

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

MARZEC 2023 (nr 335)



TEMAT NUMERU:

## BŁĄD SYSTEMU

- » Samorządowy projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia
- » Kryzys neurochirurgii w Radomiu
- » W kontrze: Odpowiedzialność cywilna za zdarzenia medyczne

» Sprawiedliwy dostęp czy sprawiedliwa reglamentacja?

» Z okupacji na front

» Tuczenie marketingiem

TEMAT NUMERU:

## **BŁĄD SYSTEMU**

### **2 Między zaufaniem a podejrzliwością...**

z Piotrem Pawliszakiem  
rozmawia Olga Rasińska

### **5 Nie ma *no-fault*, nie ma ustawy** Małgorzata Solecka

### **8 „Mam nadzieję, że żaden dramat się tam nie wydarzył”** Michał Niepytalski

### **17 Medycyna i ekonomia. Duński system...** Martin Erichsen



Graf. na okładce: K. Matsumoto

## SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

### W KONTRZE

#### **14 Wybieram życie** Robert Mołdach

#### **15 Potrzeba klarownych zasad** Zbigniew Dudko

### POLITYKA

#### **16 Sprawdzam** Małgorzata Solecka

### EDUKACJA

#### **22 Roczek jej się odlepił...** Kamila Hoszcz-Komar

### SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

#### **24 Zmieniamy się dla Ciebie** Dariusz Paluszek

### SYSTEM

#### **26 Sprawiedliwy dostęp czy sprawiedliwa reglamentacja?** Maria Libura

### LEKARZ W SPOŁECZEŃSTWIE

#### **28 Ubóstwo i nierówności...** Ryszard Szarfenberg

### UKRAINA

#### **30 Z okupacji na front** Paweł Pieniążek

### PSEUDOMEDYCYNĄ

#### **36 Tuczenie marketingiem** Paweł Walewski

### PRAWO

#### **40 Rewizja refundacji** Michał Niepytalski

#### **42 Obrona konieczna przed agresywnym pacjentem** Mikołaj Małecki

#### **44 Aktualności prawnomedyczne** Filip Niemczyk

#### **46 Analiza przypadku** Karolina Podsiadły-Gęsikowska, Aleksandra Powierża

### IZBA DLA LEKARZY

#### **48 Semestr na piątkę** Michał Niepytalski

# Moja składka – co warto wiedzieć?

## Jaka jest obecnie wysokość składki?

- 120 zł – dla lekarzy i lekarzy dentyistów,
- 60 zł – dla lekarzy stażystów.

**WAŻNE:** lekarze oraz lekarze dentyści, którzy ukończyli 70 lat, nie muszą opłacać składki członkowskiej.

## Jak mogę złożyć wniosek do Komisji?

Wniosek można wysłać pod adresem: [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)  
Składka może być obniżona o połowę lub wnioskujący może być zwolniony z jej opłacania.



## Masz pytania?

Skontaktuj się z nami!  
Na Wasze pytania dotyczące składek czekamy pod adresem e-mail: [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)

## Kto może ubiegać się o zwolnienie z obowiązku opłacania składki?

Może to zrobić **każdy lekarz w trudnej sytuacji życiowej**. Wnioskiem zajmie się Komisja ds. Zwolnień Lekarzy z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej.

## Na co przeznaczana jest składka?

W ramach opłacanych składek członkowskich można skorzystać m.in. z:

- ubezpieczenia OC,
- opieki prawnej,
- pomocy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów,
- Funduszu Samopomocy (becikowego, pożyczek socjalnych i szkoleniowych, zapomóg losowych, odpraw pośmiertnych),
- szkoleń,
- stypendiów/dofinansowań,
- dofinansowania szczepień ochronnych,
- kart sportowych i zajęć organizowanych przez Komisję ds. Sportu,
- zajęć Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.

WIĘCEJ INFORMACJI ZNAJDZIESZ NA:  
[HTTPS://IZBA-LEKARSKA.PL/](https://izba-lekarska.pl/)

OBSERWUJ NAS:



# Między zaufaniem a podejrzliwością – projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia

CHOĆ CZASEM O TYM ZAPOMINAMY, PEWNA NIEUFNOŚĆ W SPOŁECZEŃSTWIE JEST NATURALNA I POTRZEBNA DO FUNKCJONOWANIA DEMOKRACJI.

ISTNIEJE GRANICA MIĘDZY NIĄ A PODEJRZLIWOŚCIĄ. TAM, GDZIE REPRESJA USTĘPUJE JAWNOŚCI, TWORZY SIĘ PRZESTRZEŃ NA ZBUDOWANIE... ZAUFANIA. WŁAŚNIE TAKIE ZAŁOŻENIE PRZYJĄŁ SAMORZĄD LEKARSKI W PROJEKCIE USTAWY O BEZPIECZEŃSTWIE LECZENIA. INNĄ KONCEPCJĘ PRACY OCHRONY ZDROWIA ZAPROPONOWALI RZĄDZĄCY. DLACZEGO NIE MOŻEMY SIĘ POROZUMIEĆ? O TYM, CZY TRANSPARENTNOŚĆ I ZROZUMIENIE MOŻE ZAJĄĆ PRZESTRZEŃ MIĘDZY ZAUFIANIEM A NIEUFNOŚCIĄ, Z **PIOTREM PAWLISZAKIEM**, PREZESEM ORL W WARSZAWIE, PRZEWODNICZĄCYM ZESPOŁU DS. REFORMY SYSTEMU ZGŁASZANIA I REJESTROWANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH I SZKÓD W OCHRONIE ZDROWIA PRZY NRL, ROZMAWIA OLGA RASIŃSKA.

**Dlaczego samorząd zdecydował się wyręczyć rząd i posłów, stworzyć „Samorządowy projekt ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych”?**

Przez dość długi czas prowadziliśmy dialog z Ministerstwem Zdrowia i rzecznikiem praw pacjenta. Warto przypomnieć, że włączenie samorządu lekarskiego w prace nad projektem było jednym z postulatów „Białego miasteczka 2.0”. Dialog został jednak zerwany. Widząc taką postawę i znając poglądy strony rządowej na kie-

runek rozwoju projektu, stwierdziliśmy, że musimy przedstawić rozwiązanie bardziej profesjonalne i sprawiedliwe.

**Jaka jest główna różnica między projektem przygotowanym przez rząd a tym, który proponuje samorząd?**

Projekt samorządowy jest krótszy. Nie dotyka problematyki akredytacji podmiotów leczniczych, bo w naszej ocenie powinien ją objąć odrębny akt prawny. Różnice dotyczą trzech obszarów. Po pierwsze, zgodnie z zaleceniami Rady Europy, dopuszczamy możli-

wość zgłoszenia zdarzenia niepożądanego anonimowo, w sposób wykluczający represję w stosunku do lekarzy, a także wyścig, kto pierwszy złoży zawiadomienie. Chcemy patrzeć na system, a nie na jednostki, rozmawiać o ideach i zdarzeniach, a nie o konkretnych osobach (nawiązując trochę do znanej wypowiedzi Eleanor Roosevelt). W kwestii funduszu kompensacyjnego proponujemy: coroczną waloryzację wypłat na podstawie informacji o przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu, przyjęcie za dodatkowe źródło finansowania składek od podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wprowadzenie



Fot. O. Rosińska

nie instytucji koordynatora leczenia poważnych następstw zdrowotnych. Ostatnie wymienione rozwiązanie nawiązuje do systemu stosowanego w Nowej Zelandii – pacjenci posiadający stosowne zaświadczenie mogą korzystać z preferencyjnego systemu kolejkowego i dzięki temu szybciej wrócić do zdrowia. Kolejna różnica dotyczy odpowiedzialności karnej. Zapis, który proponujemy, wywodzi się z tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, znanej z przepisów covidowych. Nie chodzi o bezkarność, odpowiedzialność karna będzie groziła za niedochowanie należytej ostrożności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W naszej ocenie pozwoli to na

wcześniejsze kończenie postępowań prokuratorskich, które i tak w 95 proc. przypadków nie znajdują swojego finału w sądzie.

**Kto był w zespole tworzącym projekt? Pracowali w nim specjaliści legislatorzy?**

Zespół tworzyło czterech prawników, w tym ekspert od legislacji, oraz kilkunastu lekarzy z różnym stażem pracy i o różnych specjalizacjach, również lekarze dentyści. Przed podjęciem decyzji dotyczących poszczególnych rozwiązań konsultowaliśmy się z ekspertami prawa karnego, cywilnego,

ubezpieczeniowego, medycznego, konstytucyjnego. Projekt przygotowany przez zespół został przekazany do opiniowania komisjom legislacyjnym izb okręgowych, a następnie Naczelnej Radzie Lekarskiej, która przyjęła go jednogłośnie.

**Czy pana zdaniem to projekt, który mógłby zostać przyjęty przez parlamentarzystów, a co za tym idzie, jego założenia mogłyby być szybko wdrożone?**

Projekt został przekazany do konsultacji partnerom społecznym i udostępniony do szerokiej dyskusji ze społec-

► czeństwem. Przede wszystkim zawiera kompleksową filozofię podejścia do zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej i ich skutków, zawierającą zasady sprawiedliwego traktowania i transparentności. Jesteśmy jak najbardziej otwarci na dyskusje dotyczące szczegółów projektu i dopuszczamy możliwość modyfikacji, np. kwot świadczeń. Praca od podstaw nad projektem niewątpliwie uczy pokory. Sądzę więc, że mogłby podlegać dalszym zmianom, ale nie uważam tego za wadę. Materia, którą obejmuje, jest na tyle szeroka, że wiele elementów moż-

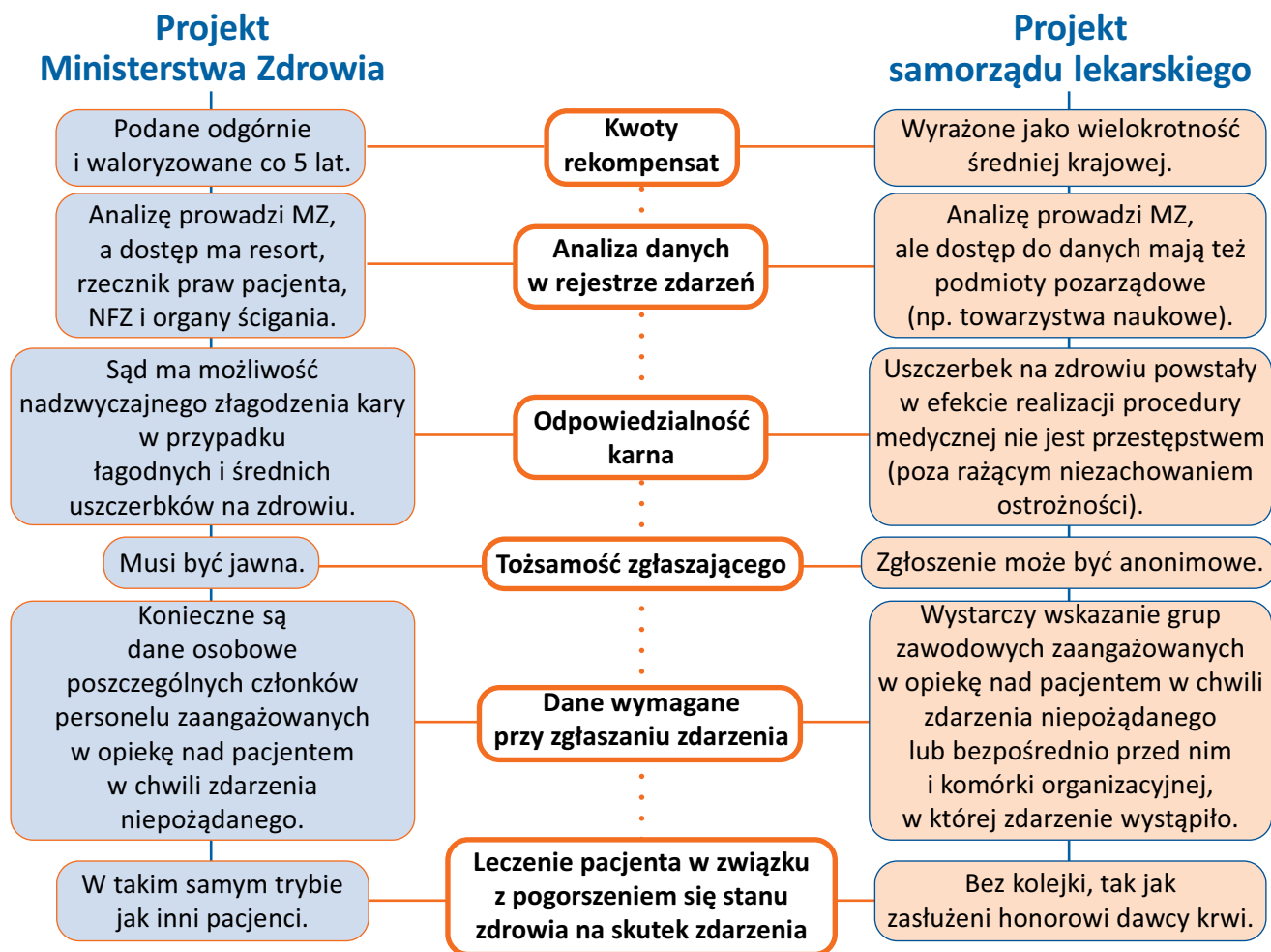
na kształtować na kilka sposobów. O jej plastyczności świadczy ewolucja, jaką projekt rządowy przeszedł od pierwszej wersji.

**Czy uważa pan, że jako społeczeństwo dorośliśmy już do systemu opartego na zaufaniu i transparentności?**

Po lekturze książki „Homo nie całkiem sapiens” prof. Bohdana Wojciszke i Marcina Rotkiewicza uważam, że nie jesteśmy jeszcze na to gotowi. Duża jednak rola w kreowaniu pewnej kul-

tury przypada władzom centralnym. Jako ludzie jesteśmy emocjonalni, ulegamy stereotypom czy wręcz uprzedzeniom. Ale odpowiedzialne kreowanie prawa polega na uwzględnianiu interesu społecznego w decyzjach podejmowanych na podstawie sprawdzonych danych. A informacje o systemach opartych na zasadzie *no-fault* nie pozostawiają wątpliwości. Sądzę, że najlepszym rozwiązaniem będzie implementacja tego systemu i budowanie jego wiarygodności. Reszta, także poparcie społeczne, stanie się naturalną konsekwencją.

## „PROTOKÓŁ ROZBIEŻNOŚCI” – PODSTAWOWE RÓŻNICE MIĘDZY PROJEKTAMI USTAW W UPROSZCZENIU



**Wniosek:**

prioritytem Ministerstwa Zdrowia jest znalezienie winnych za wszelką cenę, samorządu – wykrywanie błędów i troska o dobro pacjentów.

# Nie ma *no-fault*, nie ma ustawy

W LUTYM SEJM NIEOCZEKIWANIE WSTRZYMAŁ PRACE NAD RZĄDOWYM PROJEKTEM USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA. PROJEKTEM, KTÓRY OD KILKUNASTU MIESIĘCY LEKARZE OPROTESTOWUJĄ, WSKAZUJĄC JEGO NAJWIĘKSZĄ UŁOMNOŚĆ – BRAK PRAWDZIWEGO SYSTEMU *NO-FAULT*, GWARANTUJĄCEGO, A PRZYNAJMNIEJ RADYKALNIE ZWIĘKSZAJĄCEGO, BEZPIECZEŃSTWO ZARÓWNO PROCESU LECZENIA PACJENTA, JAK I PERSONELU MEDYCZNEGO. ZAWIESZENIE PRAC W PARLAMENCIE PRZED DRUGIM CZYTANIEM SAMORZĄD LEKARSKI WYKORZYSTAŁ DO PRZEDSTAWIENIA WŁASNEGO PROJEKTU USTAWY O BEZPIECZEŃSTWIE LECZENIA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

9 lutego w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej zaprezentowali przyjęty wcześniej jednogłośnie przez NRL projekt ustawy, nad którym prace (zespołowi przewodniczył prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak) trwały od przełomu sierpnia i września. Dwa dni wcześniej okazało się, że po odrzuceniu przez Sejmową Komisję Zdrowia jednym głosem sprawozdania z prac nad zwyczajnej podkomisji powołanej do prac nad projektem rządowym, z porządku Sejmu zniknęło zaplanowane drugie czytanie projektu, a Tomasz Latos, przewodniczący Komisji Zdrowia, nie potrafił udzielić posłom precyzyjnej informacji, czy projekt wróci do agendy prac, a jeśli tak, czy stanie się to w marcu, kwietniu, czy może jeszcze później.

Samorząd lekarski od początku prac nad rządowym projektem w pierwotnej wersji zgłaszał liczne zastrzeżenia, m.in. wobec ułomnej konstrukcji systemu *no-fault*, która uzależniała zwolnienie z odpowiedzialności karnej od imiennego zgłoszenia zdarzenia niepożądanego. W ostatnich miesiącach, gdy przekonano się, że kompromis w łonie rządu i zgoda ministra sprawiedliwości na procedowanie projektu oznaczały wycofanie nawet tego rozwiązania i zastąpienie go „możliwością nad-

zwyczajnego złagodzenia kary” dla zgłaszającego zdarzenie niepożądane, a jednym z warunków skorzystania z „prawa do łaski” jest wskazanie wszystkich uczestniczących w zdarzeniu, samorząd stał na stanowisku, że projekt należy odrzucić w całości, bo próby poprawiania go są skazane na porażkę.

Prace parlamentarne potwierdziły, że diagnoza lekarzy była słuszna: najpierw podkomisja, a następnie Komisja Zdrowia podczas prac nad projektem przyjęła co prawda ponad 100 poprawek, ale ich lwia część miała wyłącznie charakter redakcyjny oraz uściślający i została przygotowana przez sejmowych legislatorów. Niemal wszystkie merytoryczne poprawki opracowane przez kluby opozycyjne, również dotyczące rozwiązań w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych, zostały odrzucone. Opozycja zapowiedziała więc złożenie wniosków o odrzucenie projektu w całości w trakcie drugiego czytania. Do niego jednak nie doszło, bo Komisja Zdrowia na końcowym etapie jednym głosem odrzuciła sprawozdanie podkomisji. *Nota bene* w opublikowanej 13 lutego rozmowie z Rynkiem Zdrowia minister Adam Niedzielski dziwił się, jak opozycja mogła głosować przeciw projektowi, który wcześniej wraz z posłami PiS wspólnie „przepracowała”. Podkreślał, że to „wypadek przy ▶

- ▶ pracy” spowodowany nieobecnością podczas posiedzenia kilku posłów PiS, a losy ustawy nie są zagrożone.

Przebieg prac parlamentarnych pokazał jednak dobitnie, że jest przestrzeń do dyskusji nad prawdziwym systemem *no-fault*. Wbrew twierdzeniom przedstawicieli rządu nie oznacza on żądania bezkarności lekarzy. Środowisko nie ma bowiem żadnych wątpliwości: nie tylko działania umyślne (co oczywiste), ale też wynikające z ewidentnych zaniedbań, oraz zatajane zdarzenia niepożądane powinny być przedmiotem postępowania prokuratorskiego, a w konsekwencji, jeśli zarzuty się potwierdzą, podlegać osądowi z przepisów prawa karnego.

Zdecydowana większość zdarzeń medycznych, niepożądanych zdarzeń medycznych, nie ma jednak takiego charakteru. Lekarze przypominają, że są one najczęściej wynikiem uwarunkowań systemowych albo splotu okoliczności, które, zsumowane, przyczyniają się do podjęcia niewłaściwej decyzji. Lekarze chcą móc zgłaszać takie zdarzenia bezpiecznie, czyli anonimowo. Utworzony w ten sposób rejestr powinien być wykorzystywany w skali podmiotu leczniczego oraz systemu, jako wręcz podręcznik wskazujący, czego należy unikać, a co należy – w skali mikro i w skali makro – poprawiać, by zwiększało się bezpieczeństwo pacjentów.

Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przekonywał podczas prezentacji raportu, że lekarze chcą leczyć bez obaw przed odpowiedzialnością karną. – *Obecne prawo może doprowadzić do wieloletniej batalii sądowej, ciągania lekarza po sądach* – podkreślał. – *Lekarze chcą się na błędach uczyć i wyciągać z nich wnioski. Jeśli już dochodzi do zdarzenia niepożądanego, na pierwszym miejscu powinien być pacjent i zapewnienie mu możliwości szybkiego zdrowienia. Nie chcemy, by cały aparat państwa koncentrował się na tym, jak lekarza przeczłgać przez postępowania sądowe.*

Szczegóły projektu przedstawił dziennikarzom prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak. Przypomniawszy, że przygotowujący dokument lekarze korzystali ze wsparcia nie tylko prawników, ale też ekspertów w zakresie lotnictwa (to w tej dziedzinie system *no-fault* działa od lat i jest fundamentem bezpieczeństwa firm produkujących samoloty, linii lotniczych, towarzystw ubezpieczeniowych, ale przede wszystkim – pasażerów) oraz organizacji pacjentów (w ubiegłym roku w NIL odbyła się konferencja ekspercka, z której wnioski zostały uwzględnione w projekcie).



Projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia opiera się na trzech głównych filarach. Częściowo, co warto zaznaczyć, pokrywają się one z projektem rządowym, choć różnice nie ograniczają się bynajmniej do szczegółów.

Po pierwsze: rejestr zdarzeń niepożądanych. Rządowy projekt również przewiduje jego powstanie, ale oczywiście (to nie tylko głosy „totalnej opozycji”, lecz i zgłaszane przez całe miesiące opinie ekspertów, także np. z firm ubezpieczeniowych) brak gwarancji bezpieczeństwa prawnego i koniecz-





Fot. licencja OIL w Warszawie

ność imiennego zgłaszania zdarzeń zmniejszają prawdopodobieństwo wypełnienia zbioru, nazwanego „rejstem zdarzeń niepożądanych” treścią, czyli zgłoszeniami. Jest duże niebezpieczeństwo, że pozostanie pusty lub wypełni się w tak niewielkim stopniu, że będzie nieprzydatny. Dodatkowo, co podkreślał prezes Pawliszak, w samorządowym projekcie system rejestracji zdarzeń jest rozbudowany „o analizę zdarzeń niepożądanych i zasięganie głosu eksperckiego w kreowaniu procedur w zakresie kształcenia kadr medycznych, informowania o zdarzeniach niepożądanych”. – Biorąc pod uwagę to, że

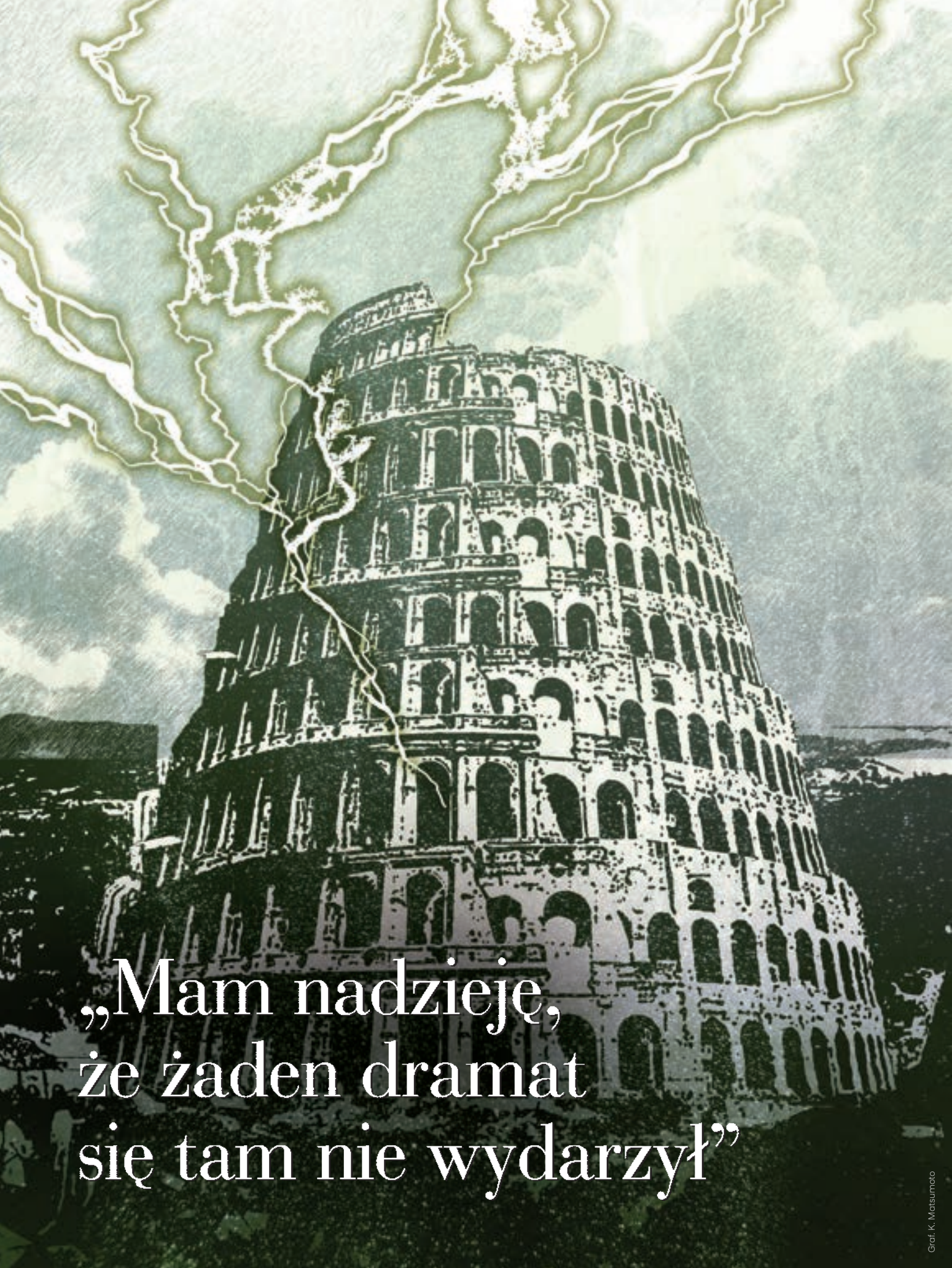
nawet 90 proc. zdarzeń wynika z błędnej organizacji systemu, musimy przyjrzeć się uważnie wszystkim jego elementom – tłumaczył. Dodał, że ukaranie jednostki daje wyłącznie iluzję bezpieczeństwa. – Chcemy „odczepić” samo zgłoszenie zdarzenia niepożądanego od odpowiedzialności karnej, o ile nie zostało ono zatajone. Mówimy: medyku, jeśli nie wiedziałeś o jakimś zdarzeniu, nie mogłeś go zgłosić i nie powinieneś być za to karany – wyjaśniał.

Drugi filar to fundusz kompensacyjny zdarzeń niepożądanych. Tu podobieństw z projektem rządowym jest więcej, zwłaszcza po przyjęciu przez podkomisję poprawki dotyczącej częstszej waloryzacji świadczeń wypłacanych z funduszu (projekt rządowy przewidywał, że będzie ona następować co pięć lat). Są też jednak różnice. Lekarze proponują, by elementem systemu kompensacji był koordynator leczenia następstw poważnych zdarzeń medycznych (chodzi o to, by pacjent mógł liczyć nie tylko na rekompensatę finansową, ale i na wsparcie w procesie odzyskiwania zdrowia i, jeśli to możliwe, naprawy poniesionej szkody zdrowotnej – to jedno z oczekiwań bardzo wyraźnie formułowanych przez organizacje pacjentów). W finansowaniu całego systemu miałyby partycypować podmioty lecznicze.

– Ostatnim filarem są zmiany w zakresie kodeksu karnego. To modyfikacja, a nie bezkarność. Naszą inspiracją była funkcjonująca już klauzula dobrego Samarytanina. Chodzi nie o zniesienie odpowiedzialności karnej, lecz o jej ograniczenie – mówił prezes Pawliszak, wskazując, że ograniczeniem, które nie znosiłoby odpowiedzialności karnej, byłoby rażące niezachowanie ostrożności przez profesjonalistę medycznego, np. lekarza.

Jak podkreślali przedstawiciele NRL, dane za ostatni rok wskazują, że do pionu odpowiedzialności zawodowej samorządu wpłynęło 12,3 tys. spraw o domniemane błędy popełnione przez lekarzy, z czego 14,5 proc. skończyło się wnioskiem do sądu lekarskiego. Prokuratury, do których trafiło 14 tys. spraw, skierowały akt oskarżenia jedynie w 5 proc. przypadków. Wniosek? Lwia część zdarzeń medycznych powstaje bez winy człowieka, nawet nieumyślnej, a samorząd lekarski patrzy na przypadki zdarzeń medycznych znacznie bardziej „surowo” niż wymiar sprawiedliwości.

Samorządowy projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia zostanie przekazany do szerokiej konsultacji społecznych. Otrzymają go również parlamentarzyści. ●



„Mam nadzieję,  
że żaden dramat  
się tam nie wydarzył”

## PISZEMY O TYM, JAK ZAWIÓDŁ SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYPADKU ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII MAZOWIECKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W RADOMIU, KTO SIĘ PROBLEMÓW NIE SPODZIEWAŁ ORAZ KTO I CO O NICH WIEDZIAŁ.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fot. K. Bartyzel

**T**warde „nie” ze wszystkich stron – tak zakończyły się 30 grudnia 2022 r. negocjacje między sześcioma neurochirurgami ze szpitalnego Oddziału Klinicznego Neurochirurgii a zarządem placówki. Kierownictwo nie zgodziło się na oczekiwaną przez zespół lekarski podwyżkę, zespół nie zgodził się na podpisanie nowych umów. To był ostatni etap rozmów toczących się z przerwami od kilku miesięcy. *„Przeciąganie negocjacji przez zarząd do ostatniej chwili i bazowanie na wywoływaniu poczucia winy u lekarzy. Przerzuca się tym samym odpowiedzialność za funkcjonowanie i organizację systemu opieki zdrowotnej na medyków, samemu jej unikając. To nie jest właściwa praktyka”* – ocenił Karol Stępniewski, wiceprezes ORL w Warszawie i przewodniczący Delegatury Radomskiej.

Obowiązki starych kontraktów miało się skończyć dzień później. Szpital nie znalazł następców odchodzących medyków. 31 grudnia ostatni lekarze zeszli z dyżuru na neurochirurgii. Od pierwszej minuty nowego roku południowe Mazowsze pozostało bez oddziału neurochirurgicznego. Tuż po noworocznym weekendzie media obiegrała informacja o kłopotach w szpitalu, który radomianie nazywają Szpitalem na Józefowie. Rynek Zdrowia pisał: *„Jedyny w regionie oddział neurochirurgii zamknięty”*, radomska „Wyborcza” alarmowała: *„Neurochirurgia w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu nieczynna”*.

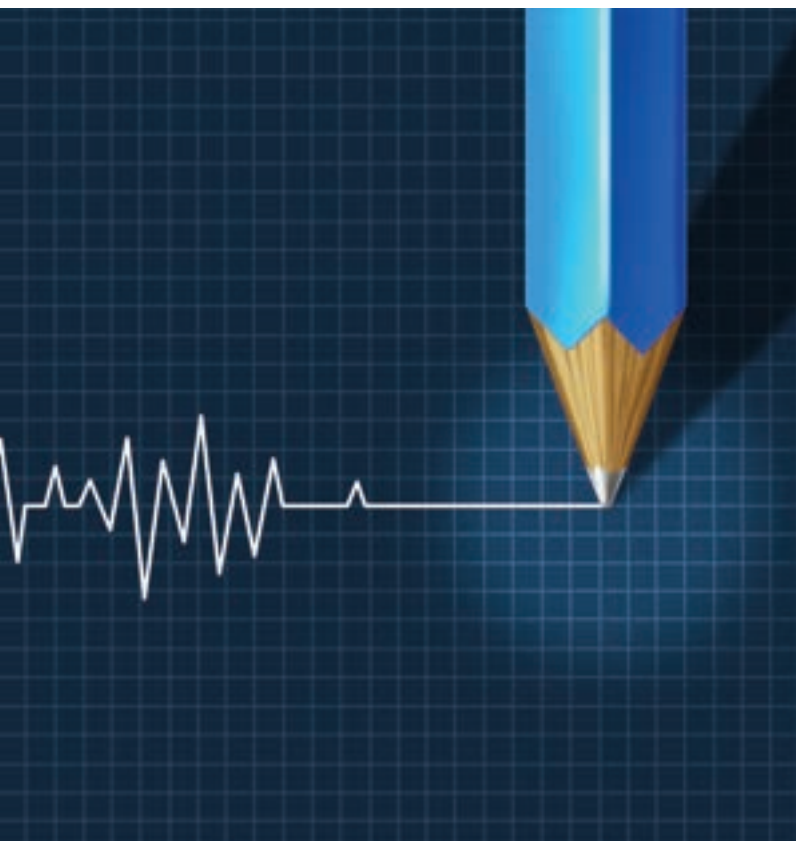
Była to zła wiadomość przede wszystkim dla pacjentów. Ale z perspektywy polskiego systemu ochrony zdrowia, można by rzec – dzień jak każdy inny. Z danych zebranych przez dziennik „Rzeczpospolita” wynika, że w minionym roku wojewodowie w całym kraju wydali przynajmniej 78 decyzji o zawieszeniu działalności leczniczej. Co ciekawe, „RP” napisała, że na Mazowszu w 2022 r. nie podjęto ani jednej takiej decyzji. Nie jest to chyba jednak informacja ścisła, bo jesienią ubiegłego roku wniosek o częściowe zawieszenie działalności leczniczej składało uzdro-

wisko w Konstancinie, kiedy na tamtejszym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży zabrakło psychiatrów.

### CO SIĘ WYDARZYŁO W RADOMIU?

*„W sobotę, 31 grudnia, o zaistniałej sytuacji poinformowaliśmy drugi szpital funkcjonujący w Radomiu, szpital ościennie, Radomskie Pogotowie Ratunkowe, koordynatora ratownictwa medycznego na Mazowszu”* – przekonywała w korespondencji z „Pulsem” Karolina Gajewska, specjalistka ds. kontaktów z mediami w MSS w Radomiu. W dalszym ciągu wiadomości przedstawicielka placówki wyjaśniała: *„Poprosiliśmy o wsparcie placówki medyczne: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach. Trzy z nich odpowiedziały pozytywnie na naszą prośbę”*. W przekazanej przez Karolinę Gajewską wiadomości brak jednak informacji, że prośby zostały wysłane nie 30 grudnia, kiedy wiadomo było, że negocjacje z neurochirurgami zakończyły się fiaskiem i dzień później oddział pozostanie bez lekarzy, ale 2 stycznia 2023 r. Pisma zwrotne, zawierające zgodę na wsparcie, choć z bardzo konkretnymi zastrzeżeniami, są datowane dopiero na 4 stycznia. Te informacje dotarły do redakcji „Pulsu”, dlatego poprosiliśmy o wyjaśnienie.

Cytujemy odpowiedź: *„Ze względu na to, że problem z oddziałem i poradnią neurochirurgiczną pojawił się w nietypowym czasie, bowiem na końcu roku 2022 i początku roku 2023, prośby o wsparcie naszego szpitala w zakresie zabezpieczenia pacjentów wymagających leczenia neurochirurgicznego wystaliśmy rano w poniedziałek, 2 stycznia. Warto tu nadmienić, że Nowy Rok (1 stycznia 2023) przypadł w niedzielę, więc oczywistym jest, że jest to dzień wolny dla osób* ▶



- *decyzyjnych i zarządzających jednostkami będącymi odbiorcami naszych pism. Zapewniamy jednak, że korespondencja w sprawie została skierowana w najszybszym możliwym terminie”.*

O ocenę zawirowań na radomskiej neurochirurgii poprosiliśmy prof. Przemysława Kunerta, mazowieckiego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurochirurgii i kierownika Kliniki Neurochirurgii WUM. *„Oczywiście, dostępność opieki neurochirurgicznej została zaburzona, ale to była sytuacja kryzysowa, dlatego inne placówki wspierały MSS w Radomiu. Mam więc nadzieję, że żaden dramat się tam nie wydarzył. A przynajmniej ja o żadnej dramatycznej sytuacji nie słyszałem. Jak wiemy, w Polsce upada coraz więcej różnych oddziałów z braku lekarzy chętnych do wykonywania pracy za możliwe do zapłacenia przez szpital pieniądze. Zdarza się więc, że rozmowy kończą się »protokołem rozbieżności« i negocjacje upadają. Oczywiście, na taki scenariusz kierownictwo placówki też powinno być przygotowane. Ponieważ mimo wszystko była to sytuacja niecodzienna, może nikt nie przewidział takiego obrotu sprawy lub zbyt późno podjęto negocjacje”* – stwierdził prof. Kunert.

Natomiast w ocenie dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, podobne działania kadrowe rodzą pytania o skuteczność zarządzania. *„Jeśli kierownictwo nie jest w stanie zakończyć negocjacji, choćby niepowodzeniem, ale w czasie umożliwiającym płynne zabezpieczenie potrzeb pacjentów*

*przez innych świadczeniodawców, jest to działanie wysoce ryzykowne. Każdy odpowiedzialny menedżer powinien mieć plan awaryjny na okoliczność braku zabezpieczenia kadrowego w zakresach, w których prowadzi swoją działalność, co jasno precyzują przepisy prawa”* – uważa ekonomistka. Zwraca jednak uwagę na relatywnie słabą pozycję negocjacyjną zarządu placówki w obliczu deficytu specjalistów na rynku pracy.

## O CZYM WIEDZIAŁ, A CZEGO NIE WIEDZIAŁ WOJEWODA

Mleko się rozlało, oddział został bez neurochirurgów. Co dalej? Przytoczmy raz jeszcze informację przekazaną „Pulsowi” przez Szpital na Józefowie: *„o zaistniałej sytuacji poinformowaliśmy drugi szpital funkcjonujący w Radomiu, szpitale ościenne, Radomskie Pogotowie Ratunkowe, koordynatora ratownictwa medycznego na Mazowszu”.* Na tej liście brakuje jednej ważnej instytucji – urzędu wojewódzkiego. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej (art. 34 ust. 2), czasowe zaprzestanie wykonywania stacjonarnego i całodobowego świadczenia zdrowotnego wymaga zgody wojewody.

Graf. licencja OIL w Warszawie

Ostatecznie zarówno MSS, jak i urząd wojewódzki podały, że informacja z radomskiego szpitala została przesłana do wojewody tuż przed zakończeniem roku. *„Informujemy, że 31 grudnia 2022 r. do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie wpłynęło pismo z Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu informujące o wstrzymaniu, od 1 stycznia 2023 r. do odwołania, **przyjęć nowych pacjentów na Oddział Kliniczny Neurochirurgii**”* [podkreślenie redakcji].

A jednak z informacji podawanych przez szpital wynika, że wstrzymanie przyjęć nie było jedynym działaniem po odejściu lekarzy. *„Pacjenci przebywający na oddziale neurochirurgii zostali relokowani do innych oddziałów znajdujących się na terenie naszej placówki”* – wyjaśniała nam Karolina Gajewska. Ten sam stan rzeczy został przedstawiony Narodowemu Funduszowi Zdrowia. *„W związku z zaistniałą sytuacją szpital dokonał relokacji pacjentów przebywających na ww. oddziale. Chorzy zostali przeniesieni na inne oddziały szpitalne, m.in.: kliniczny oddział neurologii, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz kliniczny oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Ponadto szpital zabezpieczył dostęp do świadczeń w zakresie neurochirurgii dla pacjentów zgłaszających się do podmiotu, jak również przywożonych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego, poprzez zawarcie z innymi podmiotami porozumień w przedmiotowym zakresie”* – czytamy w piśmie dotyczącym sytuacji na radomskiej neurochirurgii skierowanym do rzecznika praw lekarza OIL w Warszawie przez zastępcę dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ds. medycznych Katarzynę Słodkę. RPL w sprawie Radomia interweniował także w urzędzie marszałkowskim naszego województwa, w samym szpitalu i w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Dlaczego to takie ważne? Choć przedstawiciele Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie sami zwrócili naszą uwagę na art. 34 ustawy o działalności leczniczej, w kolejnej wiadomości biuro prasowe wojewody stwierdziło: „w przypadku Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu nie miało miejsca czasowe zaprzestanie działalności leczniczej Oddziału Klinicznego Neurochirurgii, w rozumieniu przepisu art. 34 ustawy o działalności leczniczej. **Zgodnie z posiadanymi przez wojewodę mazowieckiego informacjami** [podkreślenie redakcji] w szpitalu ograniczono działalność tego oddziału poprzez wstrzymanie do niego przyjęć nowych pacjentów”. Zapytaliśmy więc, o czym dokładnie poinformował szpital i jaka jest różnica między czasowym zaprzestaniem działalności leczniczej a sytuacją, w której zostają wstrzymane przyjęcia pacjentów, i jednocześnie **przebywający na oddziale zostają relokowani do innych oddziałów**.

Z punktu widzenia prawa różnica jest zasadnicza. Jeśli doszło do zawieszenia działalności, placówka obowiązana była wcześniej złożyć odpowiedni wniosek, a wojewoda na jego rozpatrzenie miałby 30 dni. Zatem jeśli szpital chciał zawiesić działalność jakiegoś oddziału, powinien dla bezpieczeństwa złożyć taki wniosek miesiąc przed zamknięciem jednostki. Art. 35 ustawy o działalności leczniczej mówi nie tylko o tym, że jeśli w przypadku zawieszenia działalności nie zostały dochowane formalności, odpowiada za to finansowo kierownik placówki (kara w wysokości nawet trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia). Ten sam przepis zobowiązuje wojewodę (a nie możliwa mu to) do nałożenia takiej kary administracyjnej. Ustawa stanowi także, że organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w tym przypadku wojewoda) jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

## KOCHANE PIENIĄDZE

Do chwili zamknięcia tego numeru „Pulsu” ani wojewoda, ani kierownictwo szpitala nie odnieśli się jednoznacznie do wątpliwości naszej redakcji sprowadzających się do prostej kwestii: czy oddział może działać bez pacjentów i bez lekarzy?

Wojewoda natomiast podał, że ostatecznie został poinformowany o relokacji pacjentów na inne oddziały, i że wstrzymaniu przyjęć nowych pacjentów na oddział towarzyszyło zapewnienie „we własnym zakresie opieki dotychczas leczonym osobom, wymagającym świadczeń z zakresu neurochirurgii”.

Odpowiedź Zespołu Prasowego Wojewody Mazowieckiego przesłaliśmy więc do rzecznika praw lekarza OIL w Warszawie z prośbą o opinię. Biuro RPL przekazało nam, że, w związku z wątpliwościami redakcji skierowano do Konstantego Radziwiła, wojewody mazowieckiego, pismo z wnioskiem o wszczęcie postępowania kontrolnego w sprawie radomskiej neurochirurgii. „Jednym z głównych celów podmiotów lecz-



*niczych jest podejmowanie działań na rzecz poprawy i ochrony stanu zdrowia pacjentów poprzez zorganizowanie i prowadzenie działalności leczniczej w taki sposób, by zapewnić właściwą dostępność udzielanych świadczeń zdrowotnych. Argumentacja podniesiona w odpowiedzi prasowej w żadnym przypadku nie może być uznana za prawidłową. Po pierwsze organ sam podkreśla, że Mazowiecki Specjalistyczny Szpital w Radomiu zaprzestał przyjmowania nowych pacjentów. Już ten fakt statuuje, że oddział nie zapewnił pacjentom dostępności świadczeń. Nadto stwierdzenie organu, iż pacjentom, którzy byli hospitalizowani na Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i udzielane im były w dalszym ciągu świadczenia zdrowotne, jest niemożliwe do przyjęcia, ponieważ szpital w tamtym czasie nie zatrudniał żadnego neurochirurga. Dobitnie świadczą o tym zawierane porozumienia z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie odsyłania pacjentów z problemami neurochirurgicznymi do tych podmiotów” – napisała do wojewody rzeczniczka praw lekarza Monika Potocka.*

Warto dodać, że wcześniej w korespondencji z rzecznikiem praw lekarza na dowód trudnej sytuacji finansowej placówki została przesłana... informacja o karze finansowej, jaka została na nią nałożona: wezwanie do zapłaty skierowane do radomskiego szpitala przez łódzki Wydział Kontroli NFZ. Chodzi o kwotę ponad 580 tys. zł. Jak wynika z informacji opublikowanej w Internecie przez NFZ, kara została wyznaczona za „nieprawidłowe sprawozdawanie udzielonych świadczeń i nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń do rozliczenia” i dotyczyła hospitalizacji neurochirurgicznej. ▶

- ▶ O ewentualne nieprawidłowości na Józefowie zapytaliśmy też Mazowiecki Oddział NFZ. Okazało się, że w wyniku czynności dokonanych przez terenowy Wydział Kontroli w Warszawie w roku 2021 na placówkę została nałożona kara wysokości ponad 78 tys. zł.

„Nieprawidłowości polegały na: 1. odmowie przyjęć na *SOR* po potwierdzeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 6 pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przywiezionych przez *ZRM*, pomimo posiadania wolnych łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonym koronawirusem; 2. braku w wykazie odmów przyjęć na szpitalny oddział ratunkowy danych o odmowach przyjęć pacjentów przywiezionych przez *ZRM*; 3. niepoinformowaniu rodziny o zgonie świadczeniobiorcy i niedołożeniu starań, aby numer kontaktowy, który znajdował się w podaniu dotyczącym prośby o wyrażenie zgody na odwiedzin w szpitalu, został uzupełniony w dokumentacji medycznej” – napisał Piotr Kalinowski, główny specjalista Zespołu Komunikacji Społecznej i Promocji Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

## MAŁO SZCZĘŚLIWE ZAKOŃCZENIE

Kryzys na radomskiej neurochirurgii to problem wielowymiarowy. Pewnie można było wcześniej zakończyć negocjacje z neurochirurgami. Pewnie by się to udało,

gdyby sytuacja na rynku pracy lekarzy była inna. Może nie byłoby kłopotu, gdyby nakłady na ochronę zdrowia były odpowiednie do potrzeb. Albo gdyby inaczej przebiegało kontraktowanie świadczeń oddziałów szpitalnych. Pewnie byłoby gorzej, gdyby inne placówki na Mazowszu nie zgodziły się przejąć pacjentów. Pewnie można było wcześniej zacząć załatwiać formalności. Ostatecznie najlepiej, żeby zastanowili się nad tym decydenci: główny kontrahent szpitala, czyli NFZ; właściciel, czyli mazowiecki samorząd wojewódzki; urząd odpowiedzialny za prowadzenie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, czyli wojewoda; organ powołujący zarząd szpitala, czyli jego rada nadzorcza. Problem polega na tym, że gdyby w tym całym zamieszaniu, sytuacji dalekiej od normalności, generującej dodatkowe napięcie i wydłużającej czas uzyskania pomocy, ktoś z personelu medycznego popełnił błąd, w ramach obowiązującego systemu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne nikt by się nad tymi okolicznościami nie zastanawiał. Obwiniony zostałby medyk, choć byłby to błąd systemu.

MSS poinformował na samym początku naszej korespondencji: „Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii (...) wznowił działalność od 1 lutego br. I to jest najważniejsza wiadomość dla pacjentów z Radomia i okolic”. Okazało się, że w wyniku styczniowej rekrutacji udało się odtworzyć zespół lekarski. Zwracam jednak uwagę, że jeśli oddział wznowił działalność, logicznie rzecz biorąc, do 1 lutego wstrzymywał ją. Ale zgoda, fakt, że wznowił pracę, jest najważniejszą, a przede wszystkim najlepszą wiadomością w całej tej historii. Właściwie jedyną dobrą. ●

**Travel Medicine Conference**  
Warsaw 2023

**23.03.2023 – Warszawa**  
Four Points by Sheraton

Więcej informacji oraz rejestracja  
[www.v4plus.org/tmc](http://www.v4plus.org/tmc)

O ochronie zdrowia – zaplanowaniu podróży aż do bezpiecznego lądowania. Wszystko, co warto wiedzieć, by zadbać o udających się w podróż samolotem. Konferencja adresowana do służb medycznych, branży turystycznej oraz zarządzających portami lotniczymi w Polsce oraz Europie Środkowej.

Stowarzyszenie V4+ Airports Association i Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapraszają na konferencję przygotowaną na podstawie wiedzy i doświadczenia ekspertów. Jej partnerem strategicznym jest Przedsiębiorstwo Państwowe „Porty Lotnicze”.

Udział zapewnią lekarzom  
**6 pkt. edukacyjnych.**

Organizatorzy: V4+ AIRPORTS, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie  
Partner strategiczny: Porty Lotnicze  
Patronat honorowy: Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży

# Odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne

TRWAJĄCA NA FORUM PUBLICZNYM DYSKUSJA NA TEMAT ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA NIEPOŻĄDANE ZDARZENIA MEDYCZNE SKUPIA SIĘ NA ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ. ZDANIEM ŚRODOWISKA LEKARSKIEGO, REPREZENTOWANEGO PRZEZ SAMORZĄD ZAWODOWY, ZNIESIENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI W RAMACH TZW. SYSTEMU NO-FAULT MOŻE ZWIĘKSZYĆ EFEKTYWNOŚĆ RAPORTOWANIA TAKICH ZDARZEŃ. MAŁO JEDNAK W TYM KONTEKŚCIE MÓWI SIĘ O ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ, CHOĆ WYDAJE SIĘ, ŻE ARGUMENTY ZA JEJ ZNIESIENIEM SĄ PODOBNE. DLATEGO TYM RAZEM W RUBRYCE „W KONTRZE” ZAMIESZCZAMY OPINIE EKSPERTÓW O ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZA POPEŁNIONE BŁĘDY, A PONIŻEJ PREZENTUJEMY GARŚĆ FAKTÓW I STATYSTYK O OWYCH BŁĘDACH.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**P**odczas niedawnej konferencji prasowej prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak wyjaśniał: – 80 proc. pacjentów uważa, że zdarzenie niepożądane w szpitalu jest bardzo prawdopodobne. Wiemy też, że żaden kraj na świecie nie poradził sobie z eliminacją zdarzeń niepożądanych i dotyczą około 10 proc. hospitalizacji. Jednocześnie według Komitetu Ergonomii PAN nawet do 90 proc. zdarzeń niepożądanych dochodzi w wyniku błędnego planowania, złej organizacji lub wad trybu świadczenia usług medycznych.

Ustawa sankcjonująca na nowo kwestię odpowiedzialności za zdarzenia medyczne ma m.in. zmienić realia opisywane przez podane statystyki. Jest to konieczne, bo wcześniejsze przepisy nie spełniały w tym względzie pokładanych nadziei. „Działalność wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych miała zmniejszyć liczbę spraw napływających do sądów o odszkodowanie za szkody wyrządzone w ochronie zdrowia. Oszacowano, odnosząc się do lat 2001–2019, że liczba spraw trafiających na wokandę spadła ze średnio 330 rocznie do 99. Jednak w latach 2012–2017 liczba spraw odszkodowawczych wpływających do sądów rejonowych i sądów okręgowych I instancji wyniosła średnio 905, a więc blisko dziesięciokrotnie więcej niż przewidywano. Tym samym utworzenie wojewódzkich komisji nie miało wpływu na odciążenie sądów powszechnych sprawami o odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych” – podała Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. w opisie kontroli prowadzonej w sprawie pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.



Fot. licencja OLL w Warszawie

Izba ustaliła wówczas, że „obecnie obowiązujący system orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia zadośćuczynienia. Przede wszystkim wojewódzkie komisje nie umożliwiły poszkodowanym szybkiego uzyskiwania odszkodowań. Ponad połowa spraw rozpatrywanych w I instancji rozstrzygana była z opóźnieniem, czyli po ustawowym czteromiesięcznym terminie”.

Czy to wystarczające przesłanki, by w kwestii odpowiedzialności nie tylko karnej, ale i cywilnej przeprowadzić rewolucję, a nie tylko kosmetyczne zmiany? ●



Fot. archiwum

# Wybieram życie

tekst **Robert Mołdach**

prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji,  
członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

ROZWAŻAJĄC KWESTIĘ UTRZYMANIA LUB ZNIESIENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ I CYWILNEJ ZA ZDARZENIA MEDYCZNE, MUSIMY ODPOWIEDZIEĆ SOBIE NA PYTANIE: CO JEST NASZYM CELEM NADRZĘDNYM?

**T**ym celem jest poprawa jakości leczenia i zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta. Zatem trzeba znaleźć takie środki, które pozwolą go osiągnąć. Jest jedna opisana droga, sprawdzona w praktyce, by nie powiedzieć spisana krwią osób poszkodowanych, służąca zapewnieniu wysokiej jakości działania i bezpieczeństwa danego podmiotu gospodarczego – droga zmian. Zmian można dokonywać, mając świadomość popełnianych błędów. Ale żeby się na nich uczyć, trzeba zgromadzić o nich kompletną wiedzę. W firmach wiedza jest gromadzona w rejestrach zdarzeń. Jeśli rejestr zdarzeń ma być efektywny, nie można stawiać blokad powstrzymujących napływ informacji.

Posłużmy się przykładem zaczerpniętym z przepisów unijnych dotyczących lotnictwa cywilnego, mówiących o ochronie źródeł informacji zgłoszonych do rejestru zdarzeń. Mówią one: „*jeżeli na mocy prawa krajowego wszczęto jakiekolwiek postępowanie dyscyplinarne lub administracyjne, informacji zawartych w zgłoszeniach zdarzeń nie wykorzystuje się przeciwko zgłaszającemu lub osobom wymienionym w zgłoszeniach zdarzeń*”. Ale w dalszym ciągu dokumentu jest mowa o możliwości wprowadzenia przepisów jeszcze dalej idących: „*Państwa członkowskie mogą utrzymać lub przyjąć środki w celu zwiększenia ochrony zgłaszających lub osób wymienionych w zgłoszeniach zdarzeń. Państwa członkowskie mogą w szczególności rozszerzyć tę ochronę na postępowania cywilne lub karne*”.

Możliwość zwolnienia z odpowiedzialności nie tylko karnej, ale i cywilnej na rzecz poprawy efektywności rejestru jest więc rozwiązaniem opisanym w źródłach prawa dotyczących lotnictwa. W medycynie moim zdaniem powinno być powiedziane kategorycznie: ochronę nie tylko można, lecz trzeba rozszerzyć na postępowania cywilne i karne. Niewykorzystywanie w postępowaniach informacji z rejestru byłoby krokiem nieznanym nawet w duń-

skim systemie ochrony bezpieczeństwa pacjenta, na którym środowisko medyczne chce się wzorować, a który jest i tak znacznie dalej idący niż proponowana przez rząd ustawa. Tyle że duński rejestr zdarzeń medycznych od dawna działa skutecznie i z korzyścią dla pacjentów. Sytuacja Duńczyków jest z naszą nieporównywalna. My musimy zastosować środki, które zmieniają *status quo*. Nie możemy sobie pozwolić na dekady umiarkowanych działań z nadzieją, że przy ograniczonej ochronie źródeł informacji rejestr będzie skuteczny. W mojej ocenie nie będzie. Musimy go przede wszystkim uruchomić na 100 proc. I kiedy zacznie do niego spływać pełna wiedza o zdarzeniach medycznych, wtedy ewentualnie zastanawiać się, czy modyfikować przyjęte reguły.

Odrębną kwestią od – nazwijmy to – bezpieczeństwa rejestru, jest bezpieczeństwo lekarza. Pomijam przypadki intencjonalnego działania na szkodę pacjenta albo (znowu odwołam się do przykładu z prawa lotniczego) „*wyraźnego i poważnego zlekceważenia oczywistego ryzyka i poważnego zaniedbania zawodowego obowiązku zachowania staranności bezsprzecznie wymaganej w danych okolicznościach, powodującego możliwą do przewidzenia szkodę*”. Otóż jeśli lekarz ratujący zdrowie lub życie z założenia pracuje w trudnych, stresujących, a często nawet niezgodnych z dobrą praktyką warunkach, należy mu zapewnić komfort pracy, by wykonywał ją najlepiej, jak to możliwe w określonej sytuacji. Stosowanie postępowań karnych lub cywilnych opartych na poszukiwaniu winy *ex post* jest gwałtem na racjonalnym myśleniu o zdarzeniach medycznych. W psychologii nazywa się to błędem atrybucji. A potocznie: każdy jest mądry po szkodzie.

W ostatecznym rozrachunku musimy odpowiedzieć, co jest dla nas większą wartością. Jeśli mam wybierać pomiędzy ukaraniem pojedynczego lekarza a uratowaniem tysięcy ludzkich żyć, wybieram życie. ●

W KONTRZIE





Fot. archiwum

# Potrzeba klarownych zasad

tekst **Zbigniew Dudko**  
przewodniczący Stowarzyszenia Primum Non Nocere,  
zajmującego się pomocą poszkodowanym wskutek błędów lekarskich

KAŻDY Z NAS ODPOWIADA ZA SWOJĄ PRACĘ I SWOJE CZYNY.  
LEKARZ JEST FUNKCJONARIUSZEM PUBLICZNYM, NA KTÓRYM  
SPOCZYWA OBOWIĄZEK WYKONYWANIA PRACY W SPOSÓB NALEŻYTY.  
JEŚLI WYKONUJE JĄ ZGODNIE Z PROCEDURAMI I ZASADAMI STARANNOŚCI,  
NIE POWINNO MU PRZESZKADZAĆ, ŻE ISTNIEJE SYSTEM  
ODPOWIEDNIOŚCI CYWILNEJ ZA POPEŁNIONE BŁĘDY.

Oczywiście, wyobrażam sobie sytuację, w której lekarz pracuje ponad 12 godzin, co przyczynia się do wyczerpania organizmu i zwiększa ryzyko popełnienia błędu. Wiemy, że zdarza się to bardzo często. Ale wówczas odpowiedzialność powinien ponosić pracodawca, który do tego dopuszcza, a często nawet nakłania lekarza, zmusza szantażem („godzisz się albo szukaj nowej pracy”) do wręcz heroicznych poświęceń.

Błędy się zdarzają, to oczywiste. We wszystkich postępowaniach powinny być jednak brane pod uwagę okoliczności, w jakich nastąpiły: czy chodzi o błąd organizacyjny, diagnostyczny, decyzyjny, czy błąd w sztuce. Część wymienionych pomyłek ma charakter wybitnie indywidualny. Dlatego nie powinno się moim zdaniem wrzucać do jednego worka wszystkich rodzajów błędów i *en masse* zdejmować odpowiedzialności za nie, i cywilnej, i karnej, z profesjonalistów medycznych, a przenosić na państwo. Jedyne, co można zrobić, to wyodrębnić formalnie kategorie błędów (z mojego 30-letniego doświadczenia wynika, że w opiniach biegłych takie kryteria są określone). O przyporządkowaniu danego zdarzenia do konkretnej kategorii powinien jednak decydować powołany do tego organ, np. sąd, albo należy dochodzić do porozumienia

między stronami. Środowisko lekarzy może zwracać uwagę na pewne problemy systemowe. Dużym problemem jest postawa lekarzy, którzy „wiedzą lepiej”. Nie słuchają pacjentów, wydają zalecenia bez oglądania się na ich informacje, choćby dotyczące alergii na leki. A skoro istnieją takie przeciwne argumentacje, to uniwersalizowanie rozwiązań dotyczących odpowiedzialności jest bardzo kontrowersyjne.

Z mojej perspektywy samorząd lekarski, reprezentujący potężną grupę przedstawicieli środowiska medycznego, powinien przede wszystkim działać na rzecz prawnych aspektów procedur medycznych w taki sposób, by ich opis nie pozostawiał wątpliwości, czy personel medyczny w konkretnym przypadku zastosował się do obowiązujących wytycznych. To z pewnością może pozytywnie wpłynąć na szybkość i skuteczność rozwiązywania sporów z pacjentem. Innymi słowy, potrzebne jest dobre kształtowanie zasad, a nie odstępstwo od zasady, że za swoje czyny należy odpowiadać.

Państwo powinno zadbać, na gruncie ustawodawstwa i finansowania, o to, żeby praca nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek, ratowników itd., odbywała się w warunkach gwarantujących właściwe jej wykonywanie. A nie dawać im immunitet. Tymczasem rzeczywistość jest taka, że na szpitalnych oddziałach ratunkowych niektórzy poszkodowani czekają kilkanaście godzin, bo szpital zakontraktował lekarza tak, że ów jednocześnie obsługuje dwa oddziały. To największa bolączka naszej ochrony zdrowia. Brak klarownych i efektywnych zasad funkcjonowania. ●

W  
K  
O  
N  
T  
R  
Z  
E

# Sprawdzam

## Zespół ds. Funkcjonowania Izb Lekarskich

CZY BĘDZIE SKARGA KONSTITUCYJNA W SPRAWIE PRZEPISÓW, NA PODSTAWIE KTÓRYCH UTWORZONY ZOSTAŁ I DZIAŁA SAMORZĄD LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW? ZASUGEROWAŁ TO W SEJMIE PRZEDSTAWICIEL MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI, KTÓRE POPIERA ANALOGICZNĄ SKARGĘ DOTYCZĄCĄ SAMORZĄDÓW ZAWODÓW PRAWNICZYCH.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

**R**esort Zbigniewa Ziobry nie wyklucza również innych rozwiązań, w tym przystąpienia prokuratorów do postępowań przed organami odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich. Powód? Albo raczej – pretekst? Sprawy wytoczone w ubiegłym roku lekarzom, którzy publicznie kwestionowali – najogólniej mówiąc – bezpieczeństwo i skuteczność szczepień przeciw COVID-19.

Sądy działające w ramach okręgowych izb lekarskich wydały pierwsze decyzje, pierwszym lekarzom zawieszono na rok prawo wykonywania zawodu. To oburzyło część posłów Prawa i Sprawiedliwości, więc w połowie stycznia powołali Zespół Parlamentarny ds. Funkcjonowania Izb Lekarskich, biorąc pod lupę konkretne przypadki, a przede wszystkim przepisy regulujące odpowiedzialność zawodową lekarzy.

Bez wątplenia skład zespołu, któremu przewodniczy Anna Maria Siarkowska, absolwentka Akademii Obrony Narodowej (wyszktałenie kierunkowe – politologia), posłanka najbardziej znana z interwencji, dokonanej razem z posłem Solidarnej Polski Januszem Kowalskim, w jednym z domów dziecka, w którym rzekomo szczepiono podopiecznych przeciw COVID-19 bez zgody opiekunów prawnych, sugeruje, że chodzi głównie o szczepienia. Czy też szerzej – o postawy lekarzy wobec pandemii COVID-19. Zabierające głos w dyskusji posłanki Anna Maria Siarkowska i Maria Kurowska przez okres pandemii nie kryły swojego sceptycyzmu wobec szczepień, a teraz nie kryją tego, że – rzekomo – poglądy „mainstreamu” naukowego, medycznego w sprawie bezpieczeństwa i skuteczności szczepień są równorzędne albo co najmniej równoważone innymi, pozostającymi poza głównym nurtem poglądami (badaniami naukowymi!).

Wydaje się jednak, że szczepienia przeciw COVID-19 są za ledwie pretekstem, prawdziwym zaś celem prac zespołu, a na pewno zaangażowania w nie przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości (w pierwszym lutowym posiedzeniu brał udział wiceminister Marcin Warchoł, skądinąd również covidosceptyk, zachwalający w mediach społecznościowych skuteczność amantandyny, sfalsyfikowaną w badaniach przeprowadzonych na zlecenie Agencji Badań Medycznych, w drugim – jeden z wysokich urzędników resortu sprawiedliwości), jest znalezienie sposobu, by wymiar sprawiedliwości mógł wejść (wtargnąć?) do spraw toczących się przed organami odpowiedzialności zawodowej w ramach izb lekarskich. Nie tylko, oczywiście, w sprawach dotyczących stosunku do szczepień ochronnych, nawet jeśli na razie mówi się o „niektórych”.

Na razie też motywem przewodnim jest ochrona wolności słowa, poglądów i przekonań, a resort sprawiedliwości chce bronić lekarzy przed próbami „kneblowania” przez środowisko. *Nota bene* – choć do tej pory „korporacyjna solidarność” oznaczała, w kontekście postępowań przed sądami lekarskimi, rzekome patrzeć przez palce na błędy kolegów, teraz – w nowej interpretacji – jest równoznaczna z pochopnym skazywaniem i pozbawianiem kolegów źródła utrzymania. – *Co ma robić lekarz, któremu zostaje zawieszono prawo wykonywania zawodu? Zostać kierowcą Ubera?* – retoryczne pytanie zadane przez Rafała Kierzynekę, dyrektora w Departamencie Legislacyjnym Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości, musi budzić refleksję, bo padło z ust przedstawiciela resortu, który przez ostatnich kilka lat skutecznie blokował choćby możliwość wykonywania pracy przez „niepokornych” sędziów. Niezgodzących się z poglądami reprezentowanego przez resort sprawiedliwości politycznego mainstreamu. ●

# Medycyna i ekonomia

## Duński system kompensacji „no blame” z tytułu szkód związanych z leczeniem i skutkami ubocznymi leków

tekst **MARTIN ERICHSEN**, zastępca dyrektora, Head of Legal Department, Danish Patient Compensation  
tłumaczenie MAŁGORZATA KUROWSKA



Fot. S. Petersen

### DUŃSKI SYSTEM KOMPENSACJI DLA PACJENTÓW

**D**anish Patient Compensation (DPC) jest organem pierwszej instancji w systemie administracyjnym, który zajmuje się szkodami powstałymi w procesie leczenia i w wyniku przyjmowania leków. DPC to niezależny organ, który przyjmuje i rozpatruje wszystkie wnioski o odszkodowanie oraz podejmuje decyzje.

Przed 30 laty, kiedy w liczącej blisko 6 milionów mieszkańców Danii wprowadzono specjalny system odszkodowań, do DPC wpływało rocznie 200 wniosków o odszkodowania, a rozpatrywał je zespół składający się z 3 osób zajmujących się sprawami prawnymi i 2 lekarzy zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin. Dzisiaj, 30 lat później, do DPC trafia rocznie 12 500 takich wniosków. DPC zatrudnia 185 pracowników, w tym 100 osób zajmujących się aspektami prawnymi. Ponadto DPC zatrudnia w niepełnym wymiarze godzin 100 lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, pracujących klinicznie w największych szpitalach w kraju. Doradzają oni osobom prowadzącym sprawy przy podejmowaniu decyzji o odszkodowaniu.

### STRESZCZENIE

W Danii od 30 lat funkcjonuje specjalny administracyjny system rozpatrywania i rekompensowania szkód związanych z leczeniem i ze skutkami ubocznymi leków, które występują w systemie opieki zdrowotnej w tym kraju. System kompensacji jest całkowicie oddzielony od procedury postępowania dyscyplinarnego. Oznacza to, że pacjentowi przysługuje prawo do odszkodowania za szkody powstałe w wyniku leczenia bez konieczności wnoszenia skargi na leczenie, lekarza lub szpital. Jedyne, co pacjent musi zrobić, to wypełnić elektroniczny formularz zgłoszeniowy.

System opiera się na podejściu „no blame” (bez obwiniania). Gdy dochodzi do szkody, nacisk kładzie się na zastosowane leczenie, powstały uszczerbek na zdrowiu oraz pacjenta, a nie na to, kogo można obwinąć lub obciążyć odpowiedzialnością za poniesioną szkodę.

System kompensacji opiera się również na powszechnej akceptacji faktu, że w obciążonym systemie opieki zdrowotnej czasami zdarzają się komplikacje w leczeniu i błędy, nawet jeśli każdy robi wszystko, aby temu zapobiec.

### POSTĘPOWANIE

Pacjent, który chce uzyskać kompensację za doznaną szkodę, wypełnia formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej DPC. Można to zrobić online przez całą dobę. Wypełnienie formularza zajmuje około 20 minut.

Pacjent nie może pozwać lekarza, szpitala ani właściciela szpitala. DPC jest jedyną drogą uzyskania zabezpieczenia kompensacji. Ubieganie się o odszkodowanie z DPC jest bezpłatne i nie wymaga korzystania z pomocy prawnej. Od decyzji DPC można się odwołać do Patient Compensation Appeals Board (komisji odwoławczej), a od jej decyzji – do sądu, co jednak się zdarza rzadko. Sąd rozpatruje decyzje komisji odwoławczej; stronami są najczęściej komisja odwoławcza i pacjent, chociaż świadczeniodawca również może się zdecydować na odwołanie od decyzji DPC. Lekarze nigdy nie są pozywani i nigdy nie są stroną w pozwie.

### FINANSOWANIE SYSTEMU REKOMPENSAT

Dania podzielona jest na 5 regionów, które wypłacają odszkodowania za szkody powstałe w wyniku leczenia w szpitalach pu- ➤



- ▶ blicznych i przez lekarzy pierwszego kontaktu. Szpitale prywatne oraz specjaliści prowadzący własne gabinety muszą mieć prywatne ubezpieczenie. Odszkodowania za niedopuszczalne skutki uboczne leków wypłaca Ministerstwo Zdrowia. Koszty operacyjne DPC są dzielone między regiony, prywatne firmy ubezpieczeniowe i Ministerstwo Zdrowia.

## ZA CO MOŻNA UZYSKAĆ ODSZKODOWANIE?

Większość szkód możliwych do uniknięcia podlega kompensacji zgodnie z „zasadą specjalisty” (*Specialist Rule*). Zasada ta dotyczy szkód doznanych przez pacjenta, których można było uniknąć dzięki lepszemu postępowaniu, i obejmuje wszelkiego rodzaju zaniedbania, takie jak wybór niewłaściwego leczenia, błędne rozpoznanie i opóźnienie w leczeniu, skutkujące szkodą dla pacjenta.

Standardem odpowiedzialności jest standard doświadczonego specjalisty, a nie standard dobrego przeciętnego lekarza. Odszkodowanie wypłaca się, jeśli szkoda jest spowodowana odstępstwem od standardu postępowania, którego można oczekiwać od doświadczonego specjalisty. W centrum uwagi znajduje się postępowanie, a nie indywidualny pracownik systemu opieki zdrowotnej.

Możliwa jest nawet kompensacja szkód niemożliwych do uniknięcia, dzięki „zasadzie znośności” (*Endurability Rule*). Zasada ta odnosi się do powikłań lub przypadkowych uszkodzeń, za które nikogo nie można obwinić, o ile uszczerbek na zdrowiu jest większy niż taki, którego zniesienia można od pacjenta oczekiwać. Do szkód nieuniknionych należą szkody:

- 1) rzadkie – występujące u < 1–2% pacjentów poddanych podobnym zabiegom chirurgicznym,
- 2) stosunkowo poważne – w porównaniu z chorobą podstawową danego pacjenta.

## PLUSY I MINUSY SYSTEMU

### PLUSY

1. Jest to system odszkodowań, który może pomóc pacjentowi, a jednocześnie nie wiąże się z obarczaniem lekarza obowiązkowymi kosztami zadośćuczynienia za wyrządzoną szkodę lub ubezpieczenia.
2. Lekarz może wspierać pacjenta w staraniu się o odszkodowanie, nie narażając się automatycznie na ryzyko obarczenia odpowiedzialnością za szkodę. Uznanie szkody nie jest równoznaczne ze wszczęciem postępowania dyscyplinarnego ani nałożeniem innych sankcji wobec lekarza.
3. Lekarz może przeprosić pacjenta i wyrazić ubolewanie z powodu zdarzenia, nie narażając się jednocześnie na poniesienie odpowiedzialności za szkodę.
4. Lekarz jest chroniony przed roszczeniami odszkodowawczymi i pozwami sądowymi i może się skupić na swoim podstawowym zadaniu – leczeniu pacjentów.
5. Lekarz może omawiać sprawę otwarcie ze swoimi kolegami, aby wszyscy mogli z niej wyciągnąć wnioski i pomóc w zapobieganiu podobnym szkodom w przyszłości. System wspiera kulturę otwartości, w której lekarz może podjąć z pacjentem dialog o leczeniu, poniesionym uszczerbku na zdrowiu oraz dostępnych możliwościach pomocy. Rozmowa nie skupia się ani na błędach czy niepowodzeniach, ani na ustalaniu, kto zawinił i kogo należy pociągnąć do odpowiedzialności.
6. Można oczekiwać, że lekarz będzie oferował pacjentowi tylko niezbędne leczenie i nie będzie się decydował na dodatkowe, niepotrzebne badania czy metody terapii tylko po to, żeby się zabezpieczyć przed ewentualnymi zarzutami (medycyna defensywna).
7. Ponieważ system kompensacji jest całkowicie oddzielony od systemu postępowania dyscyplinarnego, pacjent może oczekiwać od personelu medycznego wsparcia w staraniach o odszkodowanie, zrozumienia, a może nawet przeprosin. System wzmacnia relację między lekarzem a pacjentem.

## DODATKOWE PLUSY

Z PUNKTU WIDZENIA INTERESU PUBLICZNEGO

1. System kompensacji pozwala uniknąć wielu skarg trafiających do systemu dyscyplinarnego.
2. Procedura jest szybka i prosta dla pacjenta – musi on jedynie wypełnić formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej DPC.
3. Pacjent uzyskuje odszkodowanie szybko, kiedy go potrzebuje, a nie po latach.
4. Publiczny system kompensacji odciąża sądy, a DPC za kwotę odpowiadającą kosztowi jednej rozprawy sądowej może rozpatrzyć 8 spraw o odszkodowanie.
5. Informacje o tym, w jakich okolicznościach dochodzi do szkód i jak można ich uniknąć, są zbierane w jednym miejscu i można je wykorzystać do zapobiegania takim zdarzeniom.

## MINUSY

Przedstawiony system kompensacji ma w zasadzie jedną wadę – jest kosztowny. Łatwy dostęp do ubiegania się o odszkodowanie w połączeniu z przepisami, które rozszerzają dostęp do odszkodowań, sprawia, że więcej osób się o nie stara. Każdego roku DPC wypłaca 135 milionów euro odszkodowań. Jest to znacznie większa kwota niż przed wprowadzeniem systemu. Jednak i w tym zakresie system ma swoje zalety. Odszkodowania trafiają w całości do pacjentów, a nie do prawników czy firm ubezpieczeniowych.

W Danii system kompensacji jest finansowany z podatków. Mimo że DPC wydaje 22,5 miliona euro każdego roku na koszty administracyjne rozpatrzenia 12 500 wniosków, to i tak jest to dla państwa duńskiego znacznie tańsze niż rozpatrywanie tej samej liczby spraw w systemie sądowym. Jest to również szybszy sposób rozstrzygnięcia spraw o odszkodowanie. Jak najszybsze rozwiązywanie spraw leży w oczywistym interesie zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

## CZY TO JEST MOŻLIWE TYLKO W DANII?

Wiele krajów Europy wykazało zainteresowanie duńskim modelem kompensacji. Litwa jest na dobrej drodze do jego wprowadzenia, zainteresowanie wykazała również Słowenia.

Wiele innych krajów w Europie dąży, mniej lub bardziej zdecydowanie, do wprowadzenia specjalnego administracyjnego systemu odszkodowań za szkody powstałe w wyniku leczenia i w związku z przyjmowaniem leków, ale tak kompleksowy model jak duński w Europie funkcjonuje tylko w innych krajach skandynawskich.

W Danii mamy 30-letnie doświadczenie w prowadzeniu takiego systemu kompensacji. Okazało się, że wiąże się on z tak wieloma korzyściami zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów, że nikt nie chce wracać do wcześniejszego tradycyjnego systemu kompensacji.

Być może Polska powinna patrzeć w kierunku krajów skandynawskich. Najważniejszą cechą systemu kompensacji w krajach skandynawskich jest całkowite odseparowanie odszkodowań od odpowiedzialności dyscyplinarnej. Z doświadczenia DPC wynika, że jest to duży postęp zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. Można wiele zyskać, wprowadzając administracyjne procedury rozpatrywania szkód, które z pewnością zdarzają się także w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie nowego i rozbudowanego systemu kompensacji zawsze się będzie wiązać z trudnościami, jednak kiedy 30 lat temu wprowadziliśmy taki system w Danii, początkowo obejmował on jedynie szpitale publiczne, a zatem zakres, a co za tym idzie, koszt funkcjonowania systemu były mniejsze.

Korzystne może być wdrożenie systemu w wybranym, węższym obszarze systemu opieki zdrowotnej, na przykład tylko w podstawowej opiece zdrowotnej albo tylko w szpitalach publicznych, a następnie z biegiem lat, wraz z rosnącym doświadczeniem, jego rozszerzanie. DPC chętnie służy radą w tym procesie. ●

Od redakcji: artykuł powstał w związku z wykładem autora podczas XIII Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej. Jak pogodzić medycynę z ekonomią”, które się odbyło 30 września 2022 r. w Krakowie. Został opublikowany także na łamach „Medycyny Praktycznej” (nr 2022/12). Wszystkie zarejestrowane wykłady są zamieszczone na stronie [www.mircim.eu/efim-isim-2022](http://www.mircim.eu/efim-isim-2022) (w językach angielskim i polskim; korzystanie bezpłatne).

## OGŁOSZENIE KOMISJI DS. REJESTRACJI PRAKTYK LEKARSKICH ORL W WARSZAWIE

W odniesieniu do informacji zamieszczonej w „Pulsie” nr 9/2022, dotyczącej obowiązku zgłoszenia miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, informujemy, że wspomniany obowiązek

**DOTYCZY WYŁĄCZNIE LEKARZY,  
KTÓRZY ZAPRZESTALI PROWADZENIA INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ,  
A NIE ZGŁOSILI TEGO IZBIE.**

Obowiązek powstał w związku weryfikacją stanu jakości danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, przeprowadzoną przez Rządowe Centrum e-Zdrowia w oparciu o status aktywności gospodarczej uwzględnionej w bazie REGON.

# Pomyśl o sobie...

KIEDY ZACZYNAŁAM ZAJMOWAĆ SIĘ ZDROWIEM PSYCHICZNYM LEKARZY, SZUKAŁAM PUBLIKACJI NA TEN TEMAT. ZNALAZŁAM – I NATYCHMIAST KUPIŁAM! – PODRĘCZNIK DLA PSYCHIATRÓW I INNYCH PROFESJONALISTÓW Z ZAKRESU ZDROWIA PSYCHICZNEGO, WYDANY PRZEZ AMERYKAŃSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE. GLEN GABBARD I MICHAEL MYERS, DWAJ PSYCHIATRY Z OGROMNYM DOŚWIADCZENIEM W TEJ DZIEDZINIE, OPISALI ZWIĘŻLE I KONKRETNIE, W SPOSÓB TYPOWY DLA ANGLOSASKICH PODRĘCZNIKÓW, CO POWINIEN WIEDZIEĆ KAŻDY LEKARZ I PSYCHOTERAPEUTA LECZĄCY LEKARZY.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

**P**oczątkowe rozdziały książki nie zawierają jednak przykładowych przypadków, omówienia jednostek chorobowych czy rozwiązań do zastosowania. Gabbard i Myers kreślą kontekst: jak wygląda medyczny świat, kultura naszego środowiska i jacy właściwie jesteście my, lekarze.

Czy istnieją cechy osobowości, sposoby reagowania, mechanizmy psychologiczne charakterystyczne dla wszystkich lekarzy? Coś uniwersalnego, co nas łączy? Już wyobrażam sobie pełne powątpiewania spojrzenia, wzruszanie ramionami. Przecież to niemożliwe, by coś takiego istniało, każdy z nas jest inny, mamy różne osobowości, przeżycia, geny. Tak, to prawda, nie ma dwóch identycznych osób, o jednakowych historiach życia. Ale okazuje się, że jak się dobrze poszpera w literaturze, można znaleźć ciekawe badania i obserwacje.

Gabbard i Myers podsumowali je i wypunktowali cechy, które w mniejszym lub większym stopniu obserwuje się u bardzo wielu osób, które wybrały studia medyczne, skończyły je i pracują w zawodzie lekarza. Oto ich lista:

1. Tzw. triada kompulsywna:
  - a. Niepewność siebie – wątplenie w sobie
  - b. Tendencja do wzbudzania poczucia winy
  - c. Nadmierne poczucie odpowiedzialności
2. Sztynność – problem z elastycznością w myśleniu i odczuwaniu
3. Upór
4. Trudność z delegowaniem zadań – nadmierna kontrola
5. Tendencja do nadmiernego angażowania się w pracę, zaniedbywania relacji i aktywności pozamedycznych
6. Perfekcjonizm

Paradoksalnie właśnie cechy z tej listy w dużej mierze czynią nas świetnymi lekarzami. W końcu każdy pacjent marzy o lekarzu, który będzie nieustannie się doksztalał, sprawdzał wyniki kilka razy, upewni się, czy podjął dobre decyzje, zostanie po godzinach, by wszystkiego dopilnować; wzorowy lekarz jest odpowiedzialny, zaangażowany, konsekwentny, skromny, jest perfekcjonistą. Do takiego ideału powinniśmy dążyć...

Stop! Czyżby? Zatrzymajmy się chwilę przy naszym „ideale”. Za swój perfekcjonizm, za bycie wzorowymi, lekarze płacą ogromną cenę. Wszystkie wymienione cechy można odnaleźć wśród czynników ryzyka pojawienia się wypalenia zawodowego, zaburzeń lękowych i depresji, uzależnień itd. No i teraz konsternacja: może zdrowiej byłoby być medykiem byle jakim, nie dbałym, obojętnym, chaotycznym?

Gabbard i Myers twierdzą, że wcale nie o to chodzi. Wymienione przez nich cechy są zarówno bardzo pożądane, jak i szkodliwe, a klucz do psychicznego dobrostanu tkwi w świadomości mechanizmów poznawczych i emocjonalnych oraz proporcji presji, jaką wywieramy na siebie, i umiejętności jej unikania. Z jednej strony wykorzystujemy to, jacy jesteśmy i jak reagujemy. Dzięki tej wiedzy jesteśmy dobrzy w tym, co robimy, i nie ma sposobu, by to z siebie „wymazać”. Z drugiej strony jednak musimy wiedzieć, jak nie dopuścić do nadmiernego eksploatowania swoich zasobów. Oto przykłady:

- Jeśli mam świadomość, że czasem przesadam z osobistym zaangażowaniem się we wszystko, mogę próbować zatrzymać samą siebie przed odruchowym rzuceniem się w kolejne zadanie.
- Jeśli przygniata mnie poczucie winy, bo przecież odpowiadam za wszystko, mogę zastanowić się, gdzie jest granica tego, na co mam wpływ, a co jest poza mną.
- Jeśli zauważę, że zatyka mnie z niepokoju i przemęczenia, mogę „kazać” sobie zrobić przerwę choć na chwilę i odpocząć.
- Jeśli łapię się na tym, że mam ochotę upewnić się po raz trzeci, czy niczego nie przegapiłam w wynikach badań pacjenta, mogę próbować powiedzieć stop! i powstrzymać kolejne kompulsywne przeglądanie dokumentacji.

To wszystko mogę robić, jeśli znam choć trochę siebie i wiem, jakie pułapki zastawia na mnie własna psychika. Jeśli monitoruję samą siebie i zauważam, gdy zachodzi coś niepokojącego. Tak jak kontrolujemy stan baterii w telefonie, tak samo sprawdzamy poziom naładowania swojej wewnętrznej baterii. A jeśli okazuje się, że monitorowanie i dbanie we własnym zakresie nie wystarcza, by wrócić do pełnego naładowania baterii? Wtedy można i trzeba poszukać profesjonalnego serwisu dla naszego sprzętu! Na szczęście coraz więcej osób spośród nas w trudnych momentach decyduje się skorzystać z pomocy psychoterapeuty czy psychiatry, zamiast tkwić w starych, wyniszczających schematach myślowych i emocjonalnych.

Pozostaje jeszcze pytanie, jaki wpływ na pacjenta będzie miał fakt, że lekarze zaczną dbać o siebie, luzować perfekcjonistyczne pęta, wycofywać się z ponadnormatywnego zaangażowania. Czyż pacjentom nie było cudownie pod opieką tych ideałów? I tu wracamy do paradoksu, o którym piszą Gabbard i Myers: mimo że pozornie lekarz przekieruje część swojej energii z dbania o pacjenta na dbanie o siebie, będzie bardziej obecny w relacji z pacjentem. Człowiek mniej napięty i zestresowany, wypoczęty łatwiej wycisza nieproduktywne zamartwianie się i uporczywe analizowanie, dzięki czemu klarowniej myśli. Wewnętrzny spokój, świadomość swoich relacji emocjonalnych i pilnowanie granic ułatwiają zaangażowanie się w pomaganie innym w nowy, zdrowy, efektywny sposób, z korzyścią dla obu stron.

Bo przecież: „*You can't pour from an empty cup. Take care of yourself first*”. (Norm Kelly – „Nie da się nalać z pustego kubka. Zadbaj najpierw o siebie”). ●

Do poczytania: M.F. Myers, G.O. Gabbard, *The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals* (1st ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., 2008.

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

**PSYCHIKA  
LEKARZY I PACJENTÓW**

**IZBA ZAPRASZA NA:**

- **TRENINGI BALINTOWSKIE**
- **CYKL ZAJĘĆ  
„KO-OPERACJA RÓWNOWAGA”**

Rejestracja i więcej informacji: [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)

IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
ul. gen. Józefa Mielcharewicza

# Roczek jej się odlepił. Tej specjalizacji

GDY 2 LUTEGO NA STRONIE INTERNETOWEJ CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO OPUBLIKOWANO ZAKTUALIZOWANE PROGRAMY CZĘŚCI SPECJALIZACJI, W ŚRODOWISKU LEKARSKIM ZAWRZAŁO. DYSKUSJA TRWA DO DZIŚ, WYMAGA JEDNAK PEWNEGO USYSTEMATYZOWANIA.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

**R**eakcja na wprowadzone zmiany, przede wszystkim skrócenie modułu podstawowego, była natychmiastowa. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii opublikowało komunikat informujący, że członkowie zespołu tworzącego program specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii nie zostali poinformowani o skróceniu jej o rok, więc opublikowany program nie odzwierciedla ich stanowiska. Niezależnie z wnioskiem o wykreślenie swoich nazwisk z listy autorów odpowiadających za opublikowany program do CMKP wystąpili prof. dr hab. Radosław Owczuk (były konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) oraz prof. dr hab. Mirosław Czuczwar. Uzasadniali złożenie wniosków brakiem konsultacji w sprawie programu. Głos zabrała także Naczelna Rada Lekarska, publikując 3 lutego apel do ministra zdrowia. Temperatura podniosła się, gdy do sporu dołączyli się eksperci z dziedziny onkologii klinicznej. „*Publikacja programu była dla nas ogromnym zaskoczeniem, ponieważ okazało się, że bez informowania kogokolwiek z zespołu, w tym m.in. krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej oraz mnie – jako prezesa Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – Ministerstwo Zdrowia skróciło o 50 tygodni moduł podstawowy, pozostawiając bez zmian moduł specjalistyczny* – komentuje na łamach „Pulsu Medycyny” prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki, jeden z członków zespołu ekspertów tworzących program specjalizacji z onkologii klinicznej. W rozmowie z RynkiemZdrowia.pl głos zabrał także dyrektor CMKP i konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert: „*Nie zamierzam się tłumaczyć, bo nie jestem autorem tych programów. Za ich treść odpowiada zespół ekspertów i przewodniczący. Natomiast dziwi mnie brak znajomości reguł tworzenia programów specjalizacji przez niektórych członków zespołów wytypowanych spoza CMKP*”.

W całej dyskusji przewija się kwestia formalnej drogi, jaką przebywa zaktualizowany program, aby trafić do zatwierdzenia przez Ministerstwo Zdrowia. Musi on bowiem zostać zaakceptowany przez przewodniczącego zespołu autorów, czyli

konsultanta krajowego z danej dziedziny. Dyrektor CMKP w liście otwartym do prezesa PTOK przypomina, że 22 maja 2022 r. odbyło się spotkanie konsultantów krajowych z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem, na którym konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Jacek Różański poinformował, że zdecydował o skróceniu modułu internistycznego do dwóch lat. „*Część konsultantów ze swoimi zespołami, m.in. z alergologii, gastroenterologii, geriatry czy reumatologii, korzystając ze skrócenia modułu podstawowego, zdecydowała o wydłużeniu modułu specjalistycznego*” – dodaje Gellert w liście. Dlaczego zatem przedstawiciele obu zespołów twierdzą, że wersja opublikowana przez CMKP nie była z nimi konsultowana?

Ministerstwo Zdrowia nie zajęło stanowiska w tej sprawie, a odpowiedzi na zadane przez naszą redakcję pytanie nie udzieliło. Poinformowało nas jedynie o skróceniu modułu podstawowego z trzech do dwóch lat. Poprosiliśmy o wypowiedź obecnego konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii prof. dr hab. n. med. Macieja Krzakowskiego. Niestety, i on nie udzielił odpowiedzi. Dr n. med. Tomasz Imiela, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej oraz członek Zespołu ds. Opracowania Programu Specjalizacji z Kardiologii, biorący udział w opracowywaniu programu z ramienia Naczelnej Izby Lekarskiej, podkreśla: „*Wszyscy autorzy przed publikacją ostatecznej wersji powinni otrzymać dokument do zapoznania się i oceny, a przynajmniej do wyrażenia sprzeciwu. Nie powinno się podpisywać pod czymś, czego się nie widziało. Jeśli rzeczywiście tak było, jest to bardzo niepokojące. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca*”.

Dziś próżno szukać programu specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii na stronie internetowej CMKP. Czy to samo spotka program dotyczący onkologii? Wydaje się, że dyrektor CMKP próbuje wyciszyć emocje, dając szansę na wprowadzenie zmian do końca lutego 2023 r., o czym wspomina w liście do prof. Wysockiego. A prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej zapowiada prace nad nowym programem specjalizacji... ●



# Jakość

tekst JERZY BRALCZYK



Fot. K. Bartyzel

Najpierw był zaimiek *jb*, (*ja, je* – jak *tb, ta, te*) z półsamogłoską *b* na końcu, potem z *jb* wziął się *jen* – jak *ten* – który oznaczał 'który' (jego dopełniacz to *jego*). To *jb* z przyrostkiem *-akb* dało *jak* (dawniej zresztą jako *jako*). Utworzony regularnie zaimiek przymiotnikowy *jaki* odpowiadał łacińskiemu *qualis* (od *qui*). *Qualis* dało rzeczownik *qualitas*, a *jaki* – *jakość*, u nas w XVI w., jako najpierw termin scholastyczny. Podobnie było z rzeczownikiem *ilość* odpowiadającym łacińskiemu *quantitas*. Ta *ilość* weszła zresztą w pewien semantyczny spór z *liczba*, do dziś prowadzony. Szczęściem *jakość* z *którością* się nie spierają, choć teoretycznie mogłyby. *Jaki* jest, by tak rzec, *jakościowe*, wskazuje na cechy, podczas gdy *który*, zasadniczo z kolejnością związane, ma też odniesienia do wskazywania pewnego obiektu spośród innych.

Chcemy wiedzieć, *jakie* co ma cechy, więc opisując coś, sięgamy najczęściej po różne przymiotniki. A może to być małe i duże, ciekawe i nudne, piękne i brzydkie. Takie właśnie cechy, których określenia określają to określane coś, mogłyby też wiązać się z rzeczownikiem *jakość*. Ale się nie wiążą.

Bo *jakość* to dziś już tylko ocena. Rzeczownik *jakość* łączy się z przymiotnikami, takimi jak *dobra, zła, wysoka, niska* – i sporadycznie tylko, jeśli w ogóle, wskazuje się cechy, które do takiej oceny prowadzą.

A rzeczownik *jakość*, jeśli pozostaje bez przymiotnika, tylko do *wysokiej* (czyli dobrej, wiadomo dlaczego to, co wysokie, uważamy niestety za lepsze) *jakości* się odnosi. *Troszcząc się*

o *jakość*, nie będziemy przecież dążyli do tego, by była *niska*. A *chodzi nam* zwykle o *jakość* do tego stopnia, że pojęcia *jakości* i *wartości* czasem w naszej świadomości stoją blisko siebie.

W naszym działaniu stwierdzić jednak możemy, że inna pożądana najczęściej wartość, mianowicie *ilość*, bywa w pewnym konflikcie z *jakością*. *Wiele* to często bardzo dobrze, nawet znakomicie, ale *wielość* zwykle ze *znakomitością* się nie łączy, tym bardziej że ta *znakomitość* jest często wyznaczana przez *wyjątkowość*. I gdy mówimy, że *chodzi przede wszystkim o jakość*, często możemy wskazywać, że to nie *ilość* (względnie *liczba*, oczywiście duża) jest dla nas priorytetem. I zinstytucjonalizowane wyrażenie *znak jakości* jest najlepszym znakiem takiego właśnie użycia słowa *jakość* do oceny.

Rzeczownik *jakość* jakoś łączy się z przysłówkiem (czy zaimkiem przysłownym) *jakoś*. I to *jakoś* jest często, zwłaszcza gdy bez czasownika, jakoś łączone z brakiem wysokiego standardu czy przynajmniej z brakiem jego oczekiwania i dążenia do niego. „Jakoś to będzie”, „jeszcze nigdy tak nie było, żeby jakoś nie było” – to sytuacje wskazujące na *jakiś* (!) unieważnienie *jakości*. *Troska o jakość życia* oddala te nieco abnegackie powiedzonka, wskazuje, że *jakość*, stojąc w mało gramatycznej opozycji do *jakoś*, powinna mieć więcej zwolenników.

Skądinąd ciekawe, że w rzeczownikach *jakość* się obligatoryjnie zmeliorowała, a w zaimkach chyba wręcz przeciwnie, bo i *jaki taki* to nie najlepszy, i *jakikolwiek* (czy *jaki bądź*) też, a *jakiś tam* czy *jakiś taki* co najmniej (a raczej najwyższej) niewyraźny. ●



**Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami**  
**Mediator OIL w Warszawie**

Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.

E-mail [mediator@oilwaw.org.pl](mailto:mediator@oilwaw.org.pl)

Tel. 22 542 83 29

# Zmieniamy się dla Ciebie



TO HASŁO, KTÓRE WIĘKSZOŚĆ Z WAS ZNA Z WITRYN PRZEBUDOWYWANYCH SKLEPÓW. ŻEBY NADAŻYĆ ZA OCZEKIWANIAMI KONSUMENTÓW, ZARZĄDCY PRZEDSIĘBIORSTW KOMERCYJNYCH MUSZĄ NA OKRĄGŁO MYŚLEĆ O MODYFIKACJACH. PODOBNIESTO JEST Z ORGANIZATORAMI MAZOWIECKICH SPOTKAŃ STOMATOLOGICZNYCH, CHOĆ NASZYM MOTOREM NAPĘDOWYM ZMIAN NIE JEST CHĘĆ ZAROBKU, LECZ SPROSTANIA POTRZEBOM KOLEŻANEK I KOLEGÓW PO FACHU.

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



Fot. K. Bartyzel

**P**odczas każdych MSS, a także między nimi, poświęcamy wiele czasu jednej fundamentalnej czynności – słuchamy. Słuchamy Waszych opinii, liczymy się z Waszym zdaniem o tym, jak nasza doroczna konferencja powinna być przygotowywana, jakie powinniśmy poruszać tematy, jak organizować zajęcia i integrację środowiska lekarzy dentystów.

Dlatego ideą, która zawsze nam przyświeca, jest rozwój. Nie tylko rozwój umiejętności zawodowych, dzięki kontaktowi z najlepszymi w kraju specjalistami w swoich dziedzinach stomatologii, ale także rozwój formuły MSS. Podczas najbliższej, siódmej już konferencji chcemy więc wprowadzić oczekiwane przez większość kolegów zmiany. Uważamy, że nie wystarczy już to, że uczestnicy mają szansę spotkać się i posłuchać np. konsultantów krajowych i prezesów towarzystw. Wiemy, że lekarze dentyści potrzebują dłuższego bezpośredniego kontaktu z wykładowcami. Dlatego chcemy wprowadzić nową formułę prelekcji, by słuchacze mogli aktywnie brać w nich udział, dyskutować i na gorąco wymieniać się poglądami, a nie, jak do tej pory, rozmawiać tylko w kularach.

Mamy zamiar rozszerzyć też tematykę spotkań o zagadnienia wychodzące poza kwestie fachowe, czyli poruszać sprawy całej naszej grupy zawodowej. Okazją do stworzenia forum dyskusyjnego stanie się posiedzenie Komisji

Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbędzie się właśnie podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. Tematów do dyskusji jest mnóstwo, także ściśle związanych z samorządem zawodowym i jego rolą. Jak my, lekarze, chcemy ją kreować, jak widzi ją społeczeństwo, jak postrzegają nas politycy? Poza sprawami niezwykle ważnymi zamierzamy w programie zajęć uwzględnić takie, które może wydają się przyziemne, lecz są istotne w codziennej pracy. Dotkniemy tematów bytowych – kwestii ubezpieczeń, prowadzenia działalności, zabezpieczenia socjalnego i prawnego.

VII MSS odbędą się od 16 do 18 czerwca, znowu w Serocku. Cieszę się, że teraz już w kwestii Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych nie zadajemy sobie pytania „czy?”, tylko „kto i kiedy?”. Grono wykładowców mamy niezwykle bogate, o statych bywalców się nie martwimy, bo też jest ich już pokaźna liczba. A jeszcze bardziej niż ze znanych gości, cieszymy się z każdej nowej twarzy. Powtarzam to może do znudzenia, ale naprawdę organizujemy imprezę dla lekarzy od lekarzy. I choć jesteśmy okręgowym samorządem, MSS mają zasięg ogólnopolski. Nasze plany zresztą wybiegają jeszcze dalej. Do udziału w kolejnych konferencjach zamierzamy zapraszać towarzystwo międzynarodowe. Kogo dokładnie? Mamy pewne pomysły, ale czekamy na sugestie. Chętnie ich wysłuchamy w czerwcu. Do zobaczenia! ●



# VII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

16-18 CZERWCA 2023 | HOTEL NARVIL | SEROCK

Rejestracja na:

[izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)

Organizatorzy:



WARSZAWSKI  
UNIwersYTET  
MEDYCZNY



# Sprawiedliwy dostęp czy sprawiedliwa reglamentacja?

CZY BĘDZIEMY DOMAGAĆ SIĘ, BY NFZ STAŁ NA STRAŻY POWSZECHNEJ DOSTĘPNOŚCI POMOCY MEDYCZNEJ, CZY USATYSFAKCJONUJE NAS, JAKO SPOŁECZEŃSTWO, JEGO ROLA STRAŻNIKA KOLEJEK? CZY SPRAWIEDLIWOŚĆ I RÓWNOŚĆ W SYSTEMIE PUBLICZNYM BĘDZIEMY MIERZYĆ UZYSKANIEM PRZEZ KAŻDEGO POTRZEBUJĄCEGO POMOCY NA CZAS, CZY GŁÓWNIEM „USZCZELNIANIEM” SYSTEMU REJESTRACJI ORAZ TROPIENIEM BŁĘDÓW I WYPACZEŃ?

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

**I**nfluencerka, znana jako Mama Ginekolog, do listy swoich ekscentrycznych osiągnięć dopisać może wypromowanie na Pudelku Narodowego Funduszu Zdrowia. Tweet, w którym NFZ żąda wyjaśnień od Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM w związku z relacją pracownicy centrum w mediach społecznościowych, zdobył zasięg nieporównywalnie większy niż zwykle przekazy dotyczące profilaktyki, walki z rakiem czy edukacji zdrowotnej. Oburzenie na lekarzkę, która bez cienia zażenowania zrobiła instastory z przyjmowania znajomych i rodziny w poradni przy szpitalu, rozlało się po całym polskim Internecie i przebiło do ogólnokrajowych telewizji.

Warto wykorzystać ten fenomen, by poruszyć kilka bardzo poważnych kwestii z zakresu dostępności pomocy medycznej dla pacjentów w naszym kraju i zadać sobie pytanie, co w tym wszystkim powinno stać się przedmiotem krytyki, a w konsekwencji – radykalnej zmiany. W całej tej historii nie chodzi przecież o konkretną osobę, ale o powszechne zjawisko niedostatecznej dostępności opieki medycznej.

Zacznijmy od tego, że kapitał społeczny ma ogromne znaczenie dla utrzymania zdrowia

i szans leczenia. Znajomy medyk też jest częścią „pakietu” dla klasy średniej, o czym od dawna mówi prof. Jarosław Flis. Nie tylko w Polsce ubożsi, gorzej wykształceni, mieszkający w niewielkich ośrodkach mają w wyścigu o zdrowie mniejsze szanse niż ludzie bardziej zasobni, absolwenci szkół wyższych, mieszkańcy metropolii. Przynależność do klasy społecznej ma bowiem kapitalne znaczenie na wielu poziomach: świadomości zdrowotnej, zdolności poruszania się w złożonym systemie ochrony zdrowia, rozumienia praw pacjenta i zdolności ich egzekwowania. Wykorzystanie takiej przewagi nie musi mieć charakteru nadużycia.

Po prostu, jeśli znamy kogoś, kto nam wytłumaczy, gdzie najlepiej się zwrócić o pomoc i jak to zrobić, zyskujemy przewagę w walce o przeciągnięcie na swoją stronę krótkiej kody słabo dostępnych świadczeń.

Reakcją na te rażące nierówności powinno być stworzenie sprawnego publicznego systemu ochrony zdrowia. Powstanie nowoczesnych systemów powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego wynikało właśnie z idei „uwolnienia ludzi od strachu, że opiekę medyczną może im zagwarantować jedynie majątek lub odpowiednie dochody” – jak to ujął dr Mark Porter,

przewodniczący rady British Medical Association. Niestety, polski system publiczny jest szczególnie niekorzystny dla najmniej uprzywilejowanych. Zorganizowany źle i nieprzejrzysty, premiuje przeskakujących miejsca w kolejkach dzięki wizytom w prywatnych gabinetach. Najmniej zaradnych skazuje na wielomiesięczne, a nawet wieloletnie czekanie. Rodzice nastolatka z zaburzeniami zdrowia psychicznego, których nie stać na terapię, „czekać” będą na jego pierwszą próbę samobójczą, by w końcu uzyskać kontakt ze specjalistą. Co ma zrobić matka, słysząc, że dostanie się z dzieckiem do ortodonty w 2028 r., kiedy pewnie będzie już za późno na refundowany aparat? Białych plam w systemie publicznym przybywa, a rozwijający się system komercyjny wyjdzie na swoje, obsługując mniejszą populację za większe pieniądze.

Co gorsza, system publiczny nie potrafi dziś zapewnić jednolitego standardu świadczeń w różnych placówkach. Informacje o nieodległych wolnych terminach, wyszukane w „kolejkomacie”, czyli „Informatorze o terminach leczenia” NFZ, o ile nie okazują się błędem raportowania, w najbardziej deficytowych specjalizacjach odsyłają do tych lekarzy, których pacjenci starają się z różnych powodów unikać. Brak jasnych wytycznych, ścieżek pacjenta i koordynacji opieki – to podstawowe bolączki chorych, ale i przyczyna marnotrawstwa zasobów w publicznym systemie ochrony zdrowia. Dlatego niepokoi, że zamiast zapowiedzi poprawy dostępności słyszymy głównie o nowych instrumentach monitorowania kolejek. Centralna rejestracja sama z siebie niewiele zmieni w życiu pacjentów najbardziej wykluczonych (szczególnie cyfrowo i komunikacyjnie), którym trudno „upolować” atrakcyjny wolny termin, a jeszcze trudniej dojechać na konsultację do placówki oddalanej od ich miejsca zamieszkania. Kolejny raz skupiamy się na rozwiązaniach dla... mobilnych i świetnie zorganizowanych, a nie dla tych, którzy z racji problemów z po-

**Nie wystarczy nadzorować i karać, trzeba tak przemodelować system, by przestał być torem przeszkód dla pacjentów.**

właściwych decyzji. Nie wystarczy nadzorować i karać, trzeba tak przemodelować system, by przestał być torem przeszkód dla pacjentów.

Na koniec trzeba odnotować, że sprawa Mamy Ginekologa stanowi też przykład nieznamości perspektywy zwykłego człowieka przez przedstawiciela elity. Można odnieść wrażenie, że lekarka uznaje swój przywilej za stan naturalny, a nawet pożądaną. To zresztą chyba wzbudziło największe emocje u odbiorców, gdyż jej opowieść jest trochę jak historia doktora Judyma *à rebours* – prowadzi z sukcesem biznes, a w czasie wolnym korzysta z publicznego sprzętu, by pielęgnować sieć środowiskowych relacji. Tą sprawą niewątpliwie powinny zająć się odpowiednie organy samorządu zawodowego. Jej argument, że „skracala kolejki kosztem prywatnego czasu”, łatwiej byłoby przyjąć, gdyby po pracy przyjmowała kobiety w kryzysie bezdomności. Wielu lekarzy tak zresztą robi z poczucia obowiązku zawodowego, dopisując do listy przyjęć niekoniecznie znanych sobie pacjentów. Awantura dotycząca przyjmowania dodatkowych chorych to miecz obosieczny, który także w nich uderza. Tym bardziej powinniśmy skoncentrować się na dostępności świadczeń, a nie na pieczołowitej kontroli ich reglamentacji. Wizyta u ginekologa nie może być w cywilizowanym kraju dobrem luksusowym, musi być łatwym w realizacji prawem każdej kobiety. Kiedy więc NFZ zapowiada kontrolę poradni na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, opinia publiczna powinna sobie zadać pytanie, czy ta interwencja trafia w sedno problemu. Cóż bowiem po tym działaniu mieszkanke jednej z gmin Podlasia, w których według raportu NIK nie ma ani jednej poradni ginekologicznej? Uspokajanie emocji nie zaspokoi potrzeb zdrowotnych. ●



◇ GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ

◇ JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy. Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.

◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię w pierwszych miesiącach wychowania Twojego dziecka.

**SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

**RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY**

# Ubóstwo i nierówności w kontekście zawodu lekarza

KAŻDE ŚRODOWISKO ZAWODOWE MA SPOŁECZNY WYMIAR, W KTÓRYM ZASADNICZĄ ROLĘ ODGRYWAJĄ TAKIE WARTOŚCI JAK: WOLNOŚĆ, RÓWNOŚĆ I SOLIDARNOŚĆ, CZYLI ŁĄCZNIE SPRAWIEDLIWOŚĆ. SKUPIMY SIĘ TU NA SOLIDARNOŚCI, KTÓRA POSIADA WIELE WYMIARÓW. JEDNYM Z NICH JEST DOSTRZEGANIE, SŁUCHANIE I WSPOMAGANIE TYCH CZŁONKÓW GRUPY, KTÓRZY SĄ W GORSZEJ SYTUACJI NIŻ POZOSTALI. OGÓLNYM POJĘCIEM STOSOWANYM W TAKICH SYTUACJACH JEST POJĘCIE UBÓSTWA. STANOWI ONO JEDEN Z TEMATÓW SZERSZEJ DYSKUSJI O NIERÓWNOŚCIACH SPOŁECZNYCH. PRZYPADKI NIERÓWNOŚCI I UBÓSTWA WŚRÓD LEKARZY POWINNY BYĆ WIĘC UZNANE ZA RZECZYWISTOŚĆ, KTÓRA WYMAGA REAKCJI ŚRODOWISKA, SZCZEGÓLNI ORGANIZACJI LEKARSKICH, ALE TEŻ WZAJEMNEJ POMOCY.

tekst **RYSZARD SZARFENBERG**, Uniwersytet Warszawski



Fot. archiwum UW

**W** dyskursie o zawodzie lekarza temat ubóstwa może wydawać się całkowicie marginalny ze względu na wysokie kwalifikacje, jakich wymaga, oraz przewagę popytu na rynku pracy lekarzy nad podażą, co wpływa na wyższą cenę tej pracy. Z powodu zróżnicowania ich płac w krajach zamożnych i mniej zamożnych emigracja lekarzy może również zwiększać nadwyżkę popytu na ich pracę nad podażą w kraju, z którego emigrują. Nie wynika stąd, że nie znajdziemy żadnego uboższego gospodarstwa domowego lekarza ani tym bardziej że nie ma nierówności wśród gospodarstw domowych lekarzy.

Duże znaczenie dla dyskusji o ubóstwie lekarzy ma fakt, że pomiar tego zjawiska przeprowadzany jest z uwzględnieniem nie tylko aktualnie pracujących lekarzy, a także, iż dokonuje się go nie na jednostkach, ale na gospodarstwach domowych. Wówczas dochód z pracy lekarza i jego wydatki na własne potrzeby nie wystarczają do oceny dobrobytu całego gospodarstwa domowego. Mogą być w nim również osoby o dużych potrzebach, które nie wnoszą

do gospodarstwa żadnych dochodów lub bardzo niskie, a wymagają wysokich wydatków. Przykładem gospodarstwo domowe lekarki, samotnej matki, która musiała zrezygnować z wykonywania zawodu ze względu na opiekę nad dwojgiem niepełnosprawnych dzieci. Wykluczenie takich i podobnych gospodarstw domowych z zakresu definicji trudno uzasadnić. Ubóstwo dotyczy nie tylko jednoosobowych gospodarstw domowych, aktywnych zawodowo lekarzy. Wyjście poza definicję jednoosobowego gospodarstwa domowego i aktywnego zawodowo lekarza jest jednym z głównych argumentów za podjęciem tego tematu.

Ubóstwo statystyczne, dotyczące całego społeczeństwa, badane jest na próbie gospodarstw domowych, czyli osób wspólnie utrzymujących się i mieszkających w mieszkaniach lub domach.<sup>1</sup> Pomija się jednostki żyjące poza gospodarstwami domowymi, np. osoby bezdomne, chroniące się w miejscach Niemieszkalnych i w schroniskach, osoby z domów pomocy społecznej. Dla pomiaru ubóstwa kluczowe jest odróżnienie ubogich gospodarstw domowych od nieubogich. Wyznacznik stanowi granica

ubóstwa ustalana na podstawie kilku kryteriów: skali dochodów, wydatków i liczby potrzeb (granica deprivacji). W ostatnim przypadku domownicy odpowiadają na pytania, czy stać ich na zaspokojenie potrzeb z listy kilkunastu lub kilkunastu potrzeb. Jeżeli odpowiedź jest negatywna, czyli nie mogą zaspokoić określonej liczby potrzeb (np. pięciu i więcej z trzynastu), uznaje się ich gospodarstwo za podlegające deprivacji. Granice na skali dochodów lub wydatków wyznacza się kilkoma sposobami. W Polsce granicą ubóstwa skrajnego jest minimum egzystencji (wycena miesięcznej i łącznej minimalnej wartości koszyków podstawowych potrzeb biologicznych), a granicą ubóstwa relatywnego – 50 proc. średniej wydatków. GUS podaje wskaźniki zasięgu sfery niedostatku, gdzie granicą jest minimum socjalne (wycena miesięcznej i łącznej minimalnej wartości koszyków podstawowych potrzeb biologicznych i społecznych).<sup>2</sup>

Klasyfikacja gospodarstw domowych w celu pomiaru ubóstwa kończy się na kategoriach głównego źródła utrzymania (utrzymujące się z pracy, z pracy na własny rachunek, z emerytur, z rent). Nie uwzględnia zawodów wykonywanych przez osoby pracujące. Nie da się więc na tej podstawie ustalić dokładnego stopnia ubóstwa i nierówności gospodarstw domowych lekarzy na tle ubóstwa i nierówności gospodarstw domowych osób wykonujących inne zawody, np. nauczycieli, sprzątaczek, pracowników ochrony. Można jedynie domniemywać, że ze względu na wyższe średnie wynagrodzenia lekarzy w porównaniu z wynagrodzeniami przedstawicieli innych wymienionych zawodów, ubóstwo ich gospodarstw domowych będzie niższe, a nierówności wyższe.

Była mowa o gospodarstwach domowych utrzymujących się z pracy (etatowej lub na własny rachunek), w których głównym źródłem utrzymania jest dochód wysoko wykwalifikowanego członka rodziny, pracującego w sektorze usług medycznych. Kategorię gospodarstw domowych lekarzy można definiować szerzej, gdy zaliczone zostaną do niej również gospodarstwa domowe lekarzy, którzy przeszli na emeryturę i nie wykonują już zawodu.

Oczywiście, lekarze są także domownikami w gospodarstwach utrzymujących się głównie z dochodów z innej pracy niż lekarza. Po pierwsze, dochody małżonka, który pracuje w innym zawodzie, bywają wyższe. Po drugie, część lekarzy może z różnych powodów nie wykonywać swojego zawodu, wówczas ich wkład do dochodu gospodarstwa domowego nie będzie oznaczony jako dochód osoby wykonującej zawód lekarza.

W gospodarstwach domowych lekarzy poza aktualnie wykonującymi ten zawód lub osobami, które wykonywały go w przeszłości, mogą być też inni, o zróżnicowanych potrzebach i zdolnościach dokładania się do budżetu. W przytoczonym przykładzie były to dzieci z niepełnosprawnościami, ale mogą być to również osoby dorosłe wymagające opieki.

Im więcej takich osób w gospodarstwie domowym, tym większe ryzyko, że będzie ono uboższe w stosunku do gospodarstw domowych, w których nie ma takich osób, a dochody pracujących lekarzy są takie same. Gdyby podsumować nierówności dochodowe wśród lekarzy w tych gospodarstwach domowych, nierówność dobrobytu między gospodarstwem lekarza o wyższych zarobkach, który ma pracującą żonę z dziećmi bez niepełnosprawności, oraz lekarza z niższymi zarobkami i z dziećmi z niepełnosprawnościami, którego żona nie pracuje zawodowo, bo opiekuje się dziećmi, które również jako osoby dorosłe takiej opieki mogą wymagać, będzie jaskrawa.

Co powoduje że, wydatki i warunki życia lekarzy są nierówne, dobrobyt jednych jest bardzo wysoki, innych średni, a jeszcze innych niski? Z podanych przykładów można wywnioskować, że nie przyczynia się do tego wyłącznie zdolność, zaradność i pracowitość lekarzy. Przekonanie, że ci, którzy są w gorszej sytuacji, sami ponoszą za to winę, jest nieprawdziwym i szkodliwym mitem. Powtarzanie go osłabia solidarność środowiska lekarskiego, a tym samym jest czynnikiem dezintegrującym je. Trudno pomagać tym, których zachowanie uznaje się za moralnie naganne. Jeżeli w taki sposób postrzegają się również sami ubodzy lekarze, obwiniając siebie za sytuację, w której się znaleźli, również to nie wpływa korzystnie na umacnianie solidarności.

Do uprzedzeń w stosunku do ubogich lekarzy mogą przyczyniać się również stereotypy odnoszące się do zawodu lekarza. Jeżeli w społeczeństwie upowszechnia się wyłącznie obrazy lekarzy żyjących w luksusowych warunkach, sami lekarze mogą zwiększać wysiłek, żeby tym stereotypom dorównać. Prowadzi to do konkurencji i uprzedzeń w środowisku, gdy część lekarzy nie nadąża za stereotypowymi obrazami zawodowego i życiowego sukcesu.

Podsumowując: nie ma przekonujących powodów, dla których środowisko lekarskie miałyby pomijać problem ubóstwa i nierówności w swojej grupie zawodowej. Poważne podjęcie tego tematu, bez ulegania mitom i stereotypom, będzie zwiększało spójność i solidarność środowiska. Można też mieć nadzieję, że wynikające z tego inicjatywy wzajemnej pomocy sprawią, że ci, którzy są w gorszej sytuacji, nie zostaną zapomniani i pozostawieni na uboczu. Organizacje lekarskie powinny więc w swoich programach i działaniach zarówno uwzględniać wskazane problemy, jak i animować inicjatywy pomocy wzajemnej. ●

<sup>1</sup> W Polsce prowadzone są co roku dwa takie badania: Badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD) oraz Badania dochodów i warunków życia (EU-SILC). GUS publikuje informacje na te tematy w dziale „Dochody, wydatki i warunki życia ludności”: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/>.

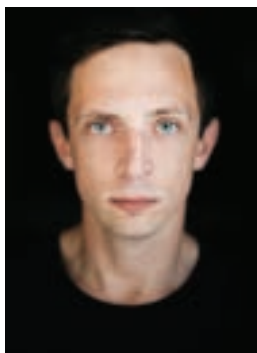
<sup>2</sup> Minimum egzystencji i minimum socjalne regularnie szacuje Instytut Pracy i Spraw Socjalnych: <https://www.ipiss.com.pl/?zaklady=minimum-socjalne-oraz-minimum-egzystencji>.



# Z okupacji na front

PO WYCOFANIU SIĘ ROSJAN CHERSOŃ PRZEZ CHWILĘ CIESZYŁ SIĘ SPOKOJEM. WKRÓTCE JEDNAK MIASTO ZNOWU OGARNEŁA WOJENNA POŻOGA, A OCHRONA ZDROWIA ZOSTAŁA ZMUSZONA MIERZYĆ SIĘ Z NOWYMI WYZWANIAMAMI.

tekst **PAWEŁ PIENIAŻEK**



Fot. M. Stanik

**T**uż po tym, jak w listopadzie ukraińska armia odzyskała miasto, korytarze szpitala miejskiego świeciły pustkami. Sporadycznie trafiało się na kogoś w ogromnym budynku. Mimo że z pracujących w nim w chwili rosyjskiej inwazji (24 lutego 2022 r.) 1400 osób zostało aż 800 pracowników.

Gdy Rosjanie wycofywali się z Chersonia, leżącego na południu kraju, zamieszkanego przez niemal 300 tys. ludzi, w mieście nie było prądu, sieci komórkowej ani wody. – Mam brudny fartuch, twarz bez makijażu, na szczęście głowę umyłam, choć musiałam suszyć ją nad kuchenką gazową – mówi 28-letnia Juliana. Od kilku miesięcy odpowiada za zaopatrzenie szpitala we wszystkie niezbędne medykamenty.

Pustki na korytarzach spowodowane były tym, że szpital ledwie działał i lekarze masowo wypi-

sywali pacjentów, których stan był stabilny. – Zostało nam tylko 70 pacjentów. W szpitalu nie ma światła. Do tego trzeba ich karmić, a działa tylko kuchnia polowa – relacjonuje Juliana. – Nim odcięli nam prąd, leżało u nas około 200 osób.

Okupacja, a następnie brak dostępu do mediów, choć to problem poważny, wkrótce miał się okazać nie najpoważniejszy dla szpitala.

## NIE DAŁO SIĘ USIEDZIEĆ W DOMU

W lutym 2022 r. rosyjskie wojska, nacierające z okupowanego od ośmiu lat Półwyspu Krymskiego, szybko zdobywały kolejne połacie obwodu chersońskiego, potem zajęły jego stolicę. Wielu mieszkańców było zaskoczonych nagłym obrotem spraw. Miasto zajęte tak szybko, że nawet nie doszło do starć. Nie stało się



opustoszałym gruzowiskiem, jak wiele innych ukraińskich miejscowości. Część mieszkańców wyszła na ulice protestować przeciwko władzom okupacyjnym. Demonstracje trwały tygodniami, w końcu zostały zdławione przez Rosjan, którzy część uczestników zatrzymali.

Juliana także postanowiła coś zrobić. Od pierwszych dni walk w obwodzie chersońskim do szpitali trafiało mnóstwo rannych – cywilnych i wojskowych z obu armii (gdy Rosjanie zajęli miasto, personel medyczny pomagał rannym ukraińskim żołnierzom opuścić Chersoń). Zapasy medykamentów szybko topniały, więc ludzie wzięli sprawy w swoje ręce. Oddawali, co mieli w domach, wykupywali wszystko z aptek i przekazywali do placówek medycznych. – *W pierwszych dniach panowała histeria. Stałam w aptece i odbierałam, co było potrzebne* – wyjaśnia Juliana. Gdy zrobiła przerwę na kilka dni, czuła, że zwariuje w domu. Myśli kołatały się w głowie, kolejne informacje przytłaczały, a poczucie winy spowodowane becznością stawało się nie do zniesienia.

## PRZYPADKOWI WOJSKOWI

Mimo że protesty na ulicach zostały stłumione, Juliana wciąż pomagała szpitalom w zdobywaniu leków. Takie placówki, jak szpital miejski w Chersoniu, nie przerywały pracy ani na dzień. – *To właśnie wolontariusze pomagali nam wszystko dostarczać* – mówi 30-letni Stanisław, kierownik zespołu technologii informacyjnych szpitala, odpowiedzialny także za gospodarkę energetyczną placówki. Gdy apteki również zaczęły świecić pustkami, Juliana nawiązała kontakt z jedną z ukraińskich organizacji pozarządowych. Dzięki temu udało się jej ściągać medykamenty do okupowanego Chersonia z terytoriów kontrolowanych przez Ukrainę. Rosjanie jednak zablokowali ostatni działający przejazd, przez który niedużymi partiami przywożono leki. Od tego czasu szpitale w Chersoniu były skazane na łaskę okupantów.

Wielu mieszkańców miasta unikało wychodzenia z domu, bojąc się zatrzymania lub niespodziewanej przemocy, ale szpitalem Rosjanie szczególnie się interesowali. Nie przywozili też do niego swoich rannych. Trafiali tam tylko początkowo, gdy ktoś przywiózł ich przypadkiem, ale od razu byli zabierani. Rosyjskim żołnierzom udzielano pomocy w specjalnej, zamkniętej placówce. Dlatego szpital miejski w Chersoniu wkrótce znowu zajmował się wyłącznie cywilami.

– *W ciągu dziewięciu miesięcy przywożono nam setki pacjentów, przede wszystkim z ranami od odłamków* – wyjaśnia Stanisław, który przez cały ten czas pracował. W niektórych okupowanych miejscowościach Rosjanie wymieniali dyrekcję szpitali. W Chersoniu jednak żadnych zmian nie było. Pojawiały się tylko rutynowe kontrole, z których zazwyczaj niewiele wynikało.

## KRÓTKA LISTA LEKÓW

Juliana była obecna podczas jednej takiej wizyty. – *Podeszli do półki z lekami, pytali, ile tego mam. Gdy podałam liczbę,*

*kobieta z kontroli zaczęła przeliczać. Potem pytali pacjentów, czy otrzymują leki* – wspomina.

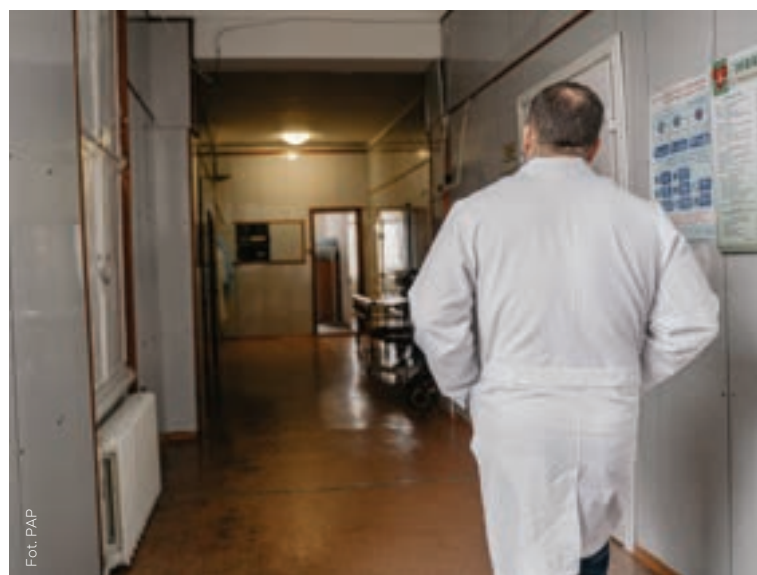
Powszechną praktyką na Ukrainie jest wykupywanie na własną rękę wskazanych przez lekarza leków przez pacjenta lub jego rodzinę. Jednak Rosjanie zabronili tego w Chersoniu. Pozwalali podawać jedynie te leki, które dostarczali. – *Kiedy nam je przywozili, mówiliśmy, że nie takich potrzebujemy, a oni odpowiadali, że tych, które chcemy, nie ma na ich listach* – opowiada Juliana. – *Gdy moja babcia znalazła się w szpitalu, dostała listę leków do wykupienia. Poszłam po nie do apteki, nie przejmowałam się zakazami. Dzięki temu babcia mogła otrzymać kroplówkę.* To przede wszystkim ze względu na babcię, która sama z trudem się porusza, Juliana została w Chersoniu.

## TO NARESZCIE KONIEC

W przededniu kolejnej ukraińskiej ofensywy, w pierwszej połowie listopada, Ministerstwo Obrony Federacji Rosyjskiej ogłosiło, że wycofuje wojska na lewy brzeg Dniepru. W mieście chwilę wcześniej wyłączono prąd, potem zabrakło wody w kranach. Juliana przynosiła ją do domu w baniakach.

Dotychczas, gdy jeździła z domu do pracy, mijała mnóstwo wojskowych samochodów. W tamtych dniach było ich coraz mniej. Dwa dni po oświadczeniu rosyjskiego Ministerstwa Obrony, gdy Juliana była w szpitalu, dotarły do niej wieści, że okupantów nie ma już w mieście. Nie chciała wierzyć. Ruszyła na centralny plac – plac Swobody, zobaczyła niebiesko-żółtą flagę i pomyślała: „*To nareszcie koniec*”.

Coraz większa liczba mieszkańców Chersonia zbierała się na placu. Wkrótce wypełnił się niebiesko-żółtymi flagami, które ludzie wyciągali z najwymyślniejszych schowków, a każdy pojawiający się ukraiński żołnierz witany był uściskami, okrzykami radości i wdzięczności. Zebrani tańczyli, śpiewali i krzyczeli. ▶▶



Fot. PAP



Foto: PAP

- Rosjanie jednak zatrzymali się po drugiej stronie rzeki i przez wybuchy radości na placu zaczęły przebiegać się coraz liczniejsze odgłosy strzałów artyleryjskich.

## SZPITAL NA PARTERZE

W szpitalu na radość nie było wiele czasu. Budynek był pozbawiony wody, działał tylko jeden agregat prądowórczy. Stanisław z przerażeniem patrzył na zmniejszanie się zapasów paliwa zasilającego urządzenie. – *Agregat działa cały czas, paliwa zostało nam na dwa dni. Wciąż szukamy dostawcy. W piątek mieliśmy zapas na jeden dzień, a dzisiaj jest poniedziałek i wciąż je mamy. Oszczędzamy, zmniejszamy liczbę sprzętu podłączonego do agregatu. Działamy w trybie kryzysowym* – wyjaśnia.

Nie mieli żadnego stałego źródła dostaw. Liczyli, że będą się zgłaszać wolontariusze. I tak się stało. Dostarczali kanistry z paliwem, a szpital w bardzo ograniczonym stopniu, ale mógł działać. Pacjentów, w większości osoby starsze i niemogące samodzielnie się poruszać, z trzech ostatnich pięter zniesiono na parter. – *Z powodu braku prądu nie działają windy. A na czwartym piętrze mamy chorych wymagających pomocy chirurgicznej. Wnoszenie ich tak wysoko jest nierealne, więc na dole zorganizowaliśmy salę operacyjną i reanimację. Mam tam*

*wszystko, oprócz wody* – mówi zadyszany chirurg i idzie po kolejnych pacjentów. Kilkuosobowa grupa lawiruje w wąskiej klatce schodowej z półprzytomnymi pacjentami na noszach.

## NADCIĄGAJĄCE ZAGROŻENIE

Dobiegające co jakiś czas odgłosy artyleryjskiego ostrzału były kolejnym powodem, dla którego pacjenci musieli znaleźć się na dole. Wkrótce atak się nasilił. Znaczna część mieszkańców zdecydowała się opuścić miasto. Także szpitale znalazły się pod ogniem. Budynek szpitala obwodowego został uszkodzony, zginęła pielęgniarka. Pracownicy szpitala zdawali sobie sprawę z zagrożenia. Na parterze, gdzie w pierwszych dniach wojny zabili okna, byli lepiej chronieni, mogli udzielać pomocy większej liczbie potrzebujących. Chersoń szykował się do kolejnego etapu wojny. ●

Autor jest dziennikarzem, stałym współpracownikiem „Tygodnika Powszechnego”. Relacjonował wydarzenia m.in. z Afganistanu, Górskiego Karabachu, Iraku, Syrii i Ukrainy. W lutym opublikowana została jego najnowsza książka: „Opór. Ukraińcy wobec rosyjskiej inwazji”.

# Wielka wojna z rakiem

CANCER MOONSHOT TO KOALICJA, KTÓREJ CELEM JEST WALKA Z RAKIEM I JEGO SKUTKAMI. ZOSTAŁA UTWORZONA W USA W 2016 R., ALE TERAZ JEJ WZMOCNIENIE STAŁO SIĘ JEDNYM Z CELÓW PREZYDENTA STANÓW ZJEDNOCZONYCH JOE BIDENA.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

**N**ie jest dla nikogo tajemnicą, że prezydent sam poddawał się kilka razy zabiegom usunięcia niezłośliwych nowotworów skóry, ale przede wszystkim – że jedną z największych tragedii jego życia była śmierć syna (2015) w wyniku raka mózgu. Zresztą w Ameryce temat śmierci znanych postaci na raka był przedmiotem publicznych dyskusji, można powiedzieć mocowania się z niemożliwością pokonania ograniczeń medycyny. Tak było np. z lubianym powszechnie republikańskim senatorem J. McCainem, który kilka lat temu zmagał się z rakiem mózgu na oczach całej Ameryki. „Moonshot” – słowo klucz do zrozumienia celu, jakim jest w Stanach walka z rakiem – to dla Amerykanów wielka obietnica, niczym zdobycie Księżyca, pokonania niemożliwego, wykonania wielkiego skoku. W koalicji moonshotowej chodzi przede wszystkim o współpracę wielkich firm farmaceutycznych, z natury rzeczy wielkich międzynarodowych organizacji biotechnologicznych, i ośrodków akademickich w USA. Wsparcie ze strony administracji nadaje programowi rangę państwową, rangę na szczeblu federalnym. Uczestnicy koalicji mają umożliwić korzystanie z około 60 procedur służących walce z nowotworami i szybkie testowanie kolejnych immunoterapeutycznych środków do walki z nimi. Z jednej strony celem jest powszechna dostępność nowych terapii raka oraz szybka diagnoza, z drugiej, gdzieś w tle, poszukiwanie szczepionki przeciw nowotworom.

Brytyjczycy w zachodnim świecie byli pionierami walki z rakiem na powszechną skalę. Ich szeroko omawianym rozwiązaniem systemowym było powołanie Funduszu Walki z Rakiem zasilanego dodatkowymi pieniędzmi z ubezpieczeń. Inny program walki z nowotworami także zmierza w kierunku wyłączenia z istniejących systemów ochrony zdrowia właśnie walki z rakiem – skupienie się na profilaktyce, ale też na dostępności lekarza. Jeśli człowiek wczyta się w rozwiązania finansowe proponowane przez Komisję Europejską, przekona się, że kwestie zdrowia, a szczególnie walka z rakiem, znajdują się w systemie finansowania w różnych „szufladkach”, ale szczególnie w kontekście KPO proces ten jest już zaawansowany.

W poszczególnych krajach zachodnich różnie podchodzi się do ochrony zdrowia. Każde państwo w innym stopniu zapewnia ochronę zdrowia swoim obywatelom, ale jest wspólny mianownik: USA, Wielka Brytania i UE, cały euroatlantycki Zachód, skupia się dzisiaj na radykalnym i szybkim zmniejszeniu śmiertelności z powodu nowotworów. W tym kontekście trzeba patrzeć na naszą ustawę o sieci onkologicznej, z jej celem – by każdy pacjent, czy mieszka na wsi, czy w mieście, był pewien, że jeśli zachoruje lub tylko będzie podejrzewał chorobę, dostanie opiekę onkologa. Zachód jest na wojnie z rakiem i także w tej wojnie Biden ma ambicję być liderem wolnego świata. ●



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

**Dyżury rzecznik praw lekarza Moniki Potockiej**

**poniedziałki 10.00–14.00 ● czwartki 10.00–16.00**

**E-mail** [rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl](mailto:rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl)

**Tel.** 512 331 230, 691 224 246

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

# Vademecum przedsiębiorcy ze stetoskopem

MYŚL DOJRZEWA, POWRACA I NIE DAJE O SOBIE ZAPOMNIEĆ. W KOŃCU DECYZJA ZAPADA: OTWIERAM DZIAŁALNOŚĆ. INDYWIDUALNĄ LUB GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ, A MOŻE PODMIOT LECZNICZY? ZACZNIJMY JEDNAK OD POCZĄTKU.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

**K**ażda z wymienionych form jest inna i wiąże się z innymi prawami oraz obowiązkami. Wspólne jest jedno: każda wymaga przestrzegania przepisów prawnych dotyczących działalności gospodarczej prowadzonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Co to oznacza? Każdy przedsiębiorca musi zarejestrować się w **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej** lub **Krajowym**

**Rejestrze Sądowym** (w zależności od wybranego rodzaju działalności gospodarczej), a następnie stosować się do przepisów ściśle określających obowiązki wynikające z prowadzenia działalności w takiej formie. Którą wybrać? W dużej mierze zależy to od rodzaju praktyki lekarskiej, jaką chcemy prowadzić. Lekarz lub lekarz dentyista, decydujący się na grupową ogólną lub specjalistyczną praktykę lekarską, może

wybrać spółkę **cywilną, jawną lub partnerską**. Medyk, który woli indywidualną praktykę lekarską, będzie zakładał **indywidualną działalność gospodarczą**. Z kolei planujący szerszą działalność leczniczą i zatrudnienie nie tylko personelu średniego i pomocniczego, ale także innych lekarzy i lekarzy dentyków, ma znacznie szerszy wybór typu działalności gospodarczej, ale zobowiązany jest tym samym do założenia podmiotu leczniczego.

Kiedy lekarz wybierze rodzaj działalności gospodarczej, jaki chce prowadzić, i dopełni wszystkich niezbędnych formalności, zostanie zaliczony w poczet polskich przedsiębiorców. Ma jednak jeszcze jeden obowiązek: zarejestrowania działalności w **Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą dla praktyk lekarskich w Okręgowej Izbie Lekarskiej** lub (w przypadku podmiotów leczniczych) w **Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie**. Rejestracja jest odpłatna i powinna nastąpić **w ciągu 30 dni od wpisu do CEIDG lub KRS**. Właściwy organ ma **30 dni na zaakceptowanie wniosku**. Wniosek może zostać odrzucony!

Najczęściej odmowa wynika z tego, że:

- masz prawomocne orzeczenie zakazujące wykonywania działalności,
- w ciągu ostatnich trzech lat wykreślono Cię z rejestru z powodu nieprawdziwego oświadczenia dołączonego przez Ciebie do wniosku lub poważnie złamałeś warunki wykonywania działalności albo nie przestrzegałeś zaleceń pokontrolnych,
- nie spełniasz warunków prowadzenia działalności.

Odmowa wpisu do rejestru następuje w drodze uchwały organu prowadzącego rejestr.

## CZY WIESZ, ŻE...

Każda zmiana danych w rejestrze RPWDL musi być zgłoszona w ciągu 14 dni?

## PAMIĘTAJ!

Prowadzenie działalności leczniczej tylko w oparciu o wpis do CEIDG lub KRS jest nielegalne! Dopiero po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o wpis do RPWDL możesz zgodnie z prawem wykonywać usługi lekarskie w ramach działalności gospodarczej.



## NAJBLIŻSZE TERMINY:

### ROZLICZENIE Z URZĘDEM SKARBOWYM

- 30 kwietnia** – termin rozliczenia **PIT** dla pozostałych przedsiębiorców, bez różnicy w formie opodatkowania (w 2023 r. możemy rozliczyć PIT do 2 maja, gdyż 30 kwietnia przypada w dzień wolny od pracy)

## USTAWOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ STATYSTYCZNA

- 31 marca** – termin złożenia rocznego sprawozdania z działalności i o pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (**druk MZ-11**)
- 10 kwietnia** – termin złożenia sprawozdania o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (**druk MZ-88**)
- 10 kwietnia** – termin złożenia sprawozdania o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (**MZ-89**)

➤ Wszystkie wymienione sprawozdania dotyczą zarówno podmiotów, jak i indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich. Druki MZ-88 oraz MZ-89 składają także lekarze dentyści świadczący usługi w ramach działalności gospodarczej.

➤ Sprawozdania należy składać drogą elektroniczną w **Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia**.

## SPRAWOZDANIE DOTYCZĄCE ODPADÓW MEDYCZNYCH

- 15 marca** – termin złożenia corocznego sprawozdania do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania odpadów za poprzedni rok.

➤ Sprawozdanie lekarze i lekarze dentyści składają w **systemie BDO** (<https://bdo.mos.gov.pl/>).

## SPRAWOZDANIE DOTYCZĄCE GAZÓW I PYŁÓW

- 31 marca** – termin złożenia sprawozdania, które zawiera informacje o ilości oraz rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości, wykorzystane do ustalenia wysokości opłat, oraz ewentualnego uiszczenia opłat za korzystanie ze środowiska za poprzedni rok. Sprawozdanie należy złożyć osobiście w **Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego** lub w jego wyznaczonych punktach podawczych, drogą pocztową lub elektronicznie przez skrzynkę podawczą e-PUAP. **Sprawozdanie składają lekarze i lekarze dentyści, którzy w swoich praktykach korzystają z samochodów i/lub mają kotłownię.** ●

# Tuczenie marketingiem

ODKĄD PRODUCENCI ŻYWNOŚCI KUSZĄ NAS „NATURALNYMI SKŁADNIKAMI”,  
A PORADY DIETETYCZNE ZACZYNAJĄ SIĘ OD BADAŃ DNA, KONSUMENTI CORAZ MNIEJ  
WIEDZĄ, CO POWINNI JEŚĆ.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

**W**ielu nieprawdopodobnych rzeczy można się dowiedzieć o medycynie przyszłości, ale ostatnio moją uwagę przykuła perspektywa ordynowania pacjentom recept na diety dostosowane do ich profilu genetycznego. Już przyznanie lekarzom takich kompetencji i wiara w to, że wszyscy zaczną swobodnie poruszać się w dziedzinie dietetyki i genetyki, stawia ten pomysł w rzędzie nierealnych. Niemniej jednak ktoś chciał chyba zwrócić uwagę, że obok tradycyjnych leków rolę terapeutyczną pełni również żywność. Zbilansowana źle szkodzi, ale dobrana rozsądnie może pomagać w przywracaniu zdrowia.

Nikt nie kwestionuje, że klucz do długiego i zdrowego życia leży właśnie na talerzu. Tę prawdę wciągnęli na sztafki niekoniecznie jednak ci, którzy coś mądrego mieliby chorym do powiedzenia, lecz entuzjaści tzw. żywności funkcjonalnej, rozreklamowanej w kręgach celebrytów i internetowych influencerów. Problem w tym, że hasło „zdrowa żywność” najczęściej nie oznacza rzeczywistych efektów jej stosowania. Na razie nie mogą ich potwierdzić rozmaite badania naukowe, dotyczące np. płatków śniadaniowych obniżających poziom cholesterolu, probiotycznych jogurtów czy napojów z dodatkiem witamin. Na ogół „żywność funkcjonalna” przyczynia się więc w większym stopniu do polepszenia wizerunku firmy, która ją wytwarza, niż do poprawy parametrów zdrowotnych jej konsumentów (chyba że za jedną z jej zalet uznamy odchudzenie portfeli).

Jeszcze całkiem niedawno jak grzyby po deszczu wyrastały w centrach miast sklepy z żywnością ekologiczną, w których zapach obory miał być przepustką do zdrowia. Wyniki naukowych dociekań dowodzą jednak, że produkty spożywcze z upraw ekologicznych bywają ośmiokrotnie częściej skażone bakteriami niż żywność z upraw konwencjonalnych. I choć można uznać za przesadne ostrzeżenie profe-

sora immunologii Bedy`ego Stadlera z Uniwersytetu w Bernie, że powrót do średniowiecznych technik rolnictwa oznacza ryzyko pojawienia się średniowiecznych zagrożeń, warto pamiętać, że naturalna żywność bez konserwantów szybciej się psuje wskutek działania bakterii, pleśni, a nawet tlenu z powietrza. Stadlera popiera Udo Pollmer, niemiecki specjalista w zakresie chemii spożywczej, który do „żywności funkcjonalnej” zawsze odnosił się sceptycznie, ostrzegając przed nią wprost: „*Nie ma nic gorszego od artykułów spożywczych, z których rzekomo usunięto coś bardzo szkodliwego i do których dodano coś niezwykle zdrowego*”.

Badania nad wpływem żywności na zdrowie, choćby ze względów metodologicznych, nie pozwalają na wyciąganie uniwersalnych wniosków. Gruntownych analiz, oceniających zdrowotne korzyści większości składników naszej diety, nie można przeprowadzić tak, jak sprawdza się leki. Jak więc ocenić wpływ artykułów spożywczych w warunkach, których nie można ustandaryzować? Nie mamy takich samych genów, a na organizm od urodzenia oddziałują rozmaite czynniki środowiskowe: nawyki żywieniowe rodziców, potem nasze własne, aktywność fizyczna, używki, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania. Z całą pewnością nie istnieje zatem jeden, uniwersalny sposób odżywiania, który całkowicie chroniłby przed nowotworami, chorobami serca lub innymi. Owszem, istnieją reguły, których warto przestrzegać, ale naczelną zasadą zdrowego odżywiania powinien pozostać umiar i urozmaicenie posiłków. Tej prawdy próżno jednak szukać wśród internetowych porad samozwańczych ekspertów.

„*Żyjemy z ćwierci tego, co jemy, z pozostałych trzech czwartych żyją lekarze*” – sentencję tę przypisuje się czasom starożytnym, choć współczesna medycyna też przecież pasie się i na niedożywionych, i na otyłych. Ale chyba praw-

dziwiej byłoby napisać, że z niezrozumienia prawd fizjologii i poddawania się przez nas łakomstwu najlepiej dziś żyje się dietetykom. Czy to zawód medyczny? Dobrze byłoby go wreszcie za taki uznać, ale niestety wieloletnia batalia wykwalifikowanych na uczelniach medycznych specjalistów o przyznanie im odpowiedniego statusu wciąż nie została w Polsce sfinalizowana. Oczywiście, traci na tym pożądana współpraca dietetyków z lekarzami i tracą pacjenci. Zyskują natomiast rzesze pseudodietetyków, którzy na internetowych kursach zdobywają szlify w tej nietatwej dyscyplinie i mają ludzi cudownymi dietami, a nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za następstwa swoich działań. Konsekwencje odczuwają niestety pacjenci. Większość placówek, w których udziela się

cud-diet kręci się więc nadal, a czytelnicy dostają rozdwójnia jaźni – po prawej stronie regału „Bądź fit” i dieta Jezusa („Co mógł jadać Jezus? Biblijna recepta”), a po drugiej przepisy na torty i desery. Ten sam azymut obrały zresztą pisma adresowane do kobiet, które regularnie wystawiają swoje czytelniczki na trudną próbę charakteru, na pierwszej stronie zamieszczając wywiad z aktorką, która znowu schudła, na kolejnej artykuł o smukłych nogach modelek, a na końcu przepisy kulinarne na tuczące smakołyki. Tak kręci się ten interes: odchudź się i tyj, tyj i odchudź się. Sokrates 400 lat p.n.e. za najlepszą metodę utrzymywania szczupłej sylwetki uważał taniec, który polecał pulchnym Greczynkom mającym obsesję na punkcie zbędnych kilogramów. Nie miał kalkulatora,



Graf. licencja OIL w Warszawie

porad dietetycznych, działa bardziej w sferze biznesowej niż medycznej, bo przyjmujące pod ich szyldem osoby skupione są na układaniu diet odchudzających, a nie na szerszym poradnictwie. Najwyraźniej większość mniej poważa swój zawód, niż powinno wynikać z ich kompetencji.

Mnogość diet oczywiście nie idzie w parze z ich skutecznością. Gdyby rzeczywiście była jedna, która bez większych poświęceń i na dłuższą metę pozwala trwale schudnąć, nie byłyby potrzebne inne. Pamiętam swoją wędrówkę po księgarniach kilka lat temu w poszukiwaniu inspiracji do artykułu, który dotyczyć miał właśnie różnych sposobów odchudzania. W sprzedaży w Empiku było wtedy 311 pozycji na ten temat, pod jakże wymownymi tytułami: „Adios kilogramos”, „Jedz pysznie, chudnij cudnie”, „Dieta paleo”, „Dieta Buddy”. Na półkach dumnie prezentowały się też kolejne wydania książek Atkinsa, kliniki Mayo, Montignaca, Dukana, Strażników Wagi. Po pięciu latach nakład niektórych tytułów się wyczerpał, zastąpiono więc je nowymi pomysłami, wcale nie lepszymi. Interes dla wydawców i pomysłodawców nowych

elektronicznych wag ani wiedzy o hormonach i wartościach kalorycznych, a jednak instynktownie trafił w dziesiątkę, zaliczając ruch do największych sprzymierzeńców zdrowia.

W naszych czasach w tym biznesie dobrze umocili się specjaliści od marketingu i reklamy, którzy zatrudniają dietetyków nierzadko w roli komiwojażerów złudzeń (oferujących zdezorientowanym ludziom suplementy na odchudzanie i trawienie). Trudno więc mieć pretensję do lekarzy, że nie znajdują szczególnych powodów, by dietetykę zacząć traktować poważniej. Do chirurgów bariatrów najczęściej trafiają dziś ofiary „przemysłu odchudzania”. Jednocześnie specjaliści dietetyki sprowadzeni zostali w wielu szpitalach do funkcji intendentów rozdzielających posiłki dla chorych. Lobbyści przemysłu spożywczego zacierają ręce. Mają przy takim nastawieniu państwa i organizacji systemu opieki zdrowotnej wiele możliwości, by się na nas niezłe utoczyły. ●

Autor jest publicystą „Polityki”.

# O czym śnią lekarze

CZĘŚĆ Z NAS CIĄGLE O NIM MARZY. WIELU MA JEGO DEFICYT. NIEKTÓRZY WCIAŻ NIE DOCENIAJĄ JEGO ZNACZENIA. SEN.

MY, LEKARZE, WIEMY, ILE KORZYŚCI PŁYNIE Z NOCNEJ REGENERACJI. DOROSŁY CZŁOWIEK POTRZEBUJE OD 7 DO 9 GODZIN SNU NA DOBĘ. REGULARNIE. NIE DA SIĘ TEGO ODESPAĆ W WEEKEND ALBO NA ZAPAS (ALE KTÓŻ Z NAS NIE PRÓBUJE!).

tekst **OLGA ROSTKOWSKA**, wiceprezes ORL w Warszawie



Fot. A. Boguski

**S**ą zapewne odstępstwa od reguły 7–9 godzin, ale większość ludzi nie jest jak Leonardo da Vinci, który według przekazów spał 2–3 godziny na dobę. Dla równowagi Albert Einstein spał podobno ponad 11 godzin. Ale dość wyliczanek. Po co w ogóle nam sen i co się dzieje, kiedy zaciągamy na niego kredyt?

Z powodu niedostatku snu obniżają się nasze funkcje poznawcze, kreatywność i motoryka. Wzrasta poczucie niepokoju oraz rozregulowuje się równowaga między głodem a sytością. Często po nieprzespanym dyżurze mamy przemożną ochotę na bogate w kalorie śniadanie, najlepiej z dużą ilością węglowodanów. Tak organizm szykuje się do zadań specjalnych mimo braku odpoczynku. Przewlekły niedobór snu staje się sygnałem do walki o przetrwanie i gromadzenia zapasów. Dlatego tak trudno schudnąć osobom, które śpią mniej niż potrzebują.

Deficyt snu zwiększa ryzyko popełniania błędów. Oczywiście, z czasem w naszej lekarskiej pracy przychodzą z pomocą długo budowane automatyzmy i „autopilot”. Zdobywane podczas lat praktyki doświadczenie sprawia, że potrafimy coraz mniejszym nakładem energii przenieść kolejną, jeszcze cięższą od poprzedniej górę. W znakomitej większości przypadków robimy to z sukcesem. Ale bywa, że brak snu sam staje się górą, którą coraz trudniej przesunąć lub przeskoczyć bez dopełnienia lekarskiego, czyli ludzkiego, błędu.

Jak spać, żeby się wysypiać? Kilka zasad: lekka kolacja, raczej przewaga białka niż węglo-

wodanów. Unikamy soli i nadmiaru płynów na noc. Sypialnia jest wywietrzona i chłodna, a przede wszystkim ciemna. Telefon i telewizor wyłączamy, im wcześniej przed snem, tym lepiej. Ciekawostka: w zaśnięciu pomoże ogrzanie stóp. Zbyt późno chodzisz spać? Spróbuj położyć się dziś 5–10 minut wcześniej niż wczoraj. Kolejnego dnia przesunij granicę znów o 5–10 minut. Konsekwentnie trenuj nową umiejętność. Dbasz o nocny wypoczynek swoich dzieci? Twój jest nie mniej ważny, choć w tym przypadku często dochodzi do konfliktu interesów.

Zdaję sobie sprawę, że dla wielu osób długi, niezmacony nocny wypoczynek jest luksusem, na który ich nie stać. To może drzemki w ciągu dnia? Amerykanka Tricia Hersey, okrzyknięta „biskupem drzemek”, jest autorką książki o sile wypoczynku i założycielką instagramowego konta @thenapministry (Ministerstwo Drzemek). Polecam jej kazania tym, którzy – jak ja – gorliwie wierzą w odpoczynek jako formę buntu przeciwko kompulsywnej hiperproduktywności. Uważam wręcz, że przynajmniej niektóre objawy zgłaszane przez naszych pacjentów, np. tajemnicze bóle w różnych częściach ciała o niewyjaśnionej etiologii, część napadów lęku, wspomniany już nadmierny apetyt (z konsekwencjami), mogłyby być choć częściowo ograniczone przez nadanie priorytetu snowi i fundamentalną poprawę jego jakości. Niech wreszcie sen przestanie być dobrem luksusowym czy synonimem lenistwa (jest wręcz przeciwnie), a jego wyregulowanie i pielęgnowanie stanie się ważnym życiowo celem. Tak, sen celem życia. Dla poznania następnych herezji zapraszam do czytania kolejnych felietonów. ●





Już w kwietniu rusza

# Lekarska Liga Mistrzów OIL w Warszawie!

Przygotujcie się  
na prawdziwe sportowe emocje.  
Stwórzcie swoją drużynę  
i weźcie udział  
w profesjonalnych rozgrywkach.

## Zagrajmy razem!

Rejestracja i więcej informacji:

[izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)



# Rewizja refundacji

DZIESIĄTKI TYSIĘCY ZŁOTYCH KAR FINANSOWYCH OD NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA DLA LEKARZY, KTÓRZY PRZEPISYWALI PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY Z REFUNDACJĄ DZIECIOM POWYŻEJ 12. MIESIĄCA ŻYCIA W PRZYPADKACH CIĘŻKIEJ ALERGII POKARMOWEJ. INFORMACJA O ZWIĄZANYCH Z REFUNDACJĄ PREPARATU NEOCATE LCP KŁOPOTACH MEDYKÓW ORAZ CIERPIĄCYCH DZIECI I ICH RODZIN OBIEGŁA KRAJOWE MEDIA. NASZA IZBA Z INICJATYWY RZECZNIKA PRAW LEKARZA PODJĘŁA SZEREG DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU ROZWIĄZANIE PROBLEMU.

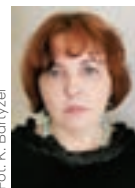
tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**W** niektórych przypadkach ostrej alergii pokarmowych u dzieci wspomniany preparat jest jedynym pożywieniem, jakie mogą przyjmować. Problem polega jednak na tym, że Neocate LCP ma wskazanie refundacyjne tylko w przypadku pacjentów do 12. miesiąca życia. Wprawdzie istnieje preparat Junior dla dzieci starszych, ale jego skład minimalnie różni się aminokwasami od LCP, co u niektórych wywołuje reakcje alergiczne. Ponieważ jest drogi, a rosnące dziecko potrzebuje coraz więcej pokarmu, wydatek na zakup preparatu bez refundacji może wynosić nawet kilka tysięcy złotych miesięcznie. – *Są rodzice, którzy pracują właściwie tylko na to specjalistyczne mleko zastępcze, bo ich dziecko nie może przyjmować innego pożywienia* – mówi rzecznik praw lekarza Monika Potocka, która stanęła w obronie lekarzy wypisujących recepty z refundacją z myślą o trudnej sytuacji majątkowej pacjentów. Rzecznik podkreśla, że same zasady kontroli refundacji przez NFZ są niejasne i krzywdzące dla lekarzy. Choćby przez to, że fundusz bez uzasadnienia zawiesza konkretne postępowania kontrolne i odwiesza w wybranym przez siebie momencie, ale naliczanie odsetek od wymierzanych w efekcie takich kontroli kar nie jest zawieszane.

Biuro RPL przeprowadziło analizę prawną zagadnienia, zwracało się w sprawie preparatu zarówno do rzecznika praw pacjenta, jak i ministra zdrowia. Zaoferowało ponadto pomocą prawną lekarzom, od których NFZ żąda zwrotu pieniędzy za nienależnie jego zdaniem przyznaną refundację. Co więcej, z inicjatywy rzecznika praw lekarza naszej izbie udało się nawiązać kontakt z producentem

preparatu. W skierowanym do dyrektora medycznego i Market Access Dywizji Żywności Medycznej Nutricia Polska Sp. z o.o. Artura Krzyżanowskiego wspólnym liście Monika Potocka i prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak stwierdzają, że niezbędne jest wystąpienie przez przedsiębiorstwo do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o zmianę wskazań refundacyjnych. Zaproponowali spotkanie przedstawicieli strony rządowej, samorządowej oraz biznesowej i propozycja została zaakceptowana.

– *OIL w Warszawie tworzy w ten sposób przestrzeń do dyskusji i podjęcia niezbędnych działań w interesie małych pacjentów, a przede wszystkim lekarzy niesłusznie obciążanych konsekwencjami zaistniałej sytuacji* – podkreśla prezes Pawliszak w rozmowie z „Pulsem”. Dodaje, że kłopoty z refundacją Neocate są częścią szerszego problemu, którego sedno stanowi prawne obciążenie lekarzy odpowiedzialnością za refundację leków. – *Potrzebne są zmiany w przepisach refundacyjnych, na co zresztą zwróciła ostatnio uwagę także Naczelna Izba Lekarska. (Apel Prezydium NRL przytaczamy na sąsiedniej stronie). Jednak nim zostaną wprowadzone, OIL w Warszawie podejmie działania w oparciu o obowiązujące przepisy prawne. I zrobi wszystko, bo pomóc rozwiązać problem lekarzy, którzy przecież działali jedynie z myślą o dobru swoich pacjentów* – mówi prezes.



Fot. K. Bortyzel

– *Ustalamy szczegóły pierwszego spotkania wszystkich zainteresowanych stron. Cieszę się, że znaleźliśmy w tej trudnej sprawie partnerów do dialogu. Wkrótce przekonamy się, jakie będą jego efekty* – zapewnia Monika Potocka. ●

**APEL Nr 2/23/P-IX  
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

**z dnia 10 lutego 2023 r.**

**do Ministra Zdrowia**

**o zwolnienie lekarzy z obowiązku określania poziomu refundacji na  
wystawianych receptach**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej domaga się pilnej zmiany przepisów, która zniesie obowiązek określania przez lekarzy i lekarzy dentyistów poziomu refundacji ordynowanych leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę, że lekarz nie może odpowiadać za konsekwencje wadliwych regulacji i nie może być za nie karany. Rolą lekarza jest leczenie pacjentów, a nie wykonywanie czynności administracyjno-biurokratycznych, polegających m.in. na czasochłonnej weryfikacji poziomu odpłatności na wystawianych receptach.

Odwlekanie decyzji o zwolnieniu lekarzy z określania poziomu refundacji skutkuje nawarstwianiem się problemów na linii pacjent – lekarz - NFZ, czego dobitnym przykładem jest aktualna, szeroko komentowana w przestrzeni publicznej, sprawa związana z karaniem lekarzy, wystawiających refundowane recepty na preparat mlekozastępczy, rekomendowany w przypadku dzieci wykazujących ostre reakcje alergiczne na inne tego typu produkty.

Skala problemu wyraźnie pokazuje potrzebę podjęcia przez organizatorów systemu ochrony zdrowia szybkich i zdecydowanych działań, celem zniesienia tego obowiązku z lekarzy, poprzez postulowaną już przez środowisko lekarskie automatyzację systemu określania refundacji.

SEKRETARZ

  
Grzegorz Wrona

PREZES

  
Lukasz Jankowski

# Obrona konieczna przed agresywnym pacjentem

PRACOWNICY ZAWODÓW MEDYCZNYCH SĄ NARAŻENI NA KONTAKT Z AGRESYWNymi PACJENTAMI, KTÓRZY NIEKIEDY MOGĄ ZAGRAŻAĆ ICH ZDROWIU, A NAWET ŻYCIU. PRZYSŁUGUJE IM WÓWCZAS PRAWO DO OBRONY KONIECZNEJ.

tekst **MIKOŁAJ MAŁECKI**



Fot. P. Urbarczyk

**K**ażdy ma prawo do obrony koniecznej. Zasada ta dotyczy również pracowników zawodów medycznych. Mają kontakt z bardzo różnymi ludźmi, w sytuacjach stresujących, niekiedy są wzywani do ofiary przestępstwa, np. pobicia, gdy zdarzenie jeszcze nie dobiegło końca, sam pacjent może być nietrzeźwy lub niesubordynowany.

Zdarzenia z udziałem lekarzy i agresorów opisywane są w mediach. Szpital wojewódzki w Kielcach. Pacjent czekał na przyjęcie przez lekarza na SOR. W pewnej chwili wszedł do pokoju socjalnego na oddziale ratunkowym i tam się zamknął. Wezwano policję. Zanim nadjechała, interweniował jeden z lekarzy, któremu udało się wejść do pokoju. Między mężczyznami doszło do szarpaniny („Przyjechał karetką na SOR. Zaatakował lekarza”, Wp.pl z 1.01.2022).

Mieszkaniec Włocławka wezwał karetkę. Podczas badań zaczął zachowywać się agresywnie. Odepchnął lekarkę, szarpał się z ratownikiem i wyzywał ich. Podczas szamotaniny mężczyzna spowodował uszkodzenie wyświetlacza w urządzeniu, za pomocą którego był badany. („Wezwał pogotowie ratunkowe, później zaatakował lekarza i ratownika”, Polsat-News.pl z 22.05.2017).

W Warszawie 39-letniemu mężczyźnie udzielano pomocy. Podczas jazdy do szpitala pijany pacjent zaczął obrażać ratowników i grozić im śmiercią. Gdy próbowali go uspokoić, zaatakował ich. Ratownicy odwieźli agresywnego mężczyznę na komisariat. Jeszcze przed interwencją policji mężczyzna zdążył wybić szybę w ambulansie, zniszczyć drzwi oraz przegrodę oddzielającą ratowników od pacjen-

ta („Mężczyzna zaatakował ratowników i uderzył w twarz. Zniszczona została karetka, agresywny pacjent zatrzymany”, TVN24.pl z 18.04.2021).

Do wszystkich przytoczonych przykładów mógłby mieć zastosowanie art. 25 kodeksu karnego, zgodnie z którym „nie popełnia przestępstwa, kto w obronie koniecznej odpiesa bezpośredni, bezprawny zamach na jakiegokolwiek dobro chronione prawem”.

Nie ma znaczenia, czy ktoś wykonuje swoje obowiązki zawodowe, czy działa jako osoba prywatna. Każdy człowiek, który ma styczność z zamachem na dobro prawne, może go odeprzeć w obronie koniecznej. Nie trzeba czekać na przyjazd policji, nie trzeba zwlekać z działaniami obronnymi, żeby przypadkiem nie wyrządzić szkody napastnikowi. Jeżeli jest on groźny i przystępuje do czynu, lekarz może bronić siebie i innych przed zagrożeniem.

Zgodnie z kodeksem karnym, gdy „sprawca zastosował sposób obrony niewspółmierny do niebezpieczeństwa zamachu”, mówimy o przekroczeniu granic obrony koniecznej. Wynika z tego ważna zasada: sposób obrony ma być współmierny do stopnia niebezpieczeństwa zamachu, by mieścił się w granicach legalnej obrony.

Wymiar sprawiedliwości ma niestety często problemy ze stwierdzeniem, czy zastosowana obrona mieściła się w granicach proporcjonalności. Kodeks karny nie zawiera definicji „współmierności” obrony. Przepisy nie pozostawiają jednak wątpliwości: 1) można bronić się przed atakiem na jakiegokolwiek dobro prawne (życie, zdrowie, mienie – również publiczne, wolność osobistą itd.), 2) można uzyskać



Fot. licencja OLL w Warszawie

przewagę nad napastnikiem, gdyż tylko wtedy obrona konieczna spełni swój cel – ma być przede wszystkim skuteczna, 3) nie trzeba posługiwać się takim samym narzędziem, jakim atakuje agresor, współmierność dotyczy niebezpieczeństwa wywołanego zamachem i – z drugiej strony – zagrożenia wywołanego działaniami obronnymi, a nie podobieństwa narzędzia zbrodni i narzędzia służącego do obrony koniecznej, 4) nie może zachodzić rażąca dysproporcja między zagrożeniem spowodowanym przez napastnika a obroną przed zamachem.

W jednej ze wspomnianych na wstępie spraw lekarz mógł zastosować obronę konieczną przeciwko pacjentowi, który zamknął się w pokoju. Mógł przełamać jego opór, obezwładnić go i czekać na policję. Również ratownicy w karetce mogli zastosować przemoc przeciwko osobie niszczącej sprzęt, obezwładnić ją, zapiąć pasami lub nawet uderzyć, jeśli groziłaby ich zdrowiu. W skrajnej sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia można było zamknąć agresora samego w karetce i czekać na przyjazd policji. Co jednak najistotniejsze, obrona konieczna jest prawem, a nie obowiązkiem medyków. Nie mają obowiązku poświęcać własnych dóbr prawnych, by za wszelką cenę nieść pomoc niebezpiecznemu pacjentowi. Alternatywą jest wezwanie policji i wstrzymanie się z działaniami do jej przyjazdu.

Odrębną kwestię stanowi dodatkowa ochrona prawna funkcjonariuszy publicznych, przyznana w pewnych sytuacjach lekarzowi, pielęgniarce, osobie wchodzącej w skład zespołu

ratownictwa medycznego, udzielającej świadczeń zdrowotnych na szpitalnym oddziale ratunkowym itp. (reguluje to m.in. ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Należy też wspomnieć o art. 231b kodeksu karnego, który mówi: „Osoba, która w obronie koniecznej odpiera zamach na jakiegokolwiek cudze dobro chronione prawem, chroniąc bezpieczeństwo lub porządek publiczny, korzysta z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych”.

Agresja napastnika może być skierowana przeciwko załodze karetki pogotowia, zespołowi pracowników szpitala lub innemu pacjentowi. Jest to atak na „cudze” dobro prawne i członek załogi może stosować obronę konieczną, korzystając z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych. Agresja w miejscu publicznym, w przychodni, w szpitalu itp. spełnia przesłankę ochrony bezpieczeństwa lub porządku publicznego. Odpierający zamach chroni wówczas nie tylko konkretną osobę, ale także ponadindywidualne dobra prawne. Komentatorzy przepisu zauważają, że w przytoczonych sytuacjach ma on być wręcz zachętą do podejmowania interwencji przeciwko bezprawnemu zamachowi.

Podobnie jak ogólny przepis o obronie koniecznej, również art. 231b k.k. mówi o wszelkim dobru chronionym prawnie. Nie musi to być dobro osobiste, np. życie czy zdrowie człowieka. Również zamach na mienie publiczne uprawnia do stosowania obrony koniecznej w ramach ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu. Może to być próba uszkodzenia karetki, sprzętu medycznego lub jakiegokolwiek elementu wyposażenia przychodni. Samo naruszenie porządku, np. przez osobę głośno awanturującą się, która zakłóca spokój innych pacjentów, jest bezprawnym zamachem na cudze dobro prawne i upoważnia do interwencji – oczywiście w rozsądnych granicach, dostosowanych do istniejącego zagrożenia. Omawiane przepisy nie poszerzają granic obrony koniecznej przysługującej medykowi. Ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych skutkuje zaostreniem odpowiedzialności karnej agresora. Zamach na lekarza czy ratownika medycznego jest uznawany za czynną napaść na funkcjonariusza lub naruszenie jego nietykalności cielesnej. Są to przestępstwa zagrożone surowszą sankcją niż klasyczne naruszenia nietykalności cielesnej człowieka. W tym sensie państwo otacza większą ochroną pracowników zawodów medycznych. ●

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 65 tys. osób

# Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

## ZMIANY W USTAWIE O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

**M**inisterstwo Zdrowia przedstawiło z końcem 2022 r. projekt zmian\* w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.\* Poważne zastrzeżenia do dokumentu ma rzecznik praw pacjenta, którego zdaniem proponowane zmiany daleko wykraczają poza sygnalizowane poprawki „techniczne”. Ich przyjęcie będzie oznaczało w opinii rzecznika największą i najważniejszą zmianę w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w 30-letniej historii jej obowiązywania.

W uzasadnieniu projektu wskazano, że zmiany mają na celu m.in. aktualizację terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Ich zadaniem jest także wykluczenie wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowanie kwestii odnoszących się do stron postępowania sądowego w sprawach dotyczących przyjmowania osób z zaburzeniami psychicznymi bez ich zgody do szpitala psychiatrycznego, ich wypisywania, miejsca przeprowadzania rozprawy oraz inne drobne poprawki przepisów ustawy. Przewidziano w związku z tym nową definicję pojęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi zawierającą następujący katalog pojęć:

Projekt ustawy doprecyzowuje również kwestie związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, wprowadza zasadę wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do obserwacji osób unieruchomionych w monitoring umożliwiający stały nadzór nad chorymi oraz kontrolę wykonania czynności związanych z unieruchomieniem. Zmienia też przepisy, dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, przez wyeliminowanie konieczności zasięgnięcia w miarę możliwości przy przyjęciu pacjenta opinii drugiego lekarza psychiatry na rzecz zasięgnięcia opinii lekarza innej specjalności. Rozprawa dotycząca takiego przyjęcia miałaby być przeprowadzana w szpitalu, a poza nim – wyłącznie w przypadku, kiedy byłoby to szczególnie trudne. Zaproponowano też, aby w sprawach, dotyczących przyjęcia pacjenta bez jego zgody do szpitala psychiatrycznego lub wypisania go, uczestnikiem postępowania z mocy prawa był również szpital psychiatryczny.

Projekt skierowano do konsultacji społecznych, w toku których w krótkim czasie podniosło się wiele głosów krytycznych. Rzecznik praw pacjenta\* zwrócił uwagę, że dokument zakłada rozszerzenie kręgu osób, które mogą zostać umieszczone w szpitalu psychiatrycznym bez zgody. W obecnym brzmieniu ustawy są to osoby „chore psychicznie”. W projekcie proponuje się umożliwienie przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym wszystkich

JEST	BYŁO
<p><b>Osoba z zaburzeniami psychotycznymi</b></p> <p><b>Osoba z niepełnosprawnością intelektualną</b></p> <p><b>Osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia tej osoby w środowisku społecznym</b></p>	<p><b>Osoba chora psychicznie</b></p> <p><b>Osoba upośledzona umysłowo</b></p> <p><b>Osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym</b></p>

osób „z zaburzeniami psychicznymi”, a zatem zarówno z „zaburzeniami psychotycznymi”, jak i z niepełnosprawnością intelektualną lub w inny sposób zakłóconymi czynnościami psychicznymi. Rzecznik podkreśla, że mimo daleko idących zmian, w dalszym ciągu antidotum na agresję chorego jest stosowanie izolacji i unieruchomienia. W projekcie nie podjęto próby wprowadzenia nowych, mniej opresyjnych metod opanowywania agresji osoby w kryzysie psychicznym. Wątpliwości, jakie pojawiły się po lekturze projektu, zdaniem rzecznika wymagają dokładnego wyjaśnienia, bowiem odnosi się on do wyjątkowo wrażliwej materii, jaką jest nietykliwość i wolność osobista jednostki. Wprowadzanie zmian w przepisach, które pozwalają na pozbawienie człowieka prawa do samostanowienia i decydowania o swoim zdrowiu, nakłada na projektodawcę szczególnie obowiązek ukształtowania prawa tak, aby chronić osoby nim objęte przed arbitralnością władzy i zagwarantować ochronę ich praw oraz poszanowanie wolności i godności.

## RZECZNIK PRAW PACJENTA PODSUMOWAŁ LATA 2019–2021

Został opublikowany raport,\* w którym RPP przeanalizował i podsumował postępowania dotyczące naruszeń praw pacjenta zakończone w latach 2019–2021. Jednym z głównych wniosków dokumentu jest stwierdzenie, że liczba skarg kierowanych zarówno przez pacjentów, jak i ich bliskich do rzecznika od 2017 r. zachowuje tendencję wzrostową. Nie ulega wątpliwości, że ma to związek z sytuacją epidemiczną, spowodowaną rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, ale świadczy także o coraz większej rozpoznawalności urzędu rzecznika. Z podsumowania wynika, że w roku 2019 wpłynęło o 24,87 proc. więcej zgłoszeń niż w 2018, w roku 2020 o 57,49 proc. więcej niż w 2019, a w 2021 o 20,85 proc. więcej niż w 2020.

Najwięcej zgłoszeń w omawianym okresie dotyczyło leczenia szpitalnego. W ponad dwóch trzecich przypadków rzecznik potwierdził naruszenie praw pacjenta. Najczęściej chodziło

o prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w szczególności o nieprzestrzeganie procedur sanitarnych oraz niezapewnienie środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego i pacjentów, a także o jakość udzielanych świadczeń. Rzecznik odnotował znaczący wzrost liczby stwierdzeń o naruszeniu praw pacjenta na oddziałach ginekologii i położnictwa, co wiązało się przede wszystkim z organizacją opieki okołoporodowej w warunkach epidemii, m.in. nieuzasadnionym zakazem przeprowadzania porodów rodzinnych.

Mniej zgłoszeń kierowanych do rzecznika dotyczyło ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. W tej ostatniej w 93 proc. spraw potwierdzono naruszenie praw pacjenta, a do powtarzających się problemów należały: brak możliwości zapisania się na wizytę do lekarza POZ, brak kontaktu telefonicznego z placówką, brak możliwości skorzystania z teleporady oraz brak należytej staranności podczas teleporad (np. mimo wskazań medycznych odmówiono pacjentowi wizyty stacjonarnej lub informacji o stanie zdrowia).

Znaczącą grupę stwierdzonych przez rzecznika naruszeń stanowiły uchybienia w zakresie prawa pacjenta do posiadania dokumentacji medycznej. Do najczęstszych należały: nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji (np. wpisywanie danych dotyczących zdrowia innego pacjenta, nieczytelne dokonywanie wpisów, bez zachowania porządku chronologicznego, brak autoryzacji wpisów) i jej przechowywanie (np. brak środków ochrony dokumentacji przed zniszczeniem, celowe jej zniszczenie przed upływem okresu wskazanego w przepisach) oraz zbyt długi czas realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji (np. oczekiwanie na otrzymanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przekraczające miesiąc).

## USTAWA O BADANIACH KLINICZNYCH

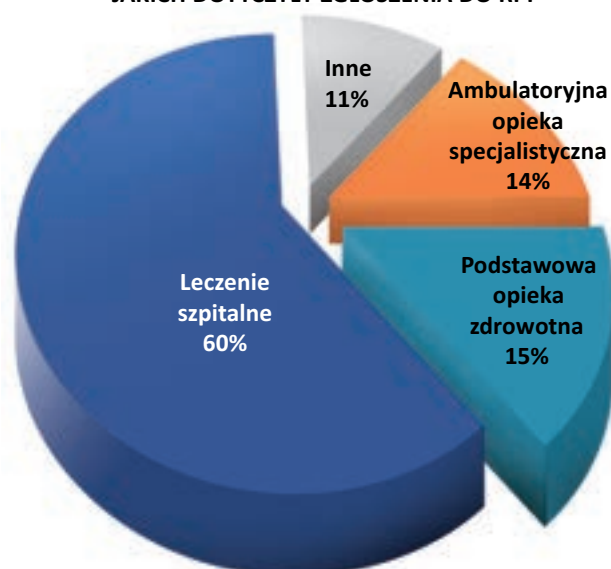
13 stycznia 2023 r. Sejm uchwalił ustawę o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.\* Akt ten stanowi implementację do polskiego porządku prawnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r.\* Celem nowej regulacji jest zwiększenie konkurencyjności Polski jako miejsca prowadzenia badań klinicznych przez wdrożenie przejrzystych regulacji prawnych, umożliwiających stosowanie europejskich standardów oraz wprowadzenie dodatkowych ułatwień i mechanizmów zachęcających do prowadzenia badań klinicznych. Przyjęcie ustawy stanowi także realizację zobowiązań wynikających z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Pośród regulacji, które wprowadza ustawa, uwagę zwraca zwiększenie ochrony uczestników badań w zakresie roszczeń cywilnoprawnych. Utworzony zostanie Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych finansowany z wpłat sponsorów. Będzie nim dysponował rzecznik praw pacjenta.

\* Źródła:



Projekt ustawy został skierowany do dalszych prac w Senacie. Nowe przepisy, co do zasady, mają wejść w życie po 30 dniach od ogłoszenia w Dzienniku Ustaw. ●

**RODZAJE LECZENIA,  
JAKICH DOTYCZYŁY ZGŁOSZENIA DO RPP**



# Analiza przypadku

NAJCZĘŚCIEJ NASZE „ANALIZY...” OBRAZUJĄ SYTUACJĘ, GDY NIE STWIERDZONO WINY LEKARZA I NIE UZNANO JEGO ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ. W TYM NUMERZE PRZEDSTAWIAMY INNY PRZYPADEK. ZAPRASZAMY DO LEKTURY.

tekst

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



Fotografie: archiwum

[www.prawniklekarza.pl](http://www.prawniklekarza.pl)

**O**d października 2016 r. pan A. skarżył się na bóle prawego barku. Po konsultacji medycznej w poradni ortopedycznej szpitala w Z. otrzymał skierowanie na badanie TK/MR. W związku z podejrzeniem uszkodzenia stożka rotatorów barku prawego 28.11.2016 r. pacjent udał się do pracowni X w celu oceny stabilności głowy długiej i stożka rotatorów. Badanie zinterpretował i opisał lek. B. We wnioskach z badania wskazał: „*Podchrzęstne ognisko płynowe, w głowie kości ramiennej torbiel, ognisko przewlekłego stłuczenia szpiku kostnego, ognisko chrzęstno-kostnego uszkodzenia głowy kości ramiennej. Poza tym obraz MR prawej obręczy barkowej prawidłowy*”.

Kolejną wizytę po wykonanym badaniu pan A. odbył 16.02.2017 r. w poradni ortopedycznej szpitala w Z. Po zapoznaniu się z wynikami przeprowadzonego badania skierowano go na rehabilitację. Ale z powodu utrzymującego się bólu, 27.03 pacjent zgłosił się do poradni ortopedyczno-traumatologicznej szpitala w W., gdzie ustalono, że doznał uszkodzenia tylnego-górnego obrąbka barku prawego w przebiegu ciasnoty wewnętrznej. 30.05 pan A. przeszedł artroskopię barku prawego – tenodezę ścięgna LHB – rekonstrukcję tylnego obrąbka.

W związku z tym pacjent zgłosił do ubezpieczyciela pracowni X roszczenie wypłaty 5 tys. zł z tytułu zadośćuczynienia. Zarzucił dr. B. błędne opisanie badania MR prawej obręczy barkowej, co skutkowało złą diagnozą i półrocznym odsunięciem koniecznego zabiegu

uszkodzonego obrąbka, a w konsekwencji bólem trwającym pół roku.

Aby ustalić, czy badanie MR prawej obręczy barkowej było rzeczywiście nieprawidłowo opisane, ubezpieczyciel pracowni X zasięgnął opinii lekarza specjalisty z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej.

Opiniujący wyjaśnił, że w opisie badania wykonanego przez lekarza z ubezpieczonej placówki zabrakło informacji o uszkodzeniu obrąbka górnego typu SLAP oraz niejednorodnej intensywności sygnału ścięgna LHB. Podał ponadto, że nieco zawyżony jest pomiar przestrzeni podbarkowej, choć może to wynikać z przyjęcia innego algorytmu pomiaru. Pojawiła się natomiast informacja, że pomiar mieści się w dolnej granicy normy, co odpowiada w przybliżeniu stwierdzanej wcześniej stenozie. Analizując przypadek, specjalista zwrócił uwagę, że badanie zostało wykonane w nietypowych projekcjach – zarówno ułożenie pacjenta w cewce w nadmiernej rotacji ramienia, jak i przyjęte płaszczyzny: czołowa skośna i strzałkowa skośna, które są nadmiernie pochylone. Nietypowe przekroje w znacznym stopniu utrudniały ocenę struktur barku, w tym LHB i obrąbka stawowego.

Orzecznik stwierdził, że w opisie badania MR barku prawego wystąpił błąd, ponieważ nie opisano uszkodzenia obrąbka górnego typu SLAP oraz częściowego uszkodzenia ścięgna LHB. Mogło to częściowo wynikać z nietypowego ułożenia pacjenta do badania i nietypo-



wych skośnych płaszczyzn badania – strzałkowej i czołowej. Specjalista uznał, że stwierdzenia pacjenta w części dotyczącej pomyłki w opisie są w tym przypadku słuszne. Tym samym przyjęto, że dr B. popełnił błąd w diagnozie.

Na temat zakresu szkody ubezpieczyciel zasięgnął drugiej opinii – specjalisty ortopedii i traumatologii. Zdaniem opiniującego z dokumentacji medycznej wynika, że pierwszą wizytę po błędnym opisie badania MR pan A. odbył 16.02, a właściwe rozpoznanie (mimo błędnego opisu) postawiono 27.03. Zatem opóźnienie leczenia wyniosło sześć tygodni i nie wpłynęło na wielkość uszczerbku ani na zakres zabiegu artroskopii barku przeprowadzonego 30.05. Specjalista podkreślił, że o ten okres przedłużone były dolegliwości pana A., lecz błąd nie spowodował ich nasilenia.

Podczas artroskopii zaopatrzone zmiany, które nie były opisane w MR (SLAP, LHBT). Opis zabiegu nie wskazuje na większy rozmiar uszkodzenia obrąbka niż opisany w opinii orzecznika radiologa. Tym samym opiniujący lekarz ortopeda wskazał brak trwałych następstw błędów w kontekście funkcjonalnym. Stwierdził, że przy prawidłowej interpretacji badania MR z 28.11.2016 r. zabieg mógłby odbyć się wcześniej, jednakże nie wpłynęłoby to na wynik leczenia w stopniu możliwym do oszacowania.

Na podstawie opinii orzecznika ubezpieczyciel pracowni X uznał, że w wyniku błędnie opisanego badania MR barku prawego doszło do opóźnienia w postawieniu prawidłowej diagnozy i zabieg artroskopii odbył się z opóźnieniem, co skutkowało przedłużeniem dolegliwości bólowych pacjenta. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że błąd w opisie badania MR nie spowodował nasilenia bólu ani nie wpłynął na zakres zabiegu artroskopii. Zatem błąd nie ma trwałych następstw w kontekście funkcjonalnym. Jednocześnie zwrócono uwagę, że utrzymywanie się bólu od błędnie opisanego badania do

wykonanego zabiegu nie może w całości obciążać dr. B. Istotny jest bowiem fakt, że pan A. dopiero po ponad trzech miesiącach od badania udał się do lekarza w celu interpretacji wyniku i dalszego postępowania.

W efekcie ubezpieczyciel Pracowni X. przyznał panu A. zadośćuczynienie w wysokości 2 tys. zł.

**Pytanie redakcji:** Czy często zdarza się, że zostaje uznana wina lekarza radiologa?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Niezwykle rzadko. Przede wszystkim dlatego, że w stosunku do lekarzy tej specjalizacji pacjenci niezbyt często składają roszczenia. Co więcej, często zgłoszona szkoda dotyczy urazów pierwotnych, a nie wynika z działania lekarza. W omówionym przypadku było inaczej. Ubezpieczyciel po stwierdzeniu wystąpienia błędu medycznego musiał ustalić, na ile działanie lekarza spowodowało pogorszenie stanu zdrowia czy wydłużenie dolegliwości. Z tego powodu konieczna była druga opinia lekarska.

**Pytanie redakcji:** Kwota wypłacona przez ubezpieczyciela nie jest zbyt wygórowana, prawda?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Tak, to prawda. Ale proszę zwrócić uwagę, że sytuacja miała miejsce kilka lat temu. Obecnie kwoty przyznawane przez ubezpieczycieli są większe. Chociaż trzeba przyznać, że nie tak wysokie, jak zasądzone przez sądy w podobnych sprawach. Poza tym, jak wspomnieliśmy wcześniej, odpowiedzialność lekarza ograniczała się wyłącznie do szkody, którą on spowodował, a nie do pierwotnej, więc świadczenie zostało dostosowane (zredukowane) do zakresu odpowiedzialności lekarza. ●

Podsiadły  Powierża   
Konsultacje Medyczne - Reumatologia 12 P



**BEZPŁATNE  
PORADY PRAWNE**  
dla lekarzy i lekarzy dentyków  
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:** [prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl](mailto:prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl)  
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)





# Semestr na piątkę

Fotografie: archiwum

SPOŁECZNYM WYZWANIOM, ZWIĄZANYM ZE ZDROWIEM PUBLICZNYM, POŚWIĘCONY ZOSTAŁ WYKŁAD WYGŁOSZONY 7 LUTEGO PRZEZ PROF. ALFREDA OWOCA, PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SPOŁECZNEJ I ZDROWIA PUBLICZNEGO, W RAMACH LEKARSKIEGO UNIwersYTETU TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”. BYŁY TO OSTATNIE ZAJĘCIA W SEMESTRZE ZIMOWYM ROKU AKADEMICKIEGO 2022/2023, PIERWSZYM SEMESTRZE W HISTORII „NESTORA”.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**W**ykład prof. Owoca poprzedziła promocja książki dla dzieci „Doktor Zdrówko” autorstwa lekarza seniora z naszej izby – dr. Stefana Welbela, wydanej przez wydawnictwo Anagram dzięki staraniom Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie.

Przed słuchaczami LUTW „Nestor” kolejny semestr, ale zakończenie pierwszego jest świetną okazją do podsumowań i pierwszych ocen. – *Odbyły się już wykłady o różnorodnej tematyce, zajęcia rehabilitacyjne na sali gimnastycznej oraz na basenie, wyjścia do teatru. Należy wspomnieć także o ważnych dla nas uroczystościach, którymi były inauguracja roku akademickiego oraz spotkanie wigilijne* – mówi Elżbieta Małkiewicz, przewodnicząca Zespołu ORL ds. Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Dla dr Małkiewicz szczególnie doniosłym momentem była immatrykulacja studentów, której towarzyszyło odśpiewanie hymnów „Gaude Mater Polonia” i „Gaudeamus igitur”. Inauguracja zajęć była bowiem zarazem zakończeniem wyężonej pracy przygotowawczej zespołu powołanego do życia w lutym ubiegłego roku. – *Podczas spotkania wigilijnego szczególnie wzruszające było wspólne śpiewanie kolęd oraz składanie sobie życzeń* – wspomina rozmówczyni „Pulsu”.

Wykład inauguracyjny na temat roli uniwersytetów trzeciego wieku wygłosił 4 października 2022 prof. Waldemar Wierzba. Kolejne zajęcia prowadzili m.in.: Bohdan Zdziennicki



– sędzia Trybunału Konstytucyjnego w stanie spoczynku, Jarosław Pinkas – członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, a także wokalistka jazzowa i muzykolożka Marita Juares. – *Od momentu rozpoczęcia działalności „Nestora” liczba studentów ciągle się zwiększa, do chwili obecnej wzrosła prawie o 100 proc. Mamy nadzieję, że projekt nadal będzie się rozwijał. Mamy mnóstwo nowych pomysłów, które chcemy wcielić w życie* – zapewnia przewodnicząca Zespołu ds. LUTW. ●



# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

**Terminy i tematy wykładów,  
które planowane są w II semestrze roku akademickiego 2022/2023:**

**21.03.23 r., godz. 11.00** „Błędy medyczne” – dr Piotr Pawliszak

**4.04.23 r., godz. 11.00** „Czemu ta noc jest inna niż wszystkie” (Święto Pesach)  
– Anna Cukerman i Elżbieta Magenheim

**18.04.23 r., godz. 11.00** „Jak zabezpieczyć swoje prawa i czuć się bezpiecznie w jesieni życia  
(wybrane umowy cywilnoprawne)” – dr Anna Płatkowska, radca prawny

**9.05.23 r., godz. 11.00** „Z jakimi wyzwaniem mierzyliśmy się w szpitalu covidowym w czasie pandemii”  
– prof. dr hab. Waldemar Wierzba

**23.05.23 r., godz. 11.00** „Budżet powierzony POZ” – prof. dr hab. Andrzej Śliwczyński

**13.06.23 r., godz. 11.00** „Sumienie wyznacznikiem dobroci czynu” – prof. dr hab. ks. Ryszard Moń

**27.06.23 r., godz. 11.00** „Naruszenie dóbr osobistych. Oświadczenie woli i przyjmowanie  
oświadczenia woli” – Sebastian Stykowski, prawnik

**4.07.23 r., godz. 11.00** „Medycyna stylu życia a zdrowa starość” – mgr Sylwia Piętka

**Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.**

**W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.**



Koleżanki i Koledzy,  
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentyistów, 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  
**31 marca 2023 r.**



## 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  
**31 marca 2023 r.**

FUNDACJA PRO SENIORE  
Oligopozna Vita Lekarskiej w Warszawie

### Bogatym nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje

KRS 0000250527

## Przekaz 1,5%

Swojego podatku na szczytny cel

Nr konta  
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



## Obiady w Klubie Lekarza

**Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza**

seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów  
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 30.

# SPORTOWE NIEDZIELE

Marzec: 5, 12, 19, 26

Kwiecień: 2, 16, 23, 30

Maj: 7, 14, 21, 28

w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT,  
ul. Kartezjusza 1

Rejestracja i więcej informacji: **22 542 83 33**



## SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego lub biegłego sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: [sekretarz@oilwaw.org.pl](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl)



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](mailto:puls@oilwaw.org.pl)

**REDAKTOR NACZELNA:** Urszula Wolińska-Kuñaj – [u.wolinska@oilwaw.org.pl](mailto:u.wolinska@oilwaw.org.pl)

**P.O. REDAKTOR NACZELNY:** Michał Niepytalski – tel. 22-542-83-81, [m.niepytalski@oilwaw.org.pl](mailto:m.niepytalski@oilwaw.org.pl)

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska – tel. 22-542-83-59, [k.biezanska@oilwaw.org.pl](mailto:k.biezanska@oilwaw.org.pl)

**PUBLICYSTYKA:** Kamila Hoszcz-Komar – [k.hoszcz@oilwaw.org.pl](mailto:k.hoszcz@oilwaw.org.pl), Olga Rasińska – [o.rasinska@oilwaw.org.pl](mailto:o.rasinska@oilwaw.org.pl)

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małeckci, Filip Niemczyk, Olga Rostkowska, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, [p.rejestracja@oilwaw.org.pl](mailto:p.rejestracja@oilwaw.org.pl)

**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska – tel. 22-542-83-53, 668-373-100, [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD:** Artmedia Partners **GRAFIKI:** Keiji Matsumoto

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji 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.

©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.

**OBWIESZCZENIE NR 1/2023/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE  
Z 2 LUTEGO 2023 R.**

**o wynikach wyborów delegata  
przeprowadzonych w rejonie wyborczym K9/152  
Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu  
oraz lekarze powiatów grójeckiego i białobrzieskiego**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342) i §45 ust. 1 w zw. z §8 pkt 2 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz na podstawie uchwały nr 1/2023/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 2 lutego 2023 r. w sprawie potwierdzenia wyników głosowania i wyborów delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 w rejonie wyborczym K9/152 Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu oraz lekarze powiatu grójeckiego i białobrzieskiego obwieszcza się, co następuje:

§1

1. W rejonie wyborczym K9/152 Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu oraz lekarze powiatu grójeckiego i białobrzieskiego nie dokonano wyboru delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 z powodu niespełnienia wymogu quorum wyborczego zgromadzenia wyborczego.
2. Wybory przeprowadzone w rejonie, o którym mowa w ust. 1, uznaje się za nieważne.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 2/2023/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE  
Z 2 LUTEGO 2023 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu  
zastępcy okręgowego rzecznika  
odpowiedzialności zawodowej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz uchwały nr 3/2023/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 2 lutego 2023 r. w sprawie stwierdzenia wygaśnięcia mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 3 stycznia 2023 r. mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Agnieszki Turlińskiej.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
lek. dent. **Mery Topolska-Kotulecka**



## Program stypendialny OIL w Warszawie

Dofinansowanie staży, kursów i konferencji zagranicznych

Składanie wniosków do 30 marca 2023 r.

Więcej: [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)

**Publikacja orzeczenia uniewinniającego,  
na podstawie art. 109 ustawy o izbach lekarskich**

Sygn. akt NSL Rep. 28/OWU/22

**ORZECZENIE**

13 lipca 2022 r.

**NACZELNY SĄD LEKARSKI**

Przewodniczący: lek. Leszek Orliński

Członkowie: dr n. med. Stefan Bednarz  
lek. Jerzy Matkowski  
dr n. med. Sylwia Miernik-Podlesko  
lek. Piotr Winciunas

Protokolant: Agnieszka Wielgus

W obecności zastępcy naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej dr. n. med. Jacka Biercy po rozpoznaniu 13 lipca 2022 r. sprawy: **lek. Łukasza Słomskiego**, nr pwz: 2986212, **obwinionego o to, że:**

24 sierpnia 2018 r., jako lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu, nie dołożył należytej staranności w opiece nad pacjentem [...], skierowanym do szpitala przez lekarza POZ z rozpoznaniem: duszność POChP, niewłaściwie ocenił stan pacjenta, nie dokonał prawidłowej segregacji medycznej, nie zlecił oznaczenia stężenia troponiny jako markera ewentualnej martwicy mięśnia serca i potencjalnej przyczyny zgłaszanych przez chorego dolegliwości i zdecydował o wypisaniu chorego do domu, co pozbawiło pacjenta możliwości właściwej opieki medycznej, a bezpośrednio po wyjściu z SOR doszło u chorego do nagłego zatrzymania krążenia i zgonu, pomimo podjętej reanimacji w miejscu zdarzenia przez przejeżdżający zespół ratownictwa medycznego i kontynuowanej po ponownym przekazaniu chorego do SOR, tj. popełnienie przewinienia zawodowego z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zb. z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zw. z art. 53 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;

z powodu odwołania wniesionego przez obrońcę obwinionego lekarza od orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 2 grudnia 2021 r., sygn. akt OSL.Wu.27.2020 r.

zmienia zaskarżone orzeczenie sądu I instancji i **uniewinnia** obwinionego lekarza od zarzucanego mu przewinienia zawodowego.

Kosztami postępowania obciąża Skarb Państwa.



**Chór Medicantus**  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów  
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. Szejnajcha.

Kontakt  
e-mail: [dyrygent\\_smim@interia.pl](mailto:dyrygent_smim@interia.pl)  
[krzysztof.moczarski@gmail.com](mailto:krzysztof.moczarski@gmail.com)  
tel.: 501 213 438, 507 058 663

**Stowarzyszenie Absolwentów  
i Wychowanków AM w Warszawie,  
we współpracy z OIL w Warszawie**

Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w przygotowaniu publikacji książkowej pod roboczym tytułem: „Pamiętniki lekarzy – wychowanków Warszawskiej Akademii Medycznej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

Ideą publikacji jest zachowanie pamięci o naszych studiach, pracy zawodowej, koleżankach i kolegach.

Czas powoli zaciera wspomnienia, a przecież stanowią, obok osiągnięć naukowych i zawodowych każdego z nas, ważny element życia naszej Alma Mater.

Zachęcamy do przesyłania pocztą pod adresem OIL w Warszawie lub pocztą elektroniczną pod adresem: [wspomnienia@oilwaw.org.pl](mailto:wspomnienia@oilwaw.org.pl), Waszych wspomnień i fotografii z lat studiów i pracy zawodowej.

Jednocześnie zachęcamy do współpracy w ramach naszego stowarzyszenia.

Przewodniczący stowarzyszenia  
prof. dr hab. n. med. **Bogdan Ciszek** oraz  
prezes ORL w Warszawie **Piotr Pawliszak**



## Specjalny program ubezpieczeń OC i majątkowych dla podmiotów leczniczych

### Kompleksowa oferta ubezpieczeń dla przychodni oraz gabinetów lekarskich i stomatologicznych

#### ubezpieczenie OC obowiązkowe

- ✓ spełnia wymogi obowiązkowego ubezpieczenia OC – zakres zgodny z Rozporządzeniem Ministra Finansów,
- ✓ obejmuje szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa,
- ✓ PZU SA rezygnuje z prawa do regresu.

#### ubezpieczenie NNW z ekspozycją na HIV i WZW

- ✓ zwrot kosztów kuracji antyretrowirusowej wraz z niezbędnymi badaniami,
- ✓ wypłata odszkodowania w przypadku zakażenia HIV lub WZW do 200 000 PLN.

#### ubezpieczenie OC dobrowolne z klauzulą medycyny estetycznej

- ✓ wysokie Sumy Gwarancyjne i szeroki zakres ubezpieczenia.

#### ubezpieczenia majątkowe dla gabinetów oraz przychodni

- ✓ szeroki zakres ubezpieczenia all risk, w zakresie podstawowym odpowiedzialność m.in. za: zniszczenie, kradzież, zalanie, przepięcia, nieostrożność lub zaniedbania człowieka i wiele innych,
- ✓ możliwość ubezpieczenia m. in. lokalu, sprzętu medycznego i elektronicznego (stacjonarnego i przenośnego), nakładów adaptacyjnych, środków obrotowych, gotówki, szyb i oszklenia.



Składki niższe nawet do -70%.



Wiarygodny i renomowany ubezpieczyciel – PZU SA.



Kompleksowa obsługa – wszystkie ubezpieczenia w jednym miejscu.



Dedykowana infolinia i wsparcie w procesie likwidacji szkód.

W celu poznania oferty skontaktuj się z nami

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)



V O L V O

# VOLVO XC60 W LEASINGU 105%

Simply the best.



Zeskanuj,  
żeby dowiedzieć  
się więcej

DOM VOLVO | ul. Puławska 558/560 | T: (22) 777 00 00



# 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](http://www.izba-lekarska.pl)
  - Praca dla lekarzy
  - Wyszukiwarka ogłoszeń
-  na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza  
[www.facebook.pl](http://www.facebook.pl)
  - @centrumkarierylekarza
-  na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

CER  
MED  
CENTRUM KARIERY LEKARZA



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](mailto:praca@oilwaw.org.pl)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

**Piotr Pawliszak** PREZES ORL W WARSZAWIE

**Dariusz Paluszek** WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

**Karol Stępniewski** WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

**Olga Rostkowska** WICEPREZES ORL

**Tomasz Imiela** WICEPREZES ORL

**Magdalena Flaga-Luczkiwicz** PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

**Piotr Winciunas** PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH

**Jan Krzysztof Kowalczyk** SKARBNIK

**Marta Moczydłowska** SEKRETARZ ORL

**Joanna Pokładnik** ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL

**Krzysztof Jankowski** OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

**Roman Jasiński** PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

**Elżbieta Latoszek-Banasiak** PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48

SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55

BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31

BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27

KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.20)

SKŁADKI tel. 22-542-83-38 | 22-542-83-39 | 22-542-83-78 | 22-542-83-96

OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21

OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14

PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19

LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55

OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31

KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12

KOMISJE  
I ZESPOŁY  
PROBLEMOWE

MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,

MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ

KOMISJA DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 | 22-542-83-33

SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30

POZOSTAŁE

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](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33

DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ tel. 22-542-83-83

RZECZNIK PRASOWY Olga Rasińska tel. 784-986-716 | [media@oilwaw.org.pl](mailto:media@oilwaw.org.pl)

MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | [marketing@oilwaw.org.pl](mailto: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

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48

[biuro@oilwaw.org.pl](mailto:biuro@oilwaw.org.pl)

NIP 522-00-02-357





Wytwórco odpadów medycznych i weterynaryjnych

Pamiętaj o **sprawozdaniu rocznym.**

Spełnij swój obowiązek już od **50 zł!**

Sprawozdanie w BDO za 2022 rok należy złożyć do środy 15 marca 2023 roku!

[www.emkasa.pl](http://www.emkasa.pl)

