIERŻA** – radca prawny

Fotografie: archiwum

www.prawniklekarza.pl

PACJENCI MAJĄ PRAWO ZŁOŻYĆ SKARGĘ DO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ I CORAZ CZĘŚCIEJ KORZYSTAJĄ Z TEJ MOŻLIWOŚCI. POSTĘPOWANIE PROWADZONE PRZEZ RZECZNIKA MA NA CELU USTALENIE, CZY LEKARZ POPEŁNIŁ PRZEWINIENIE ZAWODOWE.

Pani K. 11 maja 2012 r. zgłosiła się do poradni okulistycznej w R. z powodu osłabionej ostrości widzenia. Po wykonaniu badania ostrości wzroku, przednich odcinków dna oczu oraz ciśnienia stwierdzono u pacjentki zaćmę korową obu oczu. Jednocześnie lekarz zakwalifikował ją do leczenia operacyjnego w celu usunięcia zaćmy oka lewego. Podczas kolejnej wizyty w poradni, 8 czerwca 2012 r., wykonano badanie śródbłonna rogówki OP i OL, które wykazało prawidłową liczbę komórek śródbłonna – OP = 2530, OL = 2571, i prawidłowy ich kształt.

20 listopada 2012 r. specjalista chorób oczu dr L. wykonał w trybie jednodniowym operację zaćmy – fakoemulsyfikację zaćmy oka lewego z dotorebkowym wszczepieniem sztucznej soczewki. Pani K. została wypisana do domu z zaleceniem stawienia się na kontrolę następnego dnia.

Pacjentka 21 listopada przyszła na kontrolę, podczas której stwierdzono ostrość wzroku na poziomie 0,005 z korekcją -2,5 Dsph, ciśnienie wewnątrzgałkowe 12 mm Hg, a także obrzęk nabłonka rogówki oraz przymglenie rogówki. Lekarz na podstawie tego badania uznał, że stan ten odpowiada rozpoznaniu pooperacyjnej dekompensacji rogówki. Zalecono stosowanie kropli Tobradex, 30-proc. glicerolu oraz żelu Corneregel. Dwie następne kontrole miały miejsce

w dwóch kolejnych dniach po operacji i potwierdzały fakt wystąpienia dekompensacji rogówki. W związku z brakiem większych zmian kontrole okulistyczne stały się coraz rzadsze, ostatecznie lekarz prowadzący terapię zaordynował jedyną skuteczną metodę leczenia – przeszczep rogówki.

Dalszemu leczeniu pani K. poddała się w innej placówce medycznej. Podczas wizyty lekarz przeprowadzający badanie stwierdził, że rogówka oka lewego kwalifikuje się do przeszczepu.

W związku z leczeniem w poradni okulistycznej w R. pełnomocnik pacjentki postawił zarzut nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego usunięcia zaćmy oka lewego przez lekarza dr L., skutkującego ślepotą oka lewego. Na tej podstawie zgłosił roszczenie z tytułu doznanej szkody w wysokości 350 tys. zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból i cierpienia. Jednocześnie zastrzegł prawo do dalszego świadczenia za szkody obecne, jak również mogące ujawnić się w przyszłości.

Aby dokonać oceny zasadności zgłoszonych zarzutów i roszczeń, powołano biegłego. W sporządzonej opinii lekarz orzecznik wyjaśnił, że procedura operacji zaćmy obejmuje trzy zasadnicze etapy:

I. badanie kwalifikacyjne – w omawianym przypadku obejmowało także

badanie stanu śródbłonka rogówki, a jego wynik nie sugerował zwiększonego ryzyka powikłań rogówkowych po operacji zaćmy;

II. zabieg operacyjny – przebieg operacji typowy, nie odnotowano żadnych powikłań, zastosowany sprzęt (fakoemulsyfikator) miał zabezpieczenia przed użyciem zbyt dużej ilości ultradźwięków;

III. kontrole pooperacyjne przez dwa tygodnie – miały miejsce, co było zgodne z zasadami wiedzy medycznej.

W tym stanie rzeczy biegły stwierdził, że nie można postawić zarzutów lekarzowi L., bo zabieg operacyjny usunięcia zaćmy oka lewego wykonał z należytą starannością i zgodnie ze sztuką lekarską. Ubezpieczyciel poradni okulistycznej w R. odmówił zatem uznania odpowiedzialności i przyznania na rzecz pacjentki jakichkolwiek świadczeń.

Pani K. wystąpiła z pismem do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, aby wyjaśnić przyczynę niepowodzenia operacji usunięcia zaćmy w lewym oku. W celu oceny procesu diagnostyczno-leczniczego rzecznik powołał biegłego sądowego – specjalistę w zakresie chorób oczu. Biegły potwierdził, że badanie okulistyczne było przeprowadzone z należytą starannością i zgodnie z obowiązującymi standardami. Również zabieg usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji był jak najbardziej prawidłowy. Z zebranego materiału dowodowego nie wynikały żadne odstępstwa od ogólnie przyjętego sposobu postępowania ani okoliczności, które mogłyby się przyczynić do zaistniałego powikłania.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, wyjaśnieniami świadków oraz opiniami biegłych postanowił umorzyć postępowanie

nie wyjaśniające. Pacjentka nie zgadzała się z postanowieniem okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i wniosła zażalenie do Okręgowego Sądu Lekarskiego. OSŁ po zapoznaniu się ze sprawą postanowił utrzymać w mocy postanowienie dotyczące umorzenia postępowania wyjaśniającego.

Pytanie redakcji: W omawianym przykładzie postępowanie przeciw lekarzowi toczyło się zarówno przed ubezpieczycielem, jak i przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Czy taka sytuacja jest dopuszczalna? Czy lekarz może odpowiadać w tych dwóch reżimach?

Odpowiedź prawnika lekarza: Postępowanie w zakresie odpowiedzialności cywilnej i zawodowej – to dwa różne, niezależne od siebie postępowania. Co więcej, lekarz w związku z tym samym czynem może również ponosić odpowiedzialność karną. Art. 54 ustawy o izbach lekarskich wskazuje bowiem wprost, że postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania karnego i dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu.

Pytanie redakcji: Jakie są przesłanki odpowiedzialności zawodowej lekarzy?

Odpowiedź prawnika lekarza: Możemy podzielić je na dwie kategorie. Pierwsza związana jest ze stricte prawnymi kwestiami, tj. zawiera wszelkie naruszenia przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Druga kategoria wskazuje na aspekty etyczne, które wynikają wprost z Kodeksu Etyki Lekarskiej – lekarz może zostać pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej właśnie z uwagi na naruszenie zasad etyki lekarskiej. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radnicka sp. z o.o.

PRAWNIK  **LEKARZA**



**BEZPŁATNE
PORADY PRAWNE**
dla lekarzy i lekarzy dentystów
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:
w poniedziałek w godz. 10.00–18.00
od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)
Kontakt prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK** – adwokat



Fot. archiwum

WYSTĄPIENIA RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH DO MINISTRA ZDROWIA

Rzecznik praw obywatelskich w ostatnich dniach lipca skierował dwa wystąpienia do ministra zdrowia, w których poruszył istotne problemy z zakresu prawa medycznego.

W stanowisku z 27 lipca 2022 r.¹ rzecznik zwrócił uwagę na kwestię mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. Przedstawił w nim propozycję zmiany ustawy o izbach lekarskich,² zgodnie z którą postępowanie dotyczące odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza mogłoby być umorzone, gdyby doszło do pojednania i zawarcia ugody z pacjentem przed mediatorem izby lekarskiej.

Przepis art. 63 ustawy o izbach lekarskich w obecnym brzmieniu nie przewiduje możliwości umorzenia postępowania w przypadku zawarcia ugody. Skutkiem pojednania między lekarzem i pacjentem może być jedynie złagodzenie grożącej obwinionemu kary. Zdaniem rzecznika taki kształt regulacji powoduje, że instytucja mediacji w postępowaniach dotyczących odpowiedzialności zawodowej stosowana jest niezwykle rzadko. Rzecznik wskazuje przy tym na dane z Biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z których wynika, że w latach 2010–2020 rzecznicy odpowiedzialności zawodowej do postępowania mediacyjnego skierowali jedynie 93 sprawy, natomiast sądy lekarskie zaledwie 28 spraw, chociaż w 70 proc. postępowanie takie kończyło się ugodą.

Wobec tego rzecznik praw obywatelskich postuluje, aby minister zdrowia podjął działania legislacyjne w celu wprowadzenia w ustawie o izbach lekarskich rozwiązania pozwalającego na umorzenie postępowania przez rzecznika

odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski, jeżeli obwiniony lekarz pojednał się z pokrzywdzonym i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski każdorazowo oceniałby charakter sprawy i rozmiar wyrządzonej szkody, by ustalić, czy uzasadnione będzie umorzenie postępowania.

Propozycję tę oceniam bardzo pozytywnie. Obecnie mediacje w postępowaniach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy odgrywają marginalną rolę, a mediatora powołały tylko niektóre izby lekarskie. Realny wpływ na bieg postępowania dyscyplinarnego, jaki umożliwiłby jego umorzenie w przypadku zawarcia ugody, przyczyniłby się do popularyzacji mediacji. Bezdyskusyjne są przy tym zalety zakończenia postępowania dyscyplinarnego ugodą, brakiem orzeczenia o winie oraz karze i bez konieczności prowadzenia długotrwałego postępowania dowodowego. Uważam jednocześnie, że skutecznie prowadzone mediacje w ramach izb lekarskich mogłyby wpłynąć na zmniejszenie się liczby pozwów i zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa kierowanych przez pacjentów oraz ich rodziny.

W stanowisku z 29 lipca 2022 r.³ rzecznik podniósł kwestię stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁴ szczegółowo reguluje tę kwestię, jednak kilka sytuacji powtarzających się w praktyce wymaga, zdaniem rzecznika, doprecyzowania przepisów, aby z jednej strony nie dochodziło do zbyt dalekiej ingerencji w prawa jednostki, a z drugiej – aby odpowiednio chroniony był personel medyczny.

W obecnym stanie prawnym przepis zobowiązujący do uzyskania, przy przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, opinii innego lekarza, będącego lekarzem psychiatrą, w praktyce okazuje się nieuzasadniony i niewykonalny. Rzecznik

nik zwrócił uwagę, że na wielu oddziałach psychiatrycznych w godzinach nocnych dyżur pełni jedna osoba. Ponadto przedłużenie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas powyżej 16 godzin wymaga każdorazowo badania osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę. Konieczna jest zatem obecność dwóch lekarzy psychiatrów – decydującego o przedłużeniu przymusu oraz wydającego opinię w tej sprawie. W konsekwencji regulacje zawarte w art. 18a ust. 9 i 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która z założenia ma chronić prawa pacjenta, zdaniem rzecznika narusza prawa personelu medycznego, ponieważ może wymuszać na nich poświadczanie nieprawdy.

Obowiązujące przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jednoznacznie nie zobowiązują podmiotów medycznych do wyodrębnienia jednoosobowej sali, w której można by stosować środek w postaci unieruchomienia. Dlatego stosowany jest przeważnie w salach wieloosobowych. Odseparowanie unieruchomionego pacjenta jedynie parawanem w żaden sposób nie zapewnia intymności i poszanowania jego godności. Zdaniem rzecznika unieruchomienie wykonywane powinno być w jednoosobowych salach, a tylko wyjątkowo w wieloosobowych.

Warto również odnotować, że w lipcu 2022 doszło do spotkania rzecznika praw obywatelskich z kierownictwem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.⁵ Poruszono na nim kilka istotnych kwestii dotyczących realiów prawnych wykonywania zawodu lekarza, w tym przypadków hejtu w stosunku do lekarzy, warunków wykonywania zawodu przez lekarzy w okresie epidemii COVID-19, a także zjawiska mobbingu w placówkach ochrony zdrowia.

WSPÓŁPRACA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ Z RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA

29 lipca 2022⁶ prezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz rzecznik praw pacjenta zawarli porozumienie, zgodnie z którym podjęte zostaną wspólne działania, których celem jest podniesienie poziomu wiedzy i przygotowania personelu medycznego w zakresie ochrony praw pacjenta, oraz wspólne inicjatywy, w tym popieranie lub zapoczątkowanie wydania aktów prawnych z zakresu ochrony praw pacjenta. Działania w pierwszej kolejności polegać będą na organizacji szkoleń, kursów i konferencji dla lekarzy.

RAPORT RZECZNIKA PRAW PACJENTA ZA 2021 R.

Rzecznik praw pacjenta opublikował raport⁷ dotyczący zgłoszeń telefonicznych pacjentów, jakie przyjmował w ramach swej działalności w 2021 r. Z zestawienia wynika, że problemy

Skutecznie prowadzone mediacje w ramach izb lekarskich mogłyby wpłynąć na zmniejszenie się liczby pozwów i zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa kierowanych przez pacjentów oraz ich rodziny.

związane z epidemią, nawet dla pacjentów z niepełnosprawnością, odwoływania planowych wizyt i innych procedur leczniczych bez wskazania nowego terminu, odmowy udostępnienia lub nieuzasadnionej zwłoki w udostępnieniu dokumentacji medycznej, pobierania niezgodnych z obowiązującymi przepisami opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, kwestionowania zasadności zgłoszenia się po pomoc przez personel medyczny, używania nieestosownego słownictwa.

Istotne zastrzeżenia kierowane były do rzecznika praw pacjenta także w zakresie zapewnienia świadczeń w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych i zaniechania działań zmierzających do przekazania chorego do opieki długoterminowej. Rzecznik rejestrował zarzuty przedwczesnego wypisania chorego z oddziału bez zapewnienia właściwej diagnostyki bądź zakończenia leczenia szpitalnego i odwiezienie transportem niesamodzielnego pacjenta do pustego lub zamkniętego mieszkania bez uprzedzenia rodziny.

NIL PRZYGOTOWUJE WŁASNY PROJEKT REGULACJI SYSTEMU NO-FAULT

Naczelna Izba Lekarska poinformowała,⁸ że podjęła prace legislacyjne, których celem jest przygotowanie projektu regulacji

odpowiedzialności za niepożądane zdarzenia medyczne w oparciu o system *no-fault*. Proponowane rozwiązania mają opierać się na trzech filarach: wyłączeniu lekarzy z odpowiedzialności karnej (z zachowaniem tej odpowiedzialności wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta lub rażącego błędu, którego ocena nie wymaga wiadomości specjalnych), przy niezmienniej odpowiedzialności cywilnej i zawodowej; wprowadzeniu rejestru zdarzeń niepożądanych, umożliwiającego analizy skutkujące eliminowaniem błędów medycznych. Trzecim założeniem jest wdrożenie funduszu kompensacyjnego, gwarantującego pacjentom lub ich rodzinom szybką wypłatę świadczenia, niezależnie od udowodnienia winy. ●

¹ <https://bip.brpo.gov.pl> (dostęp: 10.08.2022).

² DzU z 2021 r., poz. 1342.

³ <https://bip.brpo.gov.pl/> (dostęp: 10.08.2022).

⁴ DzU z 2020 r., poz. 685, ze zm.

⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/> (dostęp: 10.08.2022).

⁶ <https://nil.org.pl/> (dostęp: 10.08.2022).

⁷ <https://www.gov.pl/> (dostęp: 10.08.2022).

⁸ <https://nil.org.pl/> (dostęp: 10.08.2022).



Pomyślałem – muszę coś zrobić

tekst **ADRIAN BOGUSKI**



Z OKAZJI 78. ROCZNICY WYBUCHU POWSTANIA WARSZAWSKIEGO W CYKLU „NA PRZESTRZENI LAT” PRZYBLIŻAMY HISTORIĘ PROF. ANDRZEJA DANYSZA. JAKO STUDENT MEDYCZYNY, POD PSEUDONIMEM „FILOZOF”, BRAŁ UDZIAŁ W ZNANYCH AKCJACH POWSTAŃCZYCH, TAKICH JAK ZAJĘCIE POCZTY GŁÓWNEJ, OBRONA KOŚCIOŁA ŚW. KRZYŻA. SVOJE PIERWSZE ZADANIE BOJOWE PODJĄŁ, MAJĄC 15 LAT. PO WOJNIE POŚWIĘCIŁ ŻYCIE RODZINIE I NAUCE.

Ppor. Marian Krawczyk „Harnaś” zarządził zbiórkę oddziału na 16.30 w Fabryce Trykotaży przy ul. Sienkiewicza. Po krótkiej przemowie wysłał patrole rozpoznawcze na Marszałkowską i pl. Napoleona, by ocenić możliwość zdobycia Domu bez Kantów przy rogu Królewskiej. Niestety, Niemcy ze swych stanowisk na Poczcie Głównej kontrolowali pl. Napoleona. Wobec tego oddział przeszedł do kamienicy na rogu Świętokrzyskiej i Marszałkowskiej. Około 18.00 zajechał przed nią czołg „Pantera”. Oddał strzał w stronę pomieszczenia, gdzie zgrupowani byli powstańcy, przebijając front budynku. Jeden z chłopaków zginął, drugi został

ciężko ranny. W kompanii był lekarz. Kiedy zabierał się do operacji rannego, zapytał: – *Czy ktoś mógłby mi pomóc?* Odpowiedział mu jeden ze stojących w grupie: – *Danysz studiuj medycynę!*

„Nie wiedziałem nic na temat medycyny klinicznej, ale zgodziłem się pomóc w podawaniu narzędzi. Nie pamiętam dokładnie, jak przebiegała ta operacja. Kolega miał zmasakrowaną twarz, zmiażdżoną żuchwę, powybijane zęby, oko na wierzchu. Zmarł niebawem po zabiegu. W odwecie za poniesione straty Oddział Specjalny wysłany przez »Harnasia« na

Marszałkowską ostrzelał przejeżdżający samochód niemiecki i wziął do niewoli pozostałych przy życiu Niemców. Zapadła noc, pełna niepewności i oczekiwania. Dostaliśmy rozkaz przekwaterowania się na ul. Mazowiecką i zaatakowania Poczty Głównej od strony Świętokrzyskiej – pisze w swojej relacji prof. Andrzej Danysz, ps. „Filozof”.

GONIEC

Już jako 15-letni chłopiec rozpoczął swoją działalność wojskową. Zawsze miał ją we krwi. Wychował się w domu majora

Wojska Polskiego Michała Danysza. W dniu ataku Niemiec na Polskę nastoletni Andrzej wracał do rodzinnego domu na Podkarpaciu z Naroczy na Wileńszczyźnie, gdzie na obóz żeglarski posłali go rodzice. W domu czekali na niego matka Jadwiga i brat Maciej. Ojca nie zastał – w sierpniu został zmobilizowany. Pierwsze bomby spadły na Przemysł po kilku dniach. Przez dworzec kolejowy przewijały się tłumy uciekających z zachodu. W piątym dniu wojny Andrzej poprosił matkę o pozwolenie na wstąpienie w szeregi Wojska Polskiego. – *Do dziś jestem jej wdzięczny za tę odważną decyzję. Bardzo cenię swoją matkę za odłożenie w tamtym momencie strachu o mnie na drugie miejsce* – powtarza w rozmowie ze mną.



Fot. NAC

Został gońcem w 36 Pułku Artylerii Ciężkiej, pod dowództwem płk. Ludwiga, który wyruszył na wschód. Po upływie półtora miesiąca wrócił do domu. Na miejscu zastał wszystkich, również ojca, który po kapitulacji polskiego wojska zamienił mundur na cywilne ubranie. Major po niedługim pobycie w domu musiał jednak uciekać z Przemysła, poszukiwało go bowiem NKWD. Wpław przez San przedostał się na „stronę niemiecką”. Andrzej z matką i bratem również wyruszyli na teren zajęty przez Rzeszę – do Sosnowca, do rodzinnego domu Jadwigi.

STUDENT

Jesienią 1940 r. rodzina Danyszów przeniosła się do Warszawy. Zamieszkali w jednopokojowym mieszkaniu przy ul. Grottera. W Warszawie Andrzej ukończył liceum na tajnych kompletach, zorganizowanych przy szkole Giżyckiego, i w 1942 r. zdał małą maturę.

Dzięki przypadkowemu spotkaniu z kuzynem, zdecydował się na podjęcie nauki w Private Fachschule für Sanitärhilfspersonal, która faktycznie była zakamuflowaną uniwersytecką medycyną, tzw. Szkołą Zaorskiego. Mieściła się na terenie Uniwersytetu Warszawskiego, w gmachu Wydziału Lekarskiego.

Rok 1942 dla Andrzeja Danysza to również okres wchodzenia w szeregi konspiracji. Jego brat po przyjeździe do Warszawy natychmiast nawiązał kontakt z tajnym harcerstwem i został członkiem Szarych Szeregów oraz Batalionu „Zośka”. – *Pracowałem w kontrwywiadzie Armii Krajowej. Jego rola polegała na szpiegowaniu donosicieli i wszystkich, którzy zasługiwali na, nazwijmy to, eliminację. (...). Oczywiście, wyrok był tylko jeden. Musiałem, często nawet do nocy, pomimo godziny policyjnej, śledzić takich czy innych szpiegów, konfidentów, których zlecali mi moi przełożeni* – opowiadał w rozmowie z przedstawicielką Muzeum Powstania Warszawskiego Andrzej Danysz.

Po półtora roku grupa, w której pracował, została rozbita. W wyniku prowokacji osoby podającej się za zakonspirowanego członka organizacji Miecz i Pług kilkunastu pracowników kontrwywiadu zostało zastrzelonych lub uwięzionych na Pawiaku. 18-letniemu Andrzejowi udało się przeżyć dzięki rozkazowi dowódcy, który nie pozwolił mu pojechać na miejsce spotkania grupy z prowokatorem oferującym broń dla AK.

Praca w kontrwywiadzie skończyła się. Student medycyny po rozmowie z bratem koleżanki ze Szkoły Zaorskiego wstąpił do tajnej Szkoły Podchorążych Rezerwy. Po zakończeniu szkolenia w maju 1944 r. Andrzej złożył przysięgę w jednym z zakonspirowanych mieszkań.

ŻOŁNIERZ

Zgodnie z rozkazem, ppor. „Harnaś” wysłał grupę wypadową na Świętokrzyską, by przygotować pozycje do zajęcia Poczty Głównej.

– *Zdobywaliśmy pocztę, wybijając oskardami otwór w murze. Bohaterem tej akcji był „Wypad”, Jurek Kieżun. Z pistoletem wpadł do wartowni i krzyknął: „Ręce do góry!”. A było tam chyba z 12 czy 14 Niemców. Zabral im 12 karabinów i kazał wyjść z wyciągniętymi rękami. Wtedy dostałem pierwszą broń* – wspomina prof. Danysz.

6 sierpnia Kompania „Grażyna”, do której należał, przeniosła się do kamienicy przy Mazowieckiej. Z racji walnego przyczynienia się do zdobycia poczty dowództwo utworzyło Zgrupowanie „Harnaś”, którego zadaniem była obrona linii Traugutta – Czackiego – Świętokrzyska. Tymczasem Zgrupowanie „Radosław”, w skład którego wchodził Batalion „Zośka”, toczyło ciężkie walki na Woli. Brat Andrzeja został ciężko ranny w brzuch podczas ataku na samochód esesmanów. W szpitalu polowym zoperował go doktor Władysław Barcikowski. Maciej przeżył, choć miał niewielkie szanse.

Najcięższe walki „Grażyna” toczyła od 15 sierpnia. Niemcy rozpoczęli atak od zdobytego przez powstańców budynku Prudentialu, po czym skierowali natarcie na Mazowiecką.

– *Pierwsze miny wzniciły pożar w kamienicy. Trzy kolejne pociski zapalające wpadły na podwórze. Jeden z nich trafił w zgromadzone przed wejściem butelki z benzyną. Do dzisiaj słysz* ▶▶

► *ryk bólu palących się ludzi... Wśród ogarniętych płomieniami był m.in. dowódca III plutonu pchor. „Kocio” (Bolesław Koucki). Mnie nic się nie stało. Pomyślałem – muszę coś zrobić. Rzuciłem się do gaszenia płonących kolegów. Po ugaszeniu fosforu na „Kociu” zobaczyłem, że miał oberwaną rękę i spaloną twarz. Trzymałem jego głowę na kolanach. W pewnym momencie odzyskał przytomność i stwierdził: „No, chwała Bogu, że ja jeszcze żyję”. Spojrzał na kikut wystający z ramienia i w tym momencie zemdlął. Niedługo potem zmarł w strasznych męczarniach, mimo przeniesienia do szpitala – relacjonuje powstaniec.*



Michał i Jadwiga Danyszowie z synami

Pięć dni po ataku Niemców na kwaterę przy ul. Mazowieckiej dowództwo AK zdecydowało o podjęciu akcji zajęcia Komendy Policji i Kościoła św. Krzyża, których broniło około 200 hitlerowców. „Harnasia” wspierała Kompania „Lewara”. Po zdobyciu kościoła jednym z trzymających wartę przy wejściu do świątyni był Andrzej Danysz. Powstańcy, ukrywający się pod figurą Chrystusa, zauważyli nadjeżdżający niemiecki czołg. Rzucali butelki z benzyną. Bezskutecznie. Czołg obrócił działo w ich stronę. Szczęśliwie zdążyli uskokczyć za filar. W drugiej akcji w kościele podchorąży Danysz zza kapliczki, której dziś nie ma już w świątyni, usłyszał niemiecką rozmowę.

W wywiadzie dla MPW lekarz wspominał: – *Uznałem, że to jedyna okazja, żeby ich obrzucić granatami. Niestety, zbyt mało wyczekałem. Przy granacie trzeba z reguły czekać trzy sekundy, najlepiej odliczyć: „sto dwadzieścia jeden, sto dwadzieścia dwa i sto dwadzieścia trzy”. Jeżeli rzucający się pomyli, robi to za wolno, granat wybuchnie mu w rękę. Popętniłem inny błąd. Rzuciłem za wcześnie. Granat oczywiście wybuchł, ale prawdopodobnie nic Niemcom nie zrobiłem. Za chwilę do kapliczki wpadł granat rzucony przez Niemców. W ostatniej chwili udało mi się uskokczyć.*

3 września hitlerowcy ponownie zaatakowali kościół – umieścili w ścianach ładunki wybuchowe. W obronie pozycji zajętej przez powstańców zginął kpt. „Harnaś”. Dowództwo kompanii przejął mjr Ludwik Gwarych. Niemcy dwukrotnie wysadzali ładunki w kościele. W wyniku drugiego wybuchu zawaliła się środkowa nawa świątyni. Andrzej Danysz znalazł się pod gruzami. Dzięki pomocy kolegów udało mu się wydostać i wycofać razem z powstańcami z przejętego przez Niemców kościoła. W następnych dniach warszawskie niebo opanowały sztuczki, które bombardowały miasto. Kompania „Grażyna” nadal trzymała jednak wartę na Komendzie Policji.



Andrzej Danysz (drugi od lewej) z kolegami z „Grażyny”

Fotografie: archiwum A.D.

Oddziały powstańcze wycofywały się do ruin poczty, a następnie do Prudentialu. Według wspomnień prof. Danysza, dowódca kompanii zaproponował rozproszenie żołnierzy i przejście do cywila, argumentując swoją decyzję brakiem wiadomości z dowództwa. Ppor. Jan Wojtkiewicz ps. „Wiera” żywo zareagował na tę propozycję. Oznajmił, że od tej chwili obejmuje dowództwo nad „Grażyną”. Kompania bez powiadomienia dowództwa przeszła do Śródmieścia, co Żandarmeria Wojskowa potraktowała jako dezercję. Wszystkim zabrano broń i wcielono do kompanii karnej, która zajmowała się budowaniem barykad lub noszeniem żywności z magazynów Haberbuscha.

– *Miałem poczucie, że absolutnie nie zasłużyłem na tak ciężką karę, jaką jest służba w kompanii karnej. Złożyłem podanie, żeby mnie przeniesiono do służby sanitarnej. Dostałem się do szpitala PCK przy ul. Koszykowej. Chirurdzy chcieli koniecznie, żebym im pomagał w operacjach, a ani wiązać nie umiałem, ani szyć. Mogłem tylko służyć jako sanitariusz. W pewnym momencie powiedziałem komendantowi: „Proszę pana, jak mam być złym sanitariuszem, to będę dobrym zaopatrzeniowcem”. Miałem przetarte drogi do Haberbuscha, wiedziałem, gdzie jest jęczmień. „Niech pan mi da taką bumażkę, to znaczy papier, że ja*



Fot. NAC

– *Miałem poczucie, że absolutnie nie zasłużyłem na tak ciężką karę, jaką jest służba w kompanii karnej. Złożyłem podanie, żeby mnie przeniesiono do służby sanitarnej. Dostałem się do szpitala PCK przy ul. Koszykowej. Chirurdzy chcieli koniecznie, żebym im pomagał w operacjach, a ani wiązać nie umiałem, ani szyć. Mogłem tylko służyć jako sanitariusz. W pewnym momencie powiedziałem komendantowi: „Proszę pana, jak mam być złym sanitariuszem, to będę dobrym zaopatrzeniowcem”. Miałem przetarte drogi do Haberbuscha, wiedziałem, gdzie jest jęczmień. „Niech pan mi da taką bumażkę, to znaczy papier, że ja*

będę to nosił nie dla siebie, tylko dla szpitala”. I on mi dał. Chodziłem po piwnicach, mówiłem: „Słuchajcie, jeżeli są mężczyźni, którzy chcą przynieść dla siebie jęczmień, to oświadczam, że 20 kilogramów trzeba przynieść dla szpitala, a kto przyniesie więcej, to dla niego”. Miałem mnóstwo kandydatów, mnóstwo. Trzeba było ich dzielić na grupy 30-osobowe. Ja ich prowadziłem i przynosiłem. Sobie też przynosiłem, co ponad 20 kilo. Miałem w nocy i nosiłem mojej matce, jej kuzynom mąkę czy kaszę, którą gotowali. A szpital, dzięki temu zaczął egzystować doskonale, bo nie tylko wymieniał jęczmień na inną żywność, ale także na leki, środki opatrunkowe itd. – stwierdził prof. Danysz w rozmowie z A. Błońską z MPW.

20 września Andrzej Danysz z grupą mężczyzn po raz kolejny wybrał się do magazynów Habermuscha. Przed Marszałkowską spotkali się z silnym ostrzałem granatników, prawdopodobnie przechwyconych przez Niemców po dostawach amerykańskich liberatorów.

– Gdy przebiegaliśmy przez podwórko, trafiły nas dwa czy trzy pociski. Wyciągnąłem rękę do biegnącego przede mną mężczyzny, chciałem złapać go za ramię. W ostatniej chwili zauważyłem, że odłamek odciął mu głowę. Chwilę potem poczułem silne uderzenie, ale biegłem dalej. Wpadłem do bramy. Sanitariuszka krzyknęła: „Pan jest ranny” i złapała mnie za prawą rękę, gdzie mam do dzisiaj odłamek. Dopiero wtedy odczułem ból. Piwnicami i kanałami przetransportowano mnie do szpitala. Niekiedy musiałem schodzić z noszy i przeciskać się na czworaka przez ciasne przejścia. Leżałem w szpitalu prawie trzy tygodnie. Miałem ropne zapalenie jamy ustnej, strzaskaną szczękę dolną, wybite zęby, urwane pół języka, niebezpieczną ranę blisko tętnicy. Nie mogłem nic jeść, z ust ciekła ślina i ropa. Uratowała mnie matka, która jakimś cudem zdobyła penicylinę. Środek zdziałał cuda – relacjonuje lekarz powstaniec.

Powstanie Warszawskie upadło. Przez pierwszych kilkanaście dni października Andrzej Danysz ze szpitalnego łóżka słyszał i odczuwał wybuchy ładunków i min równających z ziemią Warszawę. Miasto stało w płomieniach. Po trzech tygodniach Andrzeja i jego matkę, która przez ten cały czas była przy nim, z kolejną grupą mieszkańców Niemcy ciężarówkami przewieźli do obozu dla wysiedlonej ze stolicy ludności cywilnej w Piastowie.

Źródła:

Rozmowa A. Boguskiego z A. Danyszem, Warszawa, 21 lipca 2022 r.

Relacja A. Danysza dla Stowarzyszenia Pamięci Powstania Warszawskiego w „Zeszytach Pamięci Powstania Warszawskiego. Zeszyt nr 9”, Warszawa 2017.

Rozmowa K. Błońskiej z A. Danyszem, Archiwum Historii Mówionej Muzeum Powstania Warszawskiego, Warszawa, 12 lutego 2005 r.

A. Danysz [w:] *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego – Powstanie Warszawskie i medycyna*, wyd. II, Warszawa 2003 r, s. 39–45.

Szczęśliwie spotkany przez Andrzeja Danysza kolega pomógł w załatwieniu dla niego fałszywej kenkarty, dzięki której mógł opuścić ośrodek. Nie wiedząc do końca, gdzie Niemcy skierowali pociąg, wyskoczyli w Płaszowie, skąd doszli do Krakowa.

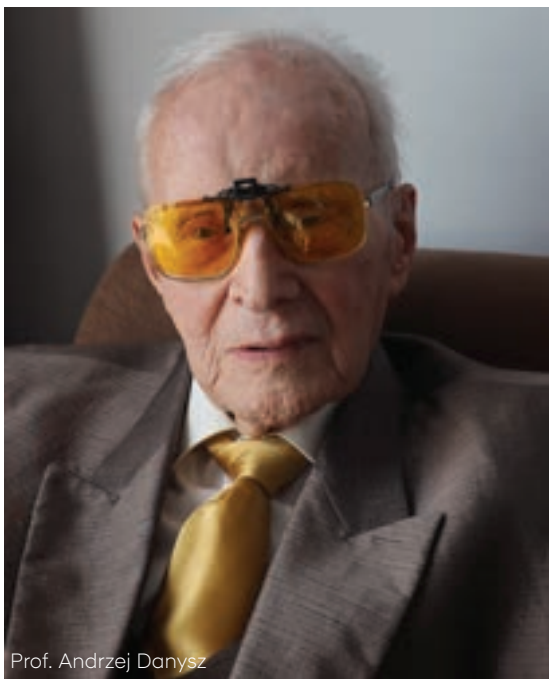
LEKARZ

W Krakowie przyszedł profesor nauk medycznych został sanitariuszem w szpitalu popowstańczym, w budynku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Do Andrzeja i Jadwigi dołączyli po jakimś czasie Maciej i Michał, który w czasie powstania przebywał w okolicach Sokołowa Podlaskiego. Powołano go do wojska i mianowano do-

wódcą 1 Białostockiego Pułku Apropowacyjnego, na którego czele stał do zakończenia działań wojennych i z którym dotarł do Berlina. Brat, wykorzystując dogodną okazję, wyjechał na Zachód. Andrzej zaś zapisał się na wydział lekarski, by dokończyć studia podjęte w Warszawie. Przez cały okres rządów komunistycznych w Polsce nie przyznawał się do działalności konspiracyjnej. W 1949 r. uzyskał tytuł doktora medycyny. Rok później otrzymał powołanie na przeszkolenie oficerów służby zdrowia. Do 1957 pracował jako wykładowca farmakologii. W roku 1950 poznał swoją żonę Waclawę, z którą ma córkę Beatę i syna Wojciecha.

Naukową pracę cywilną rozpoczął w 1961 r. W Zakładzie Farmakologii AM w Białymstoku

stworzył Badawczy Ośrodek Radiobiologiczny. Osiem lat później został kierownikiem Zakładu Farmakologii Instytutu Leków, a w 1983 r. dyrektorem Naczelnego Instytutu Leków (pełnił tę funkcję do 1991). W 1992 r. objął kierownictwo Zakładu Farmakologii Instytutu Farmaceutycznego i szefował mu przez trzy lata. Był jednym z członków założycieli Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego i Polskiego Towarzystwa Badań Radiacyjnych. Jest autorem ponad 500 publikacji naukowych, przeglądowych, monografii i podręczników. Za swoją działalność został uhonorowany tytułem doktora honoris causa AM w Białymstoku. Powołano go na członka Nowojorskiej Akademii Nauk. Otrzymał Złoty Medal Międzynarodowej Akademii w Paryżu. Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderem Odrodzenia Polski, medalem Za zasługi dla Parlamentu Europejskiego. Mieszka na warszawskiej Pradze Południe. ●



Prof. Andrzej Danysz

Fot. A. Boguski

Tak właśnie było...



O CELEBROWANIU PAMIĘCI O WYDARZENIACH Z OKRESU WOJNY, MEDYKACH Z POWSTANIA WARSZAWSKIEGO, ŁĄCZENIU PASJI Z ŻYCIEM ZAWODOWYM I PRYWATNYM OPOWIADA DR N. MED. **AGATA SKRZAT-KLAPACZYŃSKA**, SPECJALISTA CHOROÓB ZAKAŻNYCH.

rozmawia KAMILA HOSZCZ-KOMAR



Fotografie: archiwum rodzinne A.S.K.

Jak to się stało, że kiedy zdejmuję pani lekarski fartuch, zakłada powstańcy mundur?

Historia, a szczególnie okres II wojny światowej, zawsze była moją pasją. Od początku pracy zawodowej szukałam możliwości połą-

czenia tego hobby z medycyną. Udało się to, gdy poznałam, całkiem przypadkiem, członków Stowarzyszenia Grupa Historyczna Zgrupowanie „Radosław”. Ich entuzjazm, otwartość i ogromna wiedza o okresie Powstania Warszawskiego sprawiły, że postanowiłam dołączyć do grupy. Podczas naszych dioram i inscenizacji historycznych zajmuję się głównie tematyką służby zdrowia i jej heroicznych działań podczas Powstania Warszawskiego.

Ten niezwykle trudny okres polskiej historii wydaje się być pani szczególnie bliski. Dlaczego?

Wychowałam się na opowieściach mojej babci Krystyny Skrzat o okresie II wojny światowej i trudnych losach Polaki, ale także o godnych podziwu postawach Polaków, nawet w najcięższych sytuacjach. Gdy miałam 13 lat, bliska koleżanka mojej babci, Hanna Graboś, która była dokładnie w moim wieku, gdy wybuchło powstanie, opowiedziała mi ze szczegółami o losach swoich i swojej rodziny w Warszawie. Opowieści pani Hanny były dla mnie wstrząsające, ale zarazem fascynujące. Z tego powodu zaczęłam interesować się tym tematem coraz bardziej i tak zostało do dziś.

Mama trzech dziewczynek, lekarz (dyżurujący często nocami), pracownik naukowy. Jak udaje się pani pogodzić te role z realizacją wymagającego hobby?

Rzeczywiście, najtrudniejsze jest znalezienie czasu na uczestnictwo we wszystkich działaniach stowarzyszenia. Obowiązków mam mnóstwo każdego dnia, ale kiedy tylko mogę, wpisuję w grafik zajęcia związane z historią. Myślę jednak, że każda pasja wymaga poświęcenia wolnego czasu, a ponieważ jest to pasja, ten czas jest spędzany przyjemnie, mimo włożonego wysiłku. Dużego wsparcia udziela mi mąż, ponadto wielokrotnie w historyczne imprezy wciągają dzieci, które chętnie jeżdżą ze mną na plan filmowy lub biorą udział w sesjach zdjęciowych. Dla nich to wielka przygoda, a poza tym miło spędzamy czas razem w niekonwencjonalny sposób.

A blaski i cienie pani pasji?

Muszę przyznać, że niektóre uroczystości lub rekonstrukcje historyczne są emocjonalnie obciążające. Mocno przeżywamy pielęgnowanie pamięci o tragicznych wydarzeniach i ich bohaterach. Największą radość sprawiają nam uśmiechy żyjących jeszcze powstańców, kiedy pomagamy im w życiu codziennym, ale także kiedy podchodzą do nas i mówią „dobra robota”. To największa nagroda. Ponadto przebywanie wśród ludzi o tych samych zainteresowaniach i wspólna satysfakcjonująca praca społeczna sprawia, że odczuwamy radość, co motywuje do kolejnych działań.

Tego typu grupy łączące pasjonatów są dość elitarne. Czy spotykacie się nie tylko podczas zadań związanych z działalnością grupy, ale też na przysłowiową kawę?

Tak, oczywiście, bardzo się lubimy, zawiązują się między nami przyjaźnie. Zapraszamy się na uroczystości rodzinne: śluby, parapetówki. Możemy liczyć na siebie w sytuacjach życiowych zupełnie niezwiązanych z działalnością stowarzyszenia.

Członkowie SGH Zgrupowanie „Radosław” mieli okazję posmakować pracy na planie filmowym i wesprzeć produkcję m.in. serialu „Czas honoru” i filmu „Miasto 44”. Jakie były przyczyny zaproszenia was przez filmowców do współpracy?

Myślę, że przede wszystkim powodem jest nasza ogromna wiedza, z której można skorzystać m.in. podczas ustawiania scenografii lub odgrywania scen, np. musztry wojskowej. Poza tym grupa dysponuje strojami, uzbrojeniem i odpowiednimi rekwizytami. Rzeczy te nabywamy latami, zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Ja zostałam już z moimi ubraniami „wyprowadzona” do piwnicy, gdyż zajmowały zbyt wiele miejsca w mieszkaniu. W ostatnim czasie braliśmy udział w filmie „Wyszłyśmy – zemsta czy przebaczenie”, również o okresie Powstania Warszawskiego. Wszystkie elementy scenografii związanej z naszym udziałem były naszą własnością. To duże ułatwienie dla produkcji filmu, a dla nas okazja podzielenia się wiedzą. ▶▶

► **Wchodzenie w nową rolę i pozostawianie swojego prawdziwego ja oraz życia prywatnego na boku trochę przypomina aktorstwo. Czy kiedykolwiek myślała pani o takiej drodze?**

Ależ oczywiście! Podczas studiów niejednokrotnie bawiłam grupę studencką, wcielając się w role poszczególnych asystentów. Jednak było już za późno – medycyna zwyciężyła. Obecnie nie wyobrażam sobie innego życia zawodowego, aczkolwiek rzeczywiście uwielbiam podpatrywać profesjonalną pracę aktorską, kiedy jestem na planie. I to mi w zupełności wystarczy.

Powstańcy przez wiele dni, a nawet tygodni, byli pozbawieni wiadomości o swoich bliskich: małżonkach, rodzicach, dzieciach. Co pani czuje, wcielając się w ludzi, którzy każdego dnia walczyli o wolność i życie? Czy da się w pełni wczuć w ich sytuację?

Absolutnie się nie da i nawet tego nie próbujemy. Działania naszego stowarzyszenia mają m.in. funkcję edukacyjną. Chcemy uświadomić szerokiej publiczności, a szczególnie młodzieży, jak to kiedyś wyglądało. Najlepiej to pokazać w jak najwierniejszym odzwierciedleniu, dlatego dbamy o najdrobniejsze szczegóły. Buty, ubrania, fryzury, mundury, broń, a nawet rekwizyty muszą spełniać określone kryteria i być w stylu lat 40. Biorąc udział w każdej imprezie, staramy się wczuć w rolę ludzi sprzed lat i odtworzyć klimat Powstania Warszawskiego, emocje tamtych dni. Wtedy sami czujemy się „inaczej” przez kilka godzin. Mamy jednak świadomość, że za chwilę wszystko się skończy, a my wrócimy bezpiecznie do naszych domów, do naszych rodzin.

Którą rekonstrukcję wspomina pani szczególnie?

Do tej pory najbardziej zapadła mi w pamięć rekonstrukcja historyczna walk o budynek żandarmerii niemieckiej Nordwache przy skrzyżowaniu ulic Żelaznej i Chłodnej. Odbyła się dokładnie w tym samym miejscu, gdzie toczyły się prawdziwe walki, a wszelkie elementy pirotechniczne, pojazdy wojskowe, a nawet czołg „Pantera”, ją urealniły. Poza tym wśród publiczności było wielu świadków prawdziwych wydarzeń w tym miejscu. Do tej pory to wspomnienie wywołuje we mnie silne emocje.



Podczas Nocy Muzeów 2018 r. dostała pani nie lada zadanie związane z pani zawodem.

Tak, miałam zaszczyt organizować szpital powstańcy. Do dyspozycji mieliśmy całkiem sporą piwnicę, a do pomocy zgłosili się studenci medycyny ze Studenckiego Koła Naukowego Historii Medycyny WUM pod kierownictwem dr n. med. Ewy Skrzypek. Scenografię

ustawialiśmy kilka godzin, a następnie, ubrani jak medycy z tamtego czasu, weszliśmy w nasze role. Wśród zwiedzających był powstaniec warszawski Jerzy Oględzki ps. „Jur”. Stał na środku pomieszczenia i powiedział: – *Tak właśnie było...* Była to bardzo wzruszająca chwila.

Jak z perspektywy współczesnego lekarza ocenia pani pracę i wysiłki medyków podczas Powstania Warszawskiego? Czy sprościli zadaniu?

Praca lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszek podczas Powstania Warszawskiego była ekstremalnie trudna. Przede wszystkim nie zakładano tak długiego czasu trwania walk, a więc tak ogromnej liczby rannych. W początkowym okresie ilość leków i materiałów opatrunkowych była wystarczająca, jednak wraz z upływem czasu wyposażenie malało w zastraszającym tempie. W służbie zdrowia pracowało wtedy około 1,2 tys. lekarzy oraz prawie 7 tys. pielęgniarek, sanitariuszek i pomocy medycznych, rannych było ponad 20 tys. powstańców oraz około 50 tys. osób cywilnych. Są to niewyobrażalne liczby. W Warszawie podczas powstania pracowało 25 szpitali, 122 szpitalików oraz ponad 200 punktów opatrunkowych. Służba zdrowia była drugim frontem wojennym, gdzie pracowano ponad siły, pod koniec walk – bez podstawowego nawet wyposażenia. Nie można zapomnieć sanitariuszek, młodych, odważnych dziewczyn, które ściągały rannych kolegów z pierwszej linii frontu i niejednokrotnie ginęły razem z nimi. Również lekarze, pielęgniarki i dodatkowy personel medyczny ponosili śmierć wraz z pacjentami podczas bestialskich pacyfikacji i likwidacji punktów medycznych przez Niemców. Poświęcenie i determinacja podczas Powstania Warszawskiego to główne cechy służby zdrowia tamtych dni.

Stowarzyszenie Grupa Historyczna Zgrupowanie „Radosław” zajmuje się nie tylko rekonstrukcjami, ale także podejmuje wiele innych działań. Które są pani zdaniem szczególnie ważne?

Muszę podkreślić, że ważnym osiągnięciem było powołanie, w ramach działalności stowarzyszenia, Muzeum Pamięci Powstania Warszawskiego. Wśród wielu jego eksponatów są przedwojenne środki opatrunkowe, polskie i niemieckie, torby sanitarne, opaski sanitariuszek, a nawet wykaz rannych z ul. Mokotowskiej 55. Stowarzyszenie Grupa Historyczna Zgrupowanie „Radosław” współpracuje z kombatantami z różnych środowisk kombatanckich i powstańczych. Członkowie grupy mają zaszczyt pełnić służbę w pocztach sztandarowych oddziałów Zgrupowania AK „Radosław” oraz wielu innych. Działalność traktowana jest jako Służba Pamięci, obowiązek wobec tych, którzy walczyli o wolność i niepodległość Polski. Naszą aktywność rozszerzamy na inne okresy historyczne, np. rok 1918, organizujemy również Katyński Marsz Cieni, w którym rekonstruktorzy z różnych grup historycznych w mundurach z II wojny światowej symbolicznie idą do rosyjskiej niewoli.



Ma pani wyjątkową okazję do spotkań i rozmów z powstańcami. Czy opowieść i życiorys, któregoś z nich szczególnie zapadły pani w pamięć?

Tak, chciałabym wspomnieć o Hannie Kumunieckiej-Chełmińskiej ps. „Maryla”, lekarzu neurologu, sanitariuszce Komendy Głównej Armii Krajowej, pułk „Baszta” – Wojskowa Służba Kobiet. Spotkałyśmy się w ostatnich latach jej życia i mogę powiedzieć, że nawiązała się między nami nić porozumienia i przyjaźni. „Maryla” miała 16 lat, kiedy wybuchło powstanie. Jej mama była lekarzem

i podczas powstania razem pracowały w Szpitalu Elżbietanek na Mokotowie. Opowieści pani Hani były dla mnie niezwykle za każdym razem, kiedy do niej przychodziłam. Pani Hania miała nieprzeciętną, fotograficzną wręcz pamięć do dat, miejsc i nazwisk. Najbardziej jednak utkwiło mi w pamięci to, jak „Maryla” podkreślała rolę kobiet w powstaniu, ale także i po nim. Często mówiła o matkach, które straciły w powstaniu dzieci-żołnierzy, i tych, które opiekowały się – już po wojnie – dziećmi, które straciły matki. Opowiadała o poświęceniu siostr zakonnych, sanitariuszek, o sile psychicznej kobiet-żołnierzy i o ich losach po wojnie. Sama była silną kobietą i pracowała jako neurolog do 91. roku życia. Zmarła w lutym 2020 r.

Czy powstańcy różnią się od nas, współczesnych? Co sprawia, że tak bardzo nas ujmują?

Rzeczywiście powstańcy są trochę „inni”. Przede wszystkim to zupełnie inne pokolenie, pokolenie ludzi wychowanych przed wojną, a następnie przez wojnę. Cechuje ich wysoka kultura osobista i klasa, ponadto bardzo ładnie wypowiadają się w języku polskim. Niestety, czas bieżący nieubłagany i wszyscy powoli odchodzą... Dlatego przejmujemy od nich sztafetę pokoleń w Służbie Pamięci. ●



Duszpasterz środowisk medycznych Archidiecezji Warszawskiej
ks. Władysław Duda

serdecznie zaprasza lekarzy oraz całe środowisko medyczne
na uroczystość związaną z Dniem św. Łukasza – Waszego patrona,
która odbędzie się

18 października 2022 r., o godz. 18.30,

w kościele św. Zygmunta w Warszawie, przy pl. Konfederacji 55.

Uroczystej mszy świętej przewodniczyć będzie
JE Kardynał Kazimierz Nycz.



Zapraszamy

seniorów lekarzy/lekarzy dentystów
w poniedziałki i czwartki
w godz. 12.00-14.00 na dofinansowane
przez OIL w Warszawie obiady do Klubu
Lekarza w Warszawie, ul. Raszyńska 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 06.

Chór Medicantus

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów
do wspólnego śpiewania.

Próby odbywają się w poniedziałki
od godz. 19.00 w siedzibie OIL w Warszawie,
przy ul. Puławskiej 18, w Sali Im. prof. W. Szanajcha.

Kontakt
e-mail: dyrygent.smim@interia.pl
krzysztof.moczarski@gmail.com
tel.: 501 213 438, 507 058 663



Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali
dofinansowania zakupu wyrobów
medycznych z NFZ ani z PFRON,
do ubiegania się o dofinansowanie
oferowane przez naszą izbę

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 września 2022 r.



Koleżanki i Koledzy,
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy
przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok
życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej,
o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych
i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 września 2022 r.



Dr Mery Topolskiej-Kotuleckiej
wyraży najgłębszego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
Piotr Pawliszak,
p.f. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



Dr. Aleksandrowi Ananiczowi
wyraży współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
radomskie środowisko lekarzy
oraz Karol Stępniewski,
przewodniczący Delegatury Radomskiej.



Naszej Koleżance
dr Mery Topolskiej-Kotuleckiej
wyraży współczucia w trudnych chwilach po śmierci

Taty

składają
Dariusz Paluszek,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
ds. lekarzy dentystów,
oraz koleżanki i koledzy
z Komisji ds. Lekarzy Dentystów.



Z głębokim żalem informujemy,
że 13.07.2022 r. po długiej chorobie odeszła od nas
wspaniała przyjaciółka i lekarka

dr hab. n. med. Anna Waszczuk-Gajda

wieloletnia pracownica Katedry i Kliniki Hematologii,
Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
UCK WUM w Warszawie.
Będzie nam Ciebie bardzo brakować.
Koleżanki i koledzy



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Urszula Wolińska-Kuñaj – tel. 22-542-83-81, u.wolinska@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska – tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

PUBLICYSTYKA: Adrian Boguski – a.boguski@oilwaw.org.pl, Kamila Hoszcz-Komar – k.hoszcz@oilwaw.org.pl
Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl

ZDJĘCIA: Karolina Bartyzel – k.bartyzel@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Piotr Kowalewski, Filip Niemczyk,
Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska – tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski, Keiji Matsumoto

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.
Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

OC dla członków OIL w Warszawie

Pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!

Wystarczy
tylko raz w roku
odnowić deklarację
przystąpienia do programu,
by zachować ciągłość ubezpieczenia,
które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
gwarantuje swoim członkom.

Zrób to

online na stronie www.ins-med.pl/oil-warszawa

telefonicznie 577 930 560, 577 930 370, 577 930 380

lub osobiście w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18

W razie pytań, związanych z ubezpieczeniem OC,
zapraszamy do kontaktu z INS Service:

tel.: 22 494 36 50

e-mail: biuro@ins-med.pl



PRACA DLA LEKARZY

**Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza** zaprasza do
przeglądania publikowanych ogłoszeń
dotyczących zatrudnienia lekarzy:

Na stronie WWW OIL w Warszawie:

www.izba-lekarska.pl
→ praca dla lekarzy
→ wyszukiwarka ogłoszeń

**Na profilu facebookowym Centrum Kariery
Lekarza:**

www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza

**Na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie**

**CER
MED**
CENTRUM ROZWOJU PROFESYJNY



**Zapraszamy pracodawców
do publikacji ogłoszeń.**

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,
zadzwoń do nas:

22 542 83 53 lub 668 373 100,
lub napisz: praca@oilwaw.org.pl



Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej

W ramach ubezpieczenia zapewniamy m.in. wypłatę środków w razie ciężkiej choroby i nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja daje możliwość ochrony życia i zdrowia Twoich dzieci.



Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

- ✓ dzieci od dnia narodzin, niezależnie od tego, czy są w żłobkach, przedszkolach czy klubach dziecięcych,
- ✓ uczniów szkół podstawowych i średnich,
- ✓ studentów do 25. roku życia.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



Wszędzie – na całym świecie 24/7. Wypłacimy świadczenie niezależnie od tego, czy do zdarzenia dojdzie w domu, w szkole, na boisku, na obozie sportowym czy podczas wakacji za granicą.

Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



Wypłacamy pieniądze w razie następstw nieprzewidzianych zdarzeń. Nasze ubezpieczenie obejmuje nie tylko następstwa popularnych złamań czy zwichnięć, ale także m.in. ukąszeń, pogryzień, oparzeń i wstrząśnienia mózgu.



Jeśli wypadek zdarzy się w czasie wycieczki szkolnej, wypłacimy wyższe odszkodowanie niż w razie każdego innego wypadku – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.



Ponosimy odpowiedzialność również za wypadki komunikacyjne na wodzie i w powietrzu, a także za wypadki spowodowane uprawianiem sportów (rekreacyjnie, wyczynowo, zawodowo) – nawet tych wysokiego ryzyka.



Zwracamy koszty zakupu sprzętu ortopedycznego i odbudowy zębów stałych uszkodzonych podczas wypadku.



Po nieszczęśliwym wypadku nie trzeba szukać pomocy na własną rękę – na terenie Polski możemy zorganizować i opłacić m.in. konsultacje lekarskie czy domowe wizyty fizjoterapeuty i pielęgniarki.



Zapewniamy wsparcie również, gdy dziecko poważnie zachoruje na jedną z chorób objętych zakresem ubezpieczenia, m. in. cukrzycę typu 1, neuroboreliozę czy wściekliznę. Wypłacamy pieniądze także w razie wystąpienia pocovidowego zespołu PIMS-TS.



Zarówno po wypadku dziecka, jak i w ciężkiej chorobie możemy zorganizować dla niego i opłacić pomoc psychologiczną (do kwoty 2000 zł) oraz korepetycje (do kwoty 1200 zł).



Aby otrzymać świadczenia za drobne urazy (do 0,5% sumy ubezpieczenia), które wymagają jednorazowej interwencji lekarza, nie trzeba odbywać wizyty kontrolnej.

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę ins-med.pl.

Obsługa kompleksowa przez **INS Services** – lidera w ubezpieczeniach dla lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce:

ins INS Services
insurance agency

+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

biuro@ins-med.pl
ins-med.pl

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)



PEŁNIĄCY FUNKCJĘ PREZESA ORL W WARSZAWIE Piotr Pawliszak – tel. 22-542-83-42
WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW Dariusz Paluszek – tel. 22-542-83-55
WICEPREZES ORL Tomasz Imiela – tel. 22-542-83-82
PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ Karol Stępniewski – tel. 48-331-36-62
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42
SEKRETARZ ORL Marta Moczydłowska – tel. 22-542-83-31
PEŁNOMOCENIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH Piotr Winciunas – tel. 22-54-28-345
SKARBNIK Jan Krzysztof Kowalczyk – tel. 22-542-83-85
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ Ewelina Bobek-Pstrucha
tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27
PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO Roman Jasiński
tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21
PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ Elżbieta Latoszek-Banasiak
tel. 22-542-83-28
DYREKTOR BIURA Sylwia Szewczak – tel. 22-542-83-47
KSIĘGOWOŚĆ tel. 22-542-83-35 | 22-542-83-79 | 22-542-83-54
KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: wtorek–czwartek w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.30)
SKŁADKI tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96
KOMISJA DS. REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14
KOMISJA DS. PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31
KOMISJA DS. KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA
tel. 22-542-83-30
KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32
KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12
KOMISJA DS. LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
KOMISJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ tel. 22-542-83-90
KOMISJA LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30
KOMISJA MŁODYCH LEKARZY tel. 22-542-83-90
KOMISJA DS. KULTURY tel. 22-542-83-33
KOMISJA DS. SPORTU tel. 22-542-83-33
RZECZNIK PRAW LEKARZA tel. 22-542-83-28
PEŁNOMOCENIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 660-672-133
OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
tel. 22-542-83-71 | 22-542-83-75 | 22-542-83-76 | 22-542-83-77 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
MEDIATOR tel. 22-542-83-29
ZESPÓŁ DS. MATEK LEKAREK tel. 22-542-83-90
ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ tel. 22-542-83-33
ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-90
ZESPÓŁ DS. LEKARSKIEGO UNIwersYTETU TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”
tel. 22-542-83-55
DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ tel. 22-542-83-83
RZECZNIK PRASOWY Urszula Wolińska-Kuñaj – tel. 691-911-121
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-37-31-00 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30 | środa w godz. 8.00–16.00
FUNDACJA PRO SENIORE tel. 22-542-83-30



Zdobytą wiedzę i umiejętności zabiegowe
w szkoleniach zorientowanych na praktykę.

Korzystaj z pakietów i dofinansowania.

 <p>HARD TISSUE MANAGEMENT Lek. dent. Marcin Borkan 17-18.09.2022</p>	 <p>IMPLANTOPROTETYKA DLA POCZĄTKUJĄCYCH Lek. dent. Magdalena Piotrowska 24-25.09.2022</p>	 <p>SINUS LIFT - metody, wskazania, powikłania Dr n. med. Valeriu Boyik Dr n. med. Cristian Frone 30.09-01.10.2022</p>	 <p>SZKOLENIE DLA ASYSTENTEK IMPLANTOLOGICZNYCH Dypl. inż. stomat. Dorota Makarewicz Lek. dent. Karolina Osowska 9-10.10.2022</p>
 <p>DIAGNOSTYKA ORTODONTYCZNA Dr n. med. Marcin Stasiak 14-15.10.2022</p>	 <p>IMPLANTOPROTETYKA - protezy overdenture Lek. dent. Magdalena Piotrowska Tech. dent. Marek Wilgała 4-5.11.2022</p>	 <p>SOFT TISSUE MANAGEMENT Lek. dent. Marcin Borkan 12-13.11.2022</p>	 <p>APARATY STAŁE CIENKOLUKOWE Dr n. med. Marcin Stasiak 19-20.11.2022</p>
 <p>IMPLANTOPROTETYKA - stałe rekonstrukcje w bezzębiu Lek. dent. Magdalena Piotrowska Tech. dent. Marek Wilgała 3-4.12.2022</p>	 <p>MIKROIMPLANTY I BIOMECHANIKA w leczeniu ortodontycznym Dr n. med. Marcin Stasiak 9-11.12.2022</p>	 <p>Zostań implantologiem w 7 miesięcy na specjalistycznym szkoleniu zorientowanym na praktykę!</p> 	

Zanim skorzystasz z oferty,
poznaj dokładnie programy szkoleń
i przekonaj się jak wiele możesz zyskać!



zobacz
stronę



VIVADENTAL
EUROPEAN DENTAL IMPLANT INSTITUTE

Instytut Vivadental
Aleja Zwycięstwa 48, 80-210 Gdańsk
tel. 509-681-271; tel. 58-358-85-03
instytut@vivadental.edu.pl
www.vivadental.edu.pl