

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

MAJ 2023 (nr 337)



TEMAT NUMERU:

## CYFRYZACJA ZDROWIA

- » Raport Zespołu ds. Studiów Strategicznych
- » Rekomendowane zmiany
- » Sztuczna inteligencja w medycynie

» Kuglarze od boreliozy    » Uszkodzenie implantu to uszczerbek na zdrowiu    » Walka o oddech

TEMAT NUMERU:

## CYFRYZACJA ZDROWIA

- 4** Czy cyfryzacja się kalkuluje?  
Michał Niepytalski
- 6** Cyfryzacja zdrowia  
w interesie społecznym  
Tomasz Imiela, Maria Libura
- 10** Ostateczna decyzja  
w rękach człowieka  
Sebastian Sikorski, Michał Florczak
- 13** Raport  
Jerzy Bralczyk
- 14** Sztuczna inteligencja  
w służbie zdrowiu...  
Kamila Hoszcz-Komar



Graf. na okładce: K. Matsumoto

## SPIS TREŚCI

w numerze m.in.:

### DZIŚ I JUTRO

- 3** RoboDoc  
Piotr Pawliszak

### SYSTEM

- 20** Lekarstwo gorsze od trucizny?  
Małgorzata Solecka

### PSEUDOMEDYCYNĄ

- 26** Kuglarze od boreliozy  
Paweł Walewski

### ZDROWIE LEKARZY

- 28** Odłączeni  
Olga Rostkowska

### FINANSE

- 29** Sprawdzam.  
Kłęska ustawy o jakości...  
Małgorzata Solecka

### PRAWO

- 32** Uszkodzenie implantu to uszczerbek...  
Mikołaj Małecki
- 34** Analiza przypadku  
Karolina Podsiadły-Gęsikowska,  
Aleksandra Powierża
- 36** Aktualności prawnomedyczne  
Filip Niemczyk
- 38** O refundacji w Senacie  
Monika Potocka

### IZBA DLA LEKARZY

- 40** Współpraca z CIOP-PIB  
Michał Niepytalski
- 42** Lekarska Liga Mistrzów

### NA PRZESTRZENI LAT

- 44** Walka o oddech  
Kamila Hoszcz-Komar

# 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:   

# OC dla członków OIL w Warszawie

**Pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!**

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

*Zrób to*

online na stronie [www.ins-med.pl/oil-warszawa](http://www.ins-med.pl/oil-warszawa)

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

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

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

tel.: 22 494 36 50

e-mail: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl)



Fot. M. Najczik

# RoboDoc

**PIOTR PAWLISZAK**, prezes ORL w Warszawie

**R**ozwój techniczny dotyczący medycyny jest pożądany i nieunikniony. Cyfryzacja, sztuczna inteligencja i robotyka rozlewają się po placówkach medycznych. Należy się spodziewać, że wpłyną na wiele aspektów naszej pracy. Prawdopodobnie mniej dokuczliwe będzie obciążenie biurokacją, na którą obecnie lekarze marnują 50–60 proc. czasu przeznaczanego na konsultację. Dziś mało realne wydaje się, by sztuczna inteligencja zastąpiła lekarzy, ale uważa się, że lekarze korzystający z nowoczesnych narzędzi wyprą tych, którzy będą ich unikać. Na proces cyfryzacji ochrony zdrowia należy patrzeć też jak na szansę podniesienia jakości

leczenia i bezpieczeństwa pacjenta, lecz również personelu medycznego. Podstawienie objawów występujących u chorego do algorytmu komputerowego daje większą szansę trafnej diagnozy. W badaniach prowadzonych w czasie pandemii algorytm komputerowy rozpoznawał zapalenie płuc z większą trafnością niż czterech najlepszych radiologów ze Stanford.

Jako gatunek pozostajemy niedoskonalimi. Ludzkie oko odróżnia 500–900 odcieni szarości. W badaniach TK mamy do czynienia z nawet 65 tys.

odcieni szarości. Odróżniamy dwa odcienie dopiero wtedy, gdy różnica między nimi wynosi 6 proc. Pytany, jako radiolog, czy nie obawiam się, że za kilka lat stracę pracę, zawsze przypominam sobie te dane. Nie sądzę jednak, by nastąpiła likwidacja mojej specjalizacji, raczej pojawi się szansa np. na wcześniejsze rozpoznanie pewnych patologii, zbyt subtelnych do wyłapania przez ludzki narząd wzroku.

Warto mieć na względzie fakt, że sama cyfryzacja nie stanowi panaceum na wszelkie problemy ochrony zdrowia. Przykładem jest kanadyjski szpital Humber River, szeroko reklamowany jako pierwszy w pełni cyfrowy szpital na świecie. Spotyka się on z wieloma krytycznymi opiniami pacjentów, dotyczącymi głównie czasu oczekiwania na wizytę i czasu trwania konsultacji. Okazuje się, że nadal niezbędni są wykwalifikowani pracownicy oraz właściwa organizacja udzielania świadczeń medycznych na wszystkich poziomach. ●



Fot. K. Bortyzel

# Niech inni się martwią

**MICHAŁ NIEPYTALSKI**, p.o. redaktor naczelny

**M**yślenie krótkoterminowe, czyli taktyka (niestety w dużym stopniu wyborcza) zamiast strategii – to jedna z najważniejszych bolączek systemu ochrony zdrowia. Cóż z tego, że te bardziej skonkretyzowane bolączki politycy starają się usunąć *na cito*, skoro ich działania rodzić będą w przyszłości kolejne problemy?

Przykładem jest próba gwałtownego zwiększenia liczby pracujących lekarzy przez obniżenie wymagań dla nowych kierunków lekarskich. Co się będzie działo z ich absolwentami? Może problem miejsc stażowych zniknie, jeśli zgodnie z zapowiedziami zostanie zlikwidowany staż podyplomowy. Ale miejsc specjalizacyjnych dla wszystkich nie wystarczy, nawet jeśli młody narybek spoza uniwersytetów medycznych będzie chętniej spoglądał

w kierunku rezydentur w małych miastach. Jeśli nie będzie gdzie zrobić specjalizacji, czym się będą zajmować lekarze ogólni? Czy lekarzom, tak jak w latach 90. XX w., zajrzy w oczy wizja bezrobocia? Czy podzielił los politologów i absolwentów innych „modnych” kierunków, których uczelnie mamili wizją kariery, a gdy obronili prace dyplomowe okazywało się, że z otwartymi rękami czekają na nich najwyżej firmy telemarketingowe i dyskonty? Jaka będzie jakość pracy absolwentów tych uczelni i kto zechce być opiekunem ich specjalizacji, jeśli w wielu przypadkach będzie uczył młodego medyka pewnych umiejętności od zera?

Tych pytań politycy sobie nie zadają, bo ich myślenie przyszłościowe ogranicza się do 4 lat naprzód – jednej kadencji Sejmu. ●



Fot. M. Niepytalski

# Czy cyfryzacja się kalkuluje?

CYFRYZACJI OCHRONY ZDROWIA POŚWIĘCONY JEST RAPORT PRZYGOTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ DS. STUDIÓW STRATEGICZNYCH OIL W WARSZAWIE. W PRACY NAD NIM BRALI UDZIAŁ EKSPERCI M.IN. Z ZAKRESU POLITYKI SPOŁECZNEJ, EKONOMII, PRAWA, BIZNESU I MEDYCZYNY ORAZ ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA. DOKUMENT STANOWI KOMPENDIUM WIEDZY O PRAWDZIWEJ CYFROWEJ RZECZYWISTOŚCI NASZEJ BRANŻY, DIAGNOZĘ NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW I ZBIÓR POMYSŁÓW NA ICH ROZWIĄZANIE. PODCZAS KWIETNIOWEGO ZJAZDU OIL W WARSZAWIE DELEGACI MIELI OKAZJĘ WYSŁUCHAĆ DYSKUSJI PROWADZONEJ PRZEZ AUTORÓW DOKUMENTU.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**S**efowa zespołu Maria Libura w rozmowie z „Pulsem” wyjaśniła, że raport jest próbą skłonienia społeczeństwa, w tym decydentów, do myślenia w kategoriach technorealizmu. – *W Polsce w dziedzinie rozwoju techniki ścierają się dwie sprzeczne tendencje. Z jednej strony są ci, dla których nowe technologie, m.in. cyfrowe, stanowią rozwiązanie praktycznie wszystkich problemów ochrony zdrowia. Mają być cudowną pigułką na zbyt długi czas oczekiwania w kolejce do lekarza, ułatwić pracę medyków, wspomóc komunikację między przedstawicielami zawodów medycznych. Z drugiej strony znajduje się ta część społeczeństwa, w której myśleniu dominuje strach przed konsekwencjami udostępniania danych pacjentów i obawa, że cyfryzacja zdehumanizuje medycynę* – mówi ekspertka.

Dokument Zespołu ds. Studiów Strategicznych jest ukoronowaniem jego kilkuletniej pracy. – *Raport powstał pod egidą samorządu zawodowego lekarzy, ale nie był tworzony wyłącznie przez lekarzy. Dość wspomnieć, że w zespole redakcyjnym raportu był tylko jeden lekarz. To oddaje rzeczywistość cyfryzacji ochrony zdrowia, którą przecież zajmują się specjaliści z wielu różnych dziedzin. Chcieliśmy, żeby właśnie tacy eksperci pomogli nam opracować rekomendacje, które później będzie można przedstawić jako zdanie samorządu lekarskiego* – wyjaśnia wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela.

W ocenie Michała Bedlickiego z krakowskiego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, również współautora raportu, kwestią dyskusyjną jest, kto rzeczywiście z informacji o pacjentach, zebranych w cyfrowych bazach danych, powinien korzystać i do czego powinny być stosowane. – *Czy miałyby służyć poprawie jakości ochrony zdrowia, a może karaniu personelu medycznego? Czy też ułatwiać tworzenie wskaźników jakościowych uwzględnianych w procesie kontraktowania usług przez podmioty medyczne?* – zastanawia się Michał Bedlicki.

Natomiast Jan Zygmuntowski, współprzewodniczący Polskiej Sieci Ekonomii, podkreśla, że cyfryzacja ochrony zdrowia nie jest problemem czysto medycznym. – *Podczas rozmów o niej nie da się uciec od zagadnień stricte ekonomicznych i nie mam na myśli tylko optymalizacji kosztów. Na styku cyfryzacji ekonomii i ochrony zdrowia pojawiają się zupełnie nowe problemy. I by sobie poradzić z nimi, musimy zbudować silne instytucje, które będą kontrolować przepływ danych, nie ma innego wyjścia* – twierdzi ekonomista.

Na raport składa się 11 rozdziałów. W dalszej części „Pulsu” przedstawiamy częściowo jego zawartość. Całość jest zamieszczona na stronie naszej izby: [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl). ●

# Za nami XLV Okręgowy Zjazd Lekarzy



PRZEDSTAWICIELE SAMORZĄDU LEKARSKIEGO SPOTKALI SIĘ 1 KWIETNIA 2023 R. W WARSZAWIE, A PRZEDMIOTEM OBRAD BYŁO PODSUMOWANIE PRACY ORGANÓW IZBY ZA ROK 2022, PRZYJĘCIE BUDŻETU NA ROK BIEŻĄCY – 2023 ORAZ WYBORY ZASTĘPCÓW OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ.

tekst **ELŻBIETA TRYBUS**

Obrady poprzedził panel dyskusyjny na temat cyfryzacji i sztucznej inteligencji oraz innowacji w ochronie zdrowia jako nieodłącznej części medycyny. Raport „Cyfryzacja zdrowia w interesie publicznym” został opracowany przez Zespół ds. Studiów Strategicznych OIL w Warszawie. Moderatorem panelu był wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela.

Otwarcie obrad zjazdu, któremu przewodniczyła Olga Rostkowska, objęło m.in. uczczenie minutą ciszy pamięci lekarzy i lekarzy dentyistów zmarłych w 2022 r. oraz uroczysty występ chóru Medicantus.

Honorowymi gośćmi zjazdu byli Elżbieta Rusiecka-Kuczalek oraz pierwszy delegat lekarzy dentyistów w historii izby – Roman Olszewski. Z rąk prezesa ORL Piotra Pawliszaka otrzymali dyplomy Honorowego Delegata.

W wystąpieniu sprawozdawczym prezes ORL podsumował działania systemowo-prawne izby w 2022 r. oraz zmiany, które zostały wprowadzone w jej działalności w ostatnim półroczu. Ważnym punktem wystąpienia było podkreślenie merytorycznej współpracy z innymi izbami lekarskimi, szczególnie z OIL w Szczecinie i w Bydgoszczy.

Na zjeździe przegłosowano projekt budżetu na rok 2023, podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego i rachunków izby za rok 2022 oraz wybrano zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej:

- Adama Sikorskiego, specjalistę psychiatrii,
- Adama Kossuta, specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza medycyny estetycznej. ●

# Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym

CZWARTA REWOLUCJA PRZEMYSŁOWA, KTÓRA DOKONUJE SIĘ NA NASZYCH OCZACH DZIĘKI TECHNOLOGIOM CYFROWYM, W CORAZ WIĘKSZYM STOPNIU PRZEKSZTAŁCA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA. SEKTOR POCZĄTKOWO Z TRUDEM I NIE BEZ OPORÓW PRZYJMOWAŁ ROZWIĄZANIA TELEINFORMATYCZNE, ALE PANDEMIA COVID-19 GWAŁTOWNIE PRZYSPIESZYŁA SZEROKO ROZUMIANĄ CYFRYZACJĘ OPIEKI MEDYCZNEJ. SZYBKO WPROWADZILIŚMY E-RECEPTY I E-ZWOLNIENIA ORAZ PORADY ZDALNE, KTÓRE WKRÓTCE UJAWNIŁY ZARÓWNO SWOJE ZALETY, JAK I WADY. DZIĘKI TEMU NISZOWE DOTĄD TEMATY, TAKIE JAK TRUDNY DO PRZECENIENIA POTENCJAŁ INNOWACJI CYFROWYCH, PRZYKUŁY UWAGĘ SZERSZEJ OPINII PUBLICZNEJ.

tekst **TOMASZ IMIELA, MARIA LIBURA**



Fotografie: K. Bartyzel, J. Szafrański

**J**ak nigdy dotąd uwidoczniły się ryzyka e-rozwiązań, w szczególności w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne. Cyfryzacja wpływa na każdy wymiar działania systemu ochrony zdrowia: zmienia sytuację pacjentów, pracę lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych, sposób realizacji świadczeń zdrowotnych, organizację pracy w szpitalach i poradniach, a także sposób kształtowania polityki zdrowotnej. Rośnie znaczenie danych i ich wykorzystania, co znajduje wyraz w upowszechnieniu elektronicznej dokumentacji medycznej i presji na tworzenie rejestrów medycznych. Coraz więcej danych o zdrowiu jest wytwarzanych i gromadzonych poza systemem ochrony zdrowia. Zarazem pojawia się pytanie o to, dla kogo i na jakich zasadach te informacje powinny być dostępne. Prywatność w czasach cyfryzacji nabiera nowego znaczenia, a jej ochrona wymaga nowych rozwiązań wypracowanych w ramach dialogu społecznego. W szczególności dotyczy to danych

o zdrowiu, ze względu na ich szczególnie wrażliwy charakter. Gromadzenie danych w formie cyfrowej otwiera szerokie możliwości ich zastosowania na wielu polach związanych z medycyną oraz organizacją opieki medycznej. Tworzenie rozwiązań cyfrowych prowadzi do powstania kompleksowych, integralnych rozwiązań systemowych, pozwalających na współpracę na linii pacjent – świadczeniodawca, z koordynacją na poziomie centralnym lub lokalnym. Cyfryzacja wymaga od władz publicznych wypracowania elastycznych strategii i planów rozwoju w ciągle zmieniających się warunkach, z uwzględnieniem potrzeb poszczególnych interesariuszy, ale przede wszystkim interesu społecznego.

Raport Zespołu ds. Studiów Strategicznych powstał, by podkreślić wagę tego ostatniego w projektowaniu i wdrażaniu e-zdrowia. Żyjemy w społeczeństwie informacyjnym, w którym narzędzia cyfrowe i wirtualne środowisko są czynnikami, które należy uwzględnić w politykach spo-





lecznych. Testowane w systemach ochrony zdrowia na całym świecie rozwiązania cyfrowe mają w zamyśle zwiększyć efektywność oraz poprawić jakość świadczeń medycznych. Dotychczasowe doświadczenia z wdrażaniem e-zdrowia wskazują jednak, że narzędzia te, wprowadzane bez odpowiedniego przygotowania, mogą generować skutki odwrotne od zamierzonych. Elektroniczna historia pacjenta nie powinna być dodatkowym obciążeniem administracyjnym, pochłaniającym czas lekarza przeznaczony dla pacjentów. Gromadzenie danych nie może być celem samym w sobie. Wartość danych zależy od takiego ich wykorzystania w procesie podejmowania decyzji, by zmieniły na lepsze codzienną praktykę funkcjonowania opieki medycznej, czyniąc ją skuteczniejszą i bardziej przyjazną dla pacjentów i medyków. W przypadku inwestycji w infrastrukturę i oprogramowanie cyfrowe kapitał ma odpowiednia koordynacja

**Elektroniczna historia pacjenta nie powinna być dodatkowym obciążeniem administracyjnym, pochłaniającym czas lekarza przeznaczony dla pacjentów.**

wydatków na ten cel i ujednoczenie standardów, by zapewnić bezpieczeństwo i niezależność od jednego dostawcy.

Algorytmy sztucznej inteligencji, trenowane na stroniczych lub niekompletnych bazach danych, pogłębiają istniejące nierówności w zdrowiu oraz wytwarzają nowe, często początkowo trudne do identyfikacji obszary wykluczenia i dyskryminacji. Także i w tym zakresie potrzebne są pilnie regulacje uwzględniające zupełnie nowy kontekst „niehumanicznych” narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji. Mamy nadzieję, że raport przesunie dyskusję nad cyfryzacją zdrowia z czysto technicznych rozważań o interoperacyjności w stronę refleksji nad konsekwencjami społecznymi podejmowanych przez władze publiczne wyborów. Technologie nas nie zawiąją – one są narzędziem, które będzie na tyle użyteczne, na ile potrafimy się nim rozważnie posłużyć. ●

# REKOMENDACJE

KLUCZOWYM ASPEKTEM ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA CYFROWEGO JEST ZAUFANIE OBYWATELI DO SYSTEMU PUBLICZNEGO, ZA KTÓRY ODPOWIADAJĄ WŁADZE. ZALEŻY ONO OD WŁAŚCIWIE WYTYCZONYCH CELÓW CYFRYZACJI, OPISUJĄCYCH JE RAM PRAWNYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI MECHANIZMÓW OCHRONY PRYWATNOŚCI DANYCH ZDROWOTNYCH, KTÓRE UWAŻANE SĄ ZA WYJĄTKOWO WRAŻLIWE, A PRZEDE WSZYSTKIM OD ICH PRZESTRZEGANIA I RZECZYWISTEGO STOSOWANIA. ZAUFANIE WYMAGA DIALOGU SPOŁECZNEGO, SZCZEGÓLNIIE W OKRESIE GŁĘBOKIEJ TRANSFORMACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA, KTÓRA CZEKA NAS W NAJBLIŻSZEJ PRZYSZŁOŚCI.



**CYFRYZACJA MA SŁUŻYĆ INTERESOWI SPOŁECZNEMU:** poprawie jakości opieki zdrowotnej, czyli uzyskiwaniu lepszych wyników leczenia, zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentów oraz sprawniejszej organizacji pracy personelu medycznego.



**GROMADZENIE DANYCH NIE MOŻE BYĆ CELEM SAMYM W SOBIE.** Kluczowe jest, by w oparciu o zgromadzone dane politycy, organizatorzy ochrony zdrowia i sami medycy podejmowali decyzje zmieniające codzienną praktykę funkcjonowania opieki medycznej.



**CYFRYZACJA OCHRONY ZDROWIA MUSI SIĘ OPIERAĆ NA ZASADACH PROJEKTOWANIA ZORIENTOWANEGO NA UŻYTKOWNIKA,** a wdrażane rozwiązania powinny charakteryzować się wysokim poziomem użyteczności i wygody użytkownika.



**KONIECZNE JEST UREGULOWANIE KWESTII ODPOWIEDZIALNOŚCI** za błędy i zdarzenia niepożądane wynikające z pracy urządzeń cyfrowych i algorytmów.



**POTRZEBNE JEST WYPRACOWANIE STANDARDÓW TECHNICZNEGO ROZWOJU SZTUCZNEJ INTELIGENCJI (AI),** z równoczesnym dostosowaniem ram prawnych do nowych „niehumanicznych” wzorców dyskryminacji generowanych przez algorytmy. Należy jednoznacznie podkreślić konieczność pozostawienia zawsze ostatecznej decyzji – poprzez wykonywany nadzór – w rękach człowieka.



**UTWORZENIE TZW. PIASKOWNIC REGULACYJNYCH** pozwoli zbudować kontrolowane środowisko, w którym rozwiązania z dotyczące nowych wyzwań, takich jak AI i inne innowacje, będą bezpiecznie testowane. Ze względu na tempo postępu technicznego ważne jest monitorowanie wprowadzanych rozwiązań, aby prawodawca mógł w odpowiednim czasie reagować na niezbrane dotąd wyzwania.



**NALEŻY UREGULOWAĆ ZASADY WYKORZYSTYWANIA ZASOBÓW DANYCH I WYBIERANIA DOSTAWCÓW CHMUROWYCH I OPROGRAMOWANIA**, w tym przez zakupy grupowe. Obecnie dokonywanie wyborów infrastruktury i oprogramowania cyfrowego odbywa się często w sposób chaotyczny, a wydatki na cyfryzację ponoszone są na trzech różnych płaszczyznach: centralnej, regionalnej i lokalnej. Trzeba odpowiednio skoordynować wydatki na ten cel w taki sposób, by ujednolicić standardy, zapewnić bezpieczeństwo i uniezależnić się od jednego dostawcy (*vendor lock-in*).



**NALEŻY UTWORZYĆ WSPÓLNICĘ DANYCH ZDROWOTNYCH.** Rozwój nowoczesnych rozwiązań leczniczych jest uzależniony od dostępu do danych. W odpowiedzi na te potrzeby i presję ze strony regulatora (unijny projekt EHDS) konieczne jest stworzenie polskiej wspólnoty danych zdrowotnych – zaufanej przestrzeni współużytkowania i dostępu do danych zdrowotnych. Taka instytucja powinna powstać w modelu publicznym, ale jednocześnie umożliwiać społeczną kontrolę nad dostępem do danych i korzystanie z praw obywateli do zarządzania danymi.



**DOSTĘP DO ŁĄCZY SZEROKOPASMOWYCH ORAZ FIZYCZNĄ I FINANSOWĄ DOSTĘPNOŚĆ URZĄDZEŃ** pozwalających na swobodne korzystanie z narzędzi cyfrowych należy uznać za prawa pacjenta i obywatela, gdyż cyfrowe uwarunkowania zdrowia nabierają coraz większego znaczenia.



**OBYWATELE POWINNI MIEĆ MOŻLIWOŚĆ DOCHODZENIA PRAW W RAMACH PRZEJRZYSTYCH PROCEDUR ANTYDISKRYMINACYJNYCH**, uwzględniających cyfrowe uwarunkowania zdrowia. Zwalczenie dyskryminacji cyfrowej wymaga też większej przejrzystości istniejących baz danych, gromadzenia dodatkowych danych, by nie dopuścić do nierównego traktowania grup defaworyzowanych, jak również monitorowania zbiorów danych pod kątem ich stronniczości.



**KONIECZNA JEST ROZBUDOWA SYSTEMU INWESTYCJI** w polskie firmy cyfrowe albo inicjatywy typu *start-up* (naukowe, informatyczne, szkoleniowe, konsultingowe) w celu wsparcia polskiej nauki i gospodarki.



**NALEŻY WYPRACOWAĆ SPÓJNY PROCES REFUNDACJI, WDRAŻANIA I MONITOROWANIA ROZWIĄZAŃ ORAZ TECHNOLOGII CYFROWYCH** w opiece zdrowotnej pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa pacjenta oraz opłacalności.

# Ostateczna decyzja w rękach człowieka

POSTĘP TECHNICZNY OPARTY NA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI MOŻE BUDZIĆ SŁUSZNE OBawy. DLATEGO SZEROKO UJMOWANY ROZWÓJ ROZWIĄZAŃ OPARTYCH NA AI LUB JE WYKORZYSTUJĄCYCH POCIĄGA ZA SOBĄ KONIECZNOŚĆ PRZYGOTOWANIA STOSOWNEJ REGULACJI PRAWNEJ. I TAKIE REGULACJE POWSTAJĄ. PRACE NAD NIMI NA POZIOMIE OGÓLNOUNIJNYM MAJĄ W ZAŁOŻENIU ZAPEWNIĆ SWOBODNY OBRÓT TOWARÓW I USŁUG Z ZASTOSOWANIEM TECHNOLOGII AI ORAZ USUNĄĆ ZAGROŻENIE FRAGMENTARYZACJĄ WSPÓLNEGO RYNKU, CO MOŻE MIEĆ MIEJSCE W PRZYPADKU WPROWADZENIA ODMIENNYCH ROZWIĄZAŃ W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH.

tekst **SEBASTIAN SIKORSKI\***, **MICHAŁ FLORCZAK\*\***



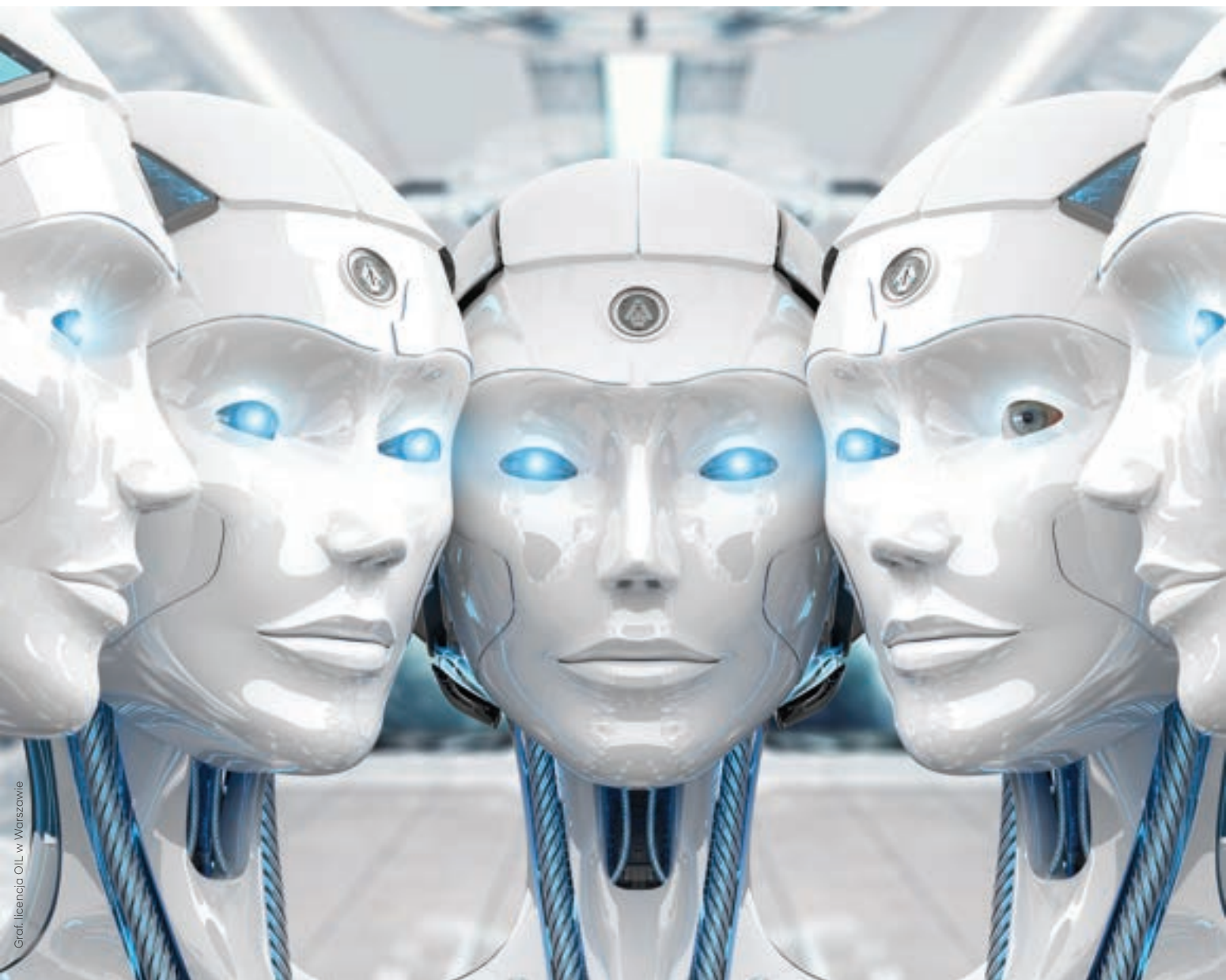
Fotografie: archiwum

**R**egulacja rozwiązań AI (*artificial intelligence* – sztucznej inteligencji) w Unii Europejskiej z jednej strony ma zapewnić równe warunki działania i ochrony obywateli, z drugiej zaś wzmocnić konkurencyjność przemysłową Europy w tym obszarze. Nadal jednak – mimo istotnej aktywności koncepcyjnej organów UE – regulacje w tym zakresie znajdują się w fazie projektów. Przepisy są jednak już na tyle skonkretyzowane, że można dostrzec rysujący się problem jednoznacznego określenia ich relacji do obowiązujących – ale też wciąż projektowanych – innych aktów prawnych. Kluczowe jest bowiem takie doprecyzowanie projektowanych przepisów, aby z jednej strony uzupełniały regulacje już obowiązujące, z drugiej zaś nie wyłączały ich bądź nie powtarzały.

Jednym z kluczowych z prawnego punktu widzenia wyzwań jest podkreślenie sprawowania ostatecznego nadzoru przez człowieka przy każdym rozwiązaniu kwalifikowanym do AI. Na ten aspekt, jako zasadniczy, wskazuje zresztą Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, podkreślając konieczność zachowania niektórych decyzji

wyłącznie w gestii człowieka, w szczególności, gdy „*obejmują aspekt moralny i konsekwencje prawne lub wpływ na społeczeństwo*”, w takich dziedzinach jak opieka zdrowotna.

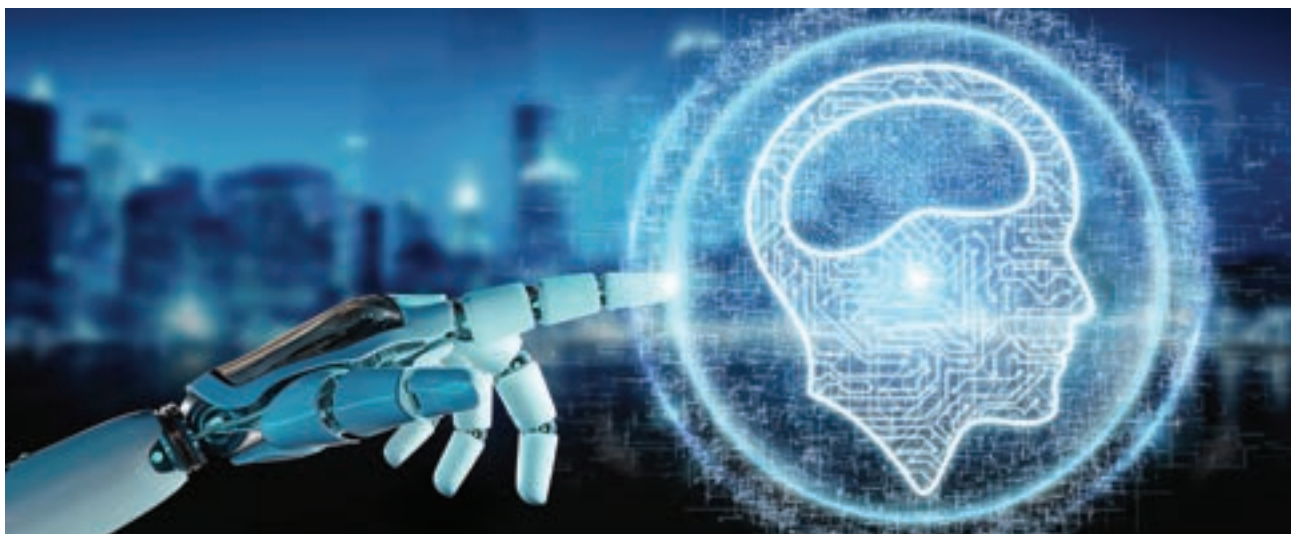
Należy tu wyjaśnić pewne kwestie techniczne – w doktrynie opisywany jest podział na wąskie systemy AI, czyli takie, które mogą wykonać jedno lub kilka określonych zadań, oraz ogólną AI ujmowaną jako superinteligencja czy samoświadoma AI. Na obecnym poziomie rozwoju techniki mamy do czynienia z rozwiązaniami w ujęciu wąskim AI. Jednak trudno zgodzić się z twierdzeniem, że świadoma AI pozostaje na razie jedynie pewną hipotezą, a nawet być może taka silna AI nigdy nie powstanie. Na zasadzie sformułowania hipotezy, którą zweryfikuje dopiero przyszłość – być może odległa – należy przyjąć, że nie jest kwestią, czy takie rozwiązania będą możliwe, ale raczej kiedy się pojawią, bo wówczas prawo będzie musiało im sprostać. Trudne byłoby zapewne projektowanie regulacji prawnej z takim wyprzedzeniem, jednak już teraz zasadne wydaje się podkreślenie konieczności pozostawienia zawsze ostatecznej decyzji w rękach człowieka.



Już na obecnym etapie rozwoju AI należy zaznaczyć, że tego typu rozwiązania powinny jedynie wspierać lekarza w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta. Nie powinno się natomiast dążyć do zastąpienia konsultacji lekarskich wyłącznie AI. Nawet platformy AI bardzo często zalecają właśnie konsultację lekarską po analizie objawów pacjenta.

Rozwiązania z zakresu AI w ochronie zdrowia są faktem i należy przyjąć, że skala ich zastosowania, a także zaawansowanie będzie się sukcesywnie zwiększać. Dlatego warto na rozwiązania tego typu patrzeć z wielu perspektyw. Z jednej strony personel medyczny – szczególnie lekarze – dzięki wykorzystaniu tych narzędzi będzie mógł szybciej i skuteczniej rozpoznawać choroby przewlekłe na wczesnym etapie oraz ich zaostrzenia. Przykładem może być reumatologia. Skąpość objawów początkowych, nietypowy i podobny kliniczny przebieg takich chorób

jak toczeń rumieniowaty układowy czy reumatoidalne zapalenie stawów nie pozwala na szybkie rozpoznanie. Być może w przyszłości wykorzystanie do tego celu algorytmów AI zapewni wcześniejsze postawienie rozpoznania, lepszą analizę rokowania i wcześniejsze rozpoczynanie np. celowanego leczenia biologicznego. W wymienionych przypadkach mówi się już nawet o tzw. medycynie precyzyjnej. Z drugiej jednak strony porusza się istotny argument przeciwko szerszemu wykorzystaniu AI w medycynie. Badacze obawiają się, że wyniki badań przeprowadzanych w oparciu o algorytmy nie uwzględniłyby złożoności całego organizmu ludzkiego ani kwestii psychologicznych, niezwykle ważnych w relacji lekarz – pacjent. Należy jednak przyjąć, że procesu rozwoju tej technologii i jej zastosowania w medycynie po prostu nie można zatrzymać. W konsekwencji trzeba wydobywać to, co jest pozytywne w tych rozwiązaniach, i starać się przewidywać oraz eliminować zagrożenia. ▶



Graf. licencja OIL w Warszawie

► Zgodnie z przepisem art. 6 projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 21 kwietnia 2021 r. ustanawiającego zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji, określone zostały zasady klasyfikacji systemów sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka. Podkreślono jednocześnie powiązanie narzędzi z obszaru AI z odrębnymi produktami wskazanymi we wspomnianym przepisie. Na tym tle szczególne znaczenie ma rozróżnienie systemów wysokiego ryzyka i zaklasyfikowanie technologii AI używanej w sektorze ochrony zdrowia do owej grupy. W tym bowiem przypadku chronione są najwyższe wartości, jak zdrowie i życie człowieka, co podkreślają też projektodawcy. W motywie 28 wskazują bowiem, że systemy sztucznej inteligencji mogą przynosić szkodliwe skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa ludzi, odnosząc te zagrożenia m.in. właśnie do sektora ochrony zdrowia, „w którym chodzi o szczególnie wysoką stawkę, jaką jest życie i zdrowie, więc coraz bardziej zaawansowane systemy diagnostyczne i systemy wspomagające decyzje podejmowane przez człowieka powinny być niezawodne i dokładne”.

Należy zwrócić uwagę również na określoną w art. 12 projektu konieczność rejestracji zdarzeń w przypadku systemów wysokiego ryzyka – z uwzględnieniem uznanych norm lub wspólnych specyfikacji. Funkcja rejestracji zdarzeń w założeniu musi także zapewniać monitorowanie działania systemu sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka pod kątem występowania sytuacji, które mogą skutkować tym, że system sztucznej inteligencji będzie stwarzał ryzyko w rozumieniu art. 3 pkt 19 rozporządzenia (UE) 2019/1020. W tym miejscu pojawia się pewne zastrzeżenie, ponieważ definicja zawarta w tym przepisie odnosi się do „produktu stwarzającego ryzyko” oznaczające potencjalnie niekorzystny wpływ m.in. właśnie na zdrowie.

Projekt odnosi się również w przepisie art. 13 do przejrzystości i udostępniania informacji użytkownikom. Przejrzystość rozumiana jest jako umożliwiająca użytkownikom interpretację wyników działania systemu, co wiąże się z określonymi obowiązkami użytkownika i dostawcy. Szczególnie podkre-

ślono tutaj wymóg dołączania do systemów sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka instrukcji obsługi zawierającej „zwięzłe, kompletne, poprawne i jasne informacje, które są istotne, dostępne i zrozumiałe dla użytkowników”. Nasuwa się wątpliwość, na ile założenie to w praktyce będzie realizowane, biorąc pod uwagę złożoność rozwiązań z obszaru AI, co będzie miało także znaczenie dla zakresu odpowiedzialności.

W kontekście przywołanych uwag – konieczności kontroli przez człowieka rozwiązań AI – specjalnego znaczenia nabierają zasady nadzoru. W motywie 48 projektu bardzo wyraźnie została podkreślona konieczność projektowania i opracowywania rozwiązań AI wysokiego ryzyka w taki sposób, aby człowiek mógł efektywnie nadzorować ich funkcjonowanie. Dlatego jeszcze przed wprowadzeniem tych rozwiązań do obrotu lub ich oddaniem do użytku dostawca powinien wskazać odpowiednie środki w tym zakresie. W szczególności chodzi o rozwiązania polegające na „wbudowanych ograniczeniach operacyjnych”, których AI nie jest w stanie sama obejść i musi reagować na działania człowieka – operatora systemu. Upraszczając – maszyna musi się wyłączyć, jeśli wyciągniemy wtyczkę. ●

\* SEBASTIAN SIKORSKI – profesor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, doktor habilitowany nauk prawnych, Wydział Prawa i Administracji, Instytut Nauk Prawnych, Katedra Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego; adwokat specjalizujący się w obszarze prawa medycznego i administracyjnego.

\*\* MICHAŁ FLORCZAK – doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista medycyny ratunkowej, dyrektor medyczny Jutro Medical. Starszy asystent w Klinice Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Artykuł jest streszczeniem jednego z rozdziałów raportu „Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym”.

# Raport

ŁACIŃSKA CZĄSTKA -PORT JEST NA OGÓŁ ROZPOZNAWANA JAKO ZWIĄZANA Z 'NIESIENIEM', 'NOSZENIEM' – I TAK WIEMY, ŻE *EKSPORT* WYNOŚI, *IMPORT* PRZYNOŚI, A *TRANSPORT* PRZENOSI. *APORT* TEŻ PRZYNOŚI, ALE SZCZEGÓLNIE, A *RAPORT* OCZYWIŚCIE TAKŻE, ALE MOŻE TEŻ PO TROSZE *DONOSI*. NIE MAMY W ŻYWYM SŁOWNIKU *REPORTU*, KTÓRY BY ODNOSIŁ NIEJAKO NA POWRÓT, ALE MAMY *REPORTERÓW*, KTÓRZY JEDNAK NIE TYLE ZWRACAJĄ, CO WZIĘLI, NA CO WSKAZYWAŁABY CZĄSTKA *RE-*, ILE OPOWIADAJĄ NAM O TYM, CO CIEKAWIE I CZEGO BYŚMY BEZ NICH NIE WIEDZIELI.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bortyzeł

**M**amy za to *raport*, choć z drugiej strony nie używamy już odnotowanego przez niektóre słowniki, stosowanego przez Fredrę słowa *raporter* jako tego, który *raportował* (brak symetrii wyraźny, tym bardziej że *reporter* nie *reportuje*).

*Raport* wzięliśmy od Francuzów, ich czasownik *rapporter* oznacza 'odnosić', 'przynosić', zwłaszcza 'przynosić dochód'. *Rapport* odnosi się do 'odnoszenia', 'dochodu', a także do 'wglądu', a nawet do 'stosunku' (rozumianego ogólnie). Nasz *raport* najpierw odnosił się do sfer wojskowych, jeden ze starszych słowników tłumaczy go jako „sprawozdanie ustne żołnierza przed naczelnikiem”. Obecnie to tylko jedno ze znaczeń, i to nie najglówniejsze. *Raport* pozostał w wojskowości, tam wciąż *podaje się coś* (jakąś wiadomość) lub *kogoś* (wymieniając jego szarżę i nazwisko) *do raportu*, wyróżnia się *kogoś w raporcie* – pułkowym lub innym.

W wojsku zapewne nosi się także wciąż *raportówki*, choć częściej je spotykaliśmy w policji (a właściwie, dawniej, w milicji).

*Raport* jest nie tyle działaniem, działaniem jest raczej *raportowanie*, ile sprawozdaniem jako wiadomością, więc tekstem. Może być *ustny* lub *pisemny* i, co ważne, ma charakter formalny, a nawet służbowy. Jest spełnieniem obowiązku, zdaje się go lub składa zwierzchnikowi, także rozumianemu jako instytucja, instytucja nadrzędna względem raportującego. Mamy i inne określenia takich tekstów: w wojsku, ale nie tylko, to też *meldunek*, mniej formalną i zaznaczającą podrzędność jest *relacja*, która przecież oznacza także 'stosunek'. W każdym razie na służbowość wskazują przy wszystkich tych rzeczownikach czasowniki – jak się zdaje tak się składa, że wszystkie się *składa* lub *zdaje*.

Raporty dziś mają też charakter elementu pracy urzędowej, a także naukowej. To *raporty o czymś* lub, częściej, *z czegoś* (np. z badań). Zauważmy, że są traktowane jak obowiązek, czasem kłopotliwy, lecz uznany za konieczny. Widzowie serialu o poruczniku Colombo znają jego tłumaczenia wobec przewrotnie przyjacielsko

traktowanych przestępców, że musi ich tak wypytować, bo musi zdać raport i w nim umieścić wszystkie związane z przestępstwem elementy. A szczególnie charakter przypisujemy *raportowi medycznemu*.

Raport powinien być *dokładny*, ale pożądaną jego cechą jest także *zwięzłość*. Nie jest wadą jego *suchość* – *suchy raport* eliminuje niepotrzebne elementy emocji lub ocen. Nie może być, co oczywiste, *falszywy*. Właściwie ta cecha jest zawsze niedobra, w przypadku wszystkich tekstów, ale tu bodaj szczególnie, bo konsekwencje mogą być wyjątkowo groźne. Wszystko to ze względu na ważność, którą łączymy ze służbowym charakterem raportu. *Raporty kasowe* i *karne*, *urzędowe* i *wojskowe*, *medyczne*, *badawcze* i *naukowe* – wszystkie są elementem sprawnego funkcjonowania instytucji, w której zwierzchnik, czyli ten, któremu się raportuje, ma wiedzieć więcej, a zatem także wszystko to, co wie raportujący.

Nie służy raportowi użycie ironiczne, w którym tak nazywamy informacje wymagane przez tych, którzy nie są do tego formalnie uprawnieni. Wskazując na służbowy charakter naszych prywatnych związków, bywamy sarkastyczni. Zdawanie przez męża (lub żonę) sprawozdania z okresu słomianego wdowieństwa może być nazwane *raportem* tylko w przypadku wspólnego poczucia humoru. Nie jest zatem *raport* pozbawiony pewnych mniej pozytywnych konotacji.

A przecież ten właśnie obieg informacji od wieków wydaje się szczególnie zapewniać dobre, właściwe funkcjonowanie wszelkich instytucji. A czasem zdrowia i życia. ●

# Sztuczna inteligencja w służbie zdrowiu – szansa na lepsze czy pułapka?

„JAK ZAROBIĆ NA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI?”, „POŻYTECZNI IDIOCI, PRZEGRANI TECHNIES, DYKTATORZY”. „KOMU ZALEŻY NA ZATRZYMANIU SZTUCZNEJ INTELIGENCJI?”, „CZY STRACISZ PRACĘ PRZEZ AI?”. PRZEGLĄD PRASY NIE POZOSTAWIA ZŁUDZEŃ: *ARTIFICIAL INTELLIGENCE* TO NAJGORĘTSZY TEMAT NIE TYLKO NA ŚWIECIE, ALE I W POLSCE. CZY JEDNAK AI MA COŚ DO ZAOFEROWANIA MEDYCYNIE? A JEŚLI TAK, CZY JESTEŚMY NA TO GOTOWI?

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## WYŚCIG ZBROJEŃ

**K**iedy 14 marca 2023 r. zarządzany m.in. przez Sama Altmana OpenAI uruchomił najnowszą generację chatGPT – konwersacyjnego chat bota AI – świat zwariował. ChatGPT uprzejmie napisze za nas wypracowanie, przygotowuje dane do prezentacji, zrobi raport. Rozmowa przypomina dyskusję z drugim człowiekiem. Świat jest olśniony możliwościami chatGPT i innych rozwiązań na bazie technologii AI. Sztuczna inteligencja wygrała już konkurs sztuk pięknych, retuszuje stare fotografie, zarządza start-upem, a ostatnio została spikerem radiowym. Jedno oprogramowanie tworzy tekst, drugie go odczytuje na fonii, prowadzą też media społecznościowe radiostacji. Ludzie z miejsca je pokochali.

Apple „uczy” swoją wyszukiwarkę Siri, by działała jak chatGPT. Google zapowiedział szybsze wprowadzenie Google Bard opartego na mechanizmie LaMDA. Jednocześnie zmienia algorytmy tak, aby promować treści niepisane przez AI. Powstają kolejne alternatywne oprogramowania z coraz to nowymi funkcjami – od pisania w czasie rzeczywistym przez wymyślanie zwrotów akcji w każdej historii po wsparcie emocjonalne. Wszystkie duże marki techniczne chcą mieć swojego chat bota. A kto pierwszy, ten lepszy.

## COŚ CZY KTOŚ?

Rosie, robot-gospośia z kreskówki „Jetsonowie”, a może C-3PO, droid protokolarny z „Gwiezdných wojen”? Pierwszym skojarzeniem na myśl o sztucznej inteligencji jest udająca człowieka maszyna i raczej nie mielibyśmy nic przeciw posiadaniu w domu wspomnianej Rosie.

*– Sztuczna inteligencja przede wszystkim jest techniką oraz dziedziną wiedzy. To nauka dotycząca myślących maszyn, przy czym z taką myślącą maszyną nigdy się nie zetknęliśmy, bo człowiekowi nie udało się jeszcze jej zbudować – podkreśla dr hab. inż. Piotr Bilski, zastępca dyrektora ds. naukowych w Instytucie Radioelektroniki i Technik Multimedialnych na Wydziale Elektroniki i Technik Informacyjnych Politechniki Warszawskiej. – AI działa przez algorytmy adaptacyjne, które potrafią dopasowywać się do danych, na których są trenowane. Taki algorytm ma za zadanie samodzielnie rozwiązać problem i osiągnąć określony efekt. Jego zachowanie zależy od rodzaju danych lub wersji, w jakiej go użyjemy.*

## NANOSEKUNDY

Ludzki mózg potrafi przekazywać impulsy między neuronami w czasie rzędu milisekund, a procesor wykona podstawowe operacje w czasie nanosekund. Jest milion razy szybszy. I to daje AI potężną przewagę w analizie dużych ilości danych, czyli big data, których człowiek nigdy nie obejrzy, bo nie zdąży. Sztuczna inteligencja jest niewiarygodnie szybka. W dodatku algorytm się nie męczy, więc nie jest narażony na popełnianie błędów. Co z kreatywnością?

*– AI to automat, który obecnie sprawia pozory kreatywności. W pewnym stopniu odwzorowuje inteligencję człowieka, ale nią w rzeczywistości nie jest. Potrafi analizować i wyciągać wnioski, np. imitować ludzką mowę, tworzyć poprawne stylistycznie wypowiedzi, nowe obrazy, zdjęcia oraz inne dzieła z zachowaniem cech charakterystycznych dla danej epoki lub stylu – wyjaśnia dr Bilski. – Ale jeśli je dokładnie przeanalizujemy, zobaczymy, że są to kolaże już istniejących idei, kon-*



*cepcji, fotografii, książek, materiałów, które maszyna „widziała” wcześniej. Robi to bardzo dobrze, ale tylko naśladuje człowieka. Automat na razie nie potrafi sam z siebie wygenerować niczego zupełnie nowego.*

Oprócz wielkiej rzeszy zachwyconych są i sceptycznie nastawieni. Włochy zablokowały już chatGPT. Kolejne kraje rozważają taki krok. Podobne posunięcia stosuje wiele firm. Przyczyną są m.in. kwestie przetwarzania danych użytkowników i ich gromadzenia oraz odpowiedzialności za niepożądane skutki użycia. Sposób, w jaki działa chatGPT, stwarza niespotykany wcześniej problem. Otóż usunięcie danych osobowych z zasobów sztucznej inteligencji może okazać się technicznie niemożliwe.

## MEDYCZNE CALL CENTER

Choć chatGPT zdał amerykański egzamin lekarski Medical Board Exam, nie wystąpi o etat. Za to chat boty już całkiem nieźle radzą sobie jako pracownicy medycznych infolinii.

Najbardziej widocznym dla pacjentów zastosowaniem AI są właśnie chat boty i voice boty na portalach obsługi pacjenta. Potrafią udzielić informacji na najczęściej poruszane tematy. To zautomatyzowana wersja FAQ. Od kilku lat z tych rozwiązań korzysta m.in. Medcover.

*– Za pomocą voice bota udaje nam się obsłużyć skutecznie 10 proc. ruchu na infolinii. Zakładając, że kontaktów telefonicznych mamy kilkaset tysięcy w ciągu miesiąca, to ogromna pomoc. Pacjent uzyskuje informację szybciej, co wpływa na jego poziom zadowolenia – mówi Łukasz Krause, dyrektor Pionu Cyfryzacji i IT w Medcover.*

## DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Rozwiązania z zakresu AI wychodzą także poza funkcję obsługi informacyjnej pacjentów. Okres pandemii COVID-19 dodatkowo przyspieszył wdrożenie wielu z nich. Przyjrzyjmy się diagnostyce obrazowej. Ponieważ możemy nauczyć komputer rozpoznawania choroby, pokazując mu zdjęcie zdrowych płuc i takich ze zmianami sugerującymi zapalenie, algorytm odczyta radiologa na etapie wstępnej diagnozy. Lekarz otrzymuje zdjęcia z zaznaczonymi nieprawidłowymi obszarami. W czasie pandemii COVID-19 powszechnie stosowano tę metodę na świecie, bowiem maszyna potrafiła rozpoznać zapalenie płuc wywołane wirusem. Skrócenie oczekiwania na wstępną diagnozę okazało się niezwykle pomocne. Z podobnego rozwiązania z powodzeniem korzystają lekarze dentyści w Medcover.

*– Dzięki wykorzystaniu algorytmów opartych na AI zautomatyzowaliśmy proces oceny stomatologicznego zdjęcia RTG. Odpowiedni program wstępnie weryfikuje zdjęcie pod kątem ewentualnych nieprawidłowości. Pacjent może tego nie zauważać, ale dla lekarza i obsługi jest to ogromne ułatwienie,*

**Medycyna będzie testować i wdrażać różne rozwiązania. Musi podążać za rozwojem technicznym. Jednak wygadany chat bot nie zastąpi lekarza.**

*dzięki któremu mogą skupić się na leczeniu i interakcji z chorym. Poza tym każde kolejne RTG wzbogaca nasze archiwum danych i program stale się uczy – zapewnia Łukasz Krause.*

W ortodoncji po zeskanowaniu uzębienia możemy na ekranie komputera obejrzyć prognozowany efekt końcowy w 3D. Jeśli chodzi o bardziej specjalistyczne rozwiązania, to eksperymentalne mechanizmy sztucznej inteligencji, np. konwolucyjne sieci neuronowe, diagnozują nowotwory jamy ustnej, mogą nawet je klasyfikować – od łagodnych do złośliwych. Wspomagają też wykrywanie próchnicy i schorzeń przyzębia. Proces opiera się na obliczeniach statystycznych, analizie ogromnych ilości podobnych danych diagnostycznych z innych źródeł, w końcu porównywaniu z nimi otrzymanego wcześniej obrazu, np. zdjęcia czy tomografii.<sup>1</sup>

Tego typu narzędzia zdobywają coraz większą popularność m.in. jako pomoc w rozpoznawaniu zmian onkologicznych. Są próby stworzenia oprogramowania mającego przewidywać rozwój nowotworów. Duże nadzieje pokłada się w diagnozowaniu nowotworów krwi na wczesnym etapie dzięki wykorzystaniu sztucznej inteligencji. Algorytmy będą pomagały lekarzom POZ, wskazując właściwą ścieżkę diagnostyczną, na którą należy kierować pacjentów z podejrzeniem nowotworu krwi. Sztuczna inteligencja może być przydatna w personalizacji terapii.

Powstają też narzędzia wspomagające profilaktykę, choćby nowa metoda monitorowania stanu piersi, stworzona przez krakowskich naukowców, inżynierów i lekarzy. Połączyli autorską metodę parametrycznego obrazowania dynamicznego ze sztuczną inteligencją. W badaniach przedklinicznych wykazano 94-proc. czułość nowej metody.

AI wykorzystywana jest także w ortopedii do diagnostyki złamań, w patomorfologii do oceny preparatów i w projektowaniu leków.

## CO-PILOT

Robot Ictal jest cybernetycznym modulem zawierającym narzędzia tzw. inteligencji asystującej. To „mózg” Neuroterminala, czyli chmurowego systemu opartego na zaawansowanych algorytmach cybernetycznych i uczeniu maszynowym. Razem tworzą system wspomagający pracę epileptologów. Robot składa się z trzech powiązanych ze sobą części: „e-diagnoza” – rozpoznaje typy napadów padaczkowych, „e-terapia” – dobiera leczenie farmakologiczne, „IctalRemedy” – obserwuje zmiany stanu pacjenta objętego opieką w systemie Neuroterminal.

W styczniu 2023 r. w Tarnowie pomocnikiem lekarza był robot kręgosłupowy MazorX ze sztuczną inteligencją. Chirurg zaplanował operację w aplikacji komputerowej i na wirtualnym modelu kręgosłupa konkretnego pacjenta, stworzonym na podstawie tomografii komputerowej. Umieścił wirtualnie w kręgach sruby i implanty, i tak zaplanowaną operację wgrał ▶▶

- ▶ do pamięci robota. Robot ustawił ramię nad wytyczonymi celami w kręgosłupie. Przez prowadnicę tego ramienia chirurg nawiercił otwory pod śruby i wkręcił je bez obawy, że zbcoczy z celu; nie pozwoliłaby na to prowadnica.

Roboty Ictal i MazorX to przykłady rozwiązań typu co-pilot. Nie zdejmują odpowiedzialności z lekarza, ale są pomocne, przyspieszają pewne procesy. Jednak w dalszym ciągu stoi za nimi człowiek. I on decyduje. Zdaniem Łukasza Krause rozwój AI w medycynie pójdzie właśnie w tym kierunku, choć kwestii wymagających uregulowania będzie przybywać: – *W kontekście rozwoju telemedycyny oraz obsługi pacjentów czekają nas nie tylko zmiany o charakterze prawnym i dyskusja o wartościach etycznych, ale też wypracowanie nowego modelu współpracy z lekarzem. Na to potrzeba czasu, ale ten proces już trwa. Nie da się dzisiaj jednoznacznie odpowiedzieć, co nastąpi za kilka lat. Ścieżek rozwoju jest bardzo dużo, a wariantów i możliwości przybywa z każdym dniem.*

## CO Z TYM CHATGPT?

Medycyna będzie testować i wdrażać różne rozwiązania. Musi podążać za rozwojem technicznym. Jednak wygadany chat bot nie zastąpi lekarza. Może się za to przysłużyć szeroko rozumianej profilaktyce i edukacji pacjenta.

– *Implementacja AI do wyszukiwarek mogłaby być wsparciem edukacyjnym i profilaktycznym dla pacjentów. Mechanizm, obserwowując naszą historię wyszukiwania, w której pojawiają się hasła „ból zęba”, „jak samemu wyrwać ząb?”, „silne tabletki przeciwbólowe”, mógłby sugerować szybsze umówienie się na wizytę i nawet podsunąć najbliższy termin w dogodnej lokalizacji. „Ból zęba to znak, że próchnica jest zaawansowana. Sam nie ustąpi. Umówiłem Cię do dentysty na najbliższy termin” – tak mógłby brzmieć komunikat troskliwej AI – komentuje wyniki testu chatGPT w zakresie wiedzy o próchnicy lek. dent. Jacek Czochrowski ze Stomatologia Medicover – Prosta.<sup>2</sup>*

Badacze z Massachusetts General Hospital i AnsibleHealth uważają, że w przyszłości chatGPT i inne generatywne modele konwersacyjne ułatwią szkolenie przyszłych lekarzy, z kolei tłumaczenie wyników medycznych na język bardziej zrozumiały dla pacjentów za pomocą chatGPT – to projekt, który AnsibleHealth już realizuje.<sup>3</sup>

Dr Piotr Bilski widzi dużą przestrzeń dla AI w medycynie: – *Wszelkie działania człowieka można do pewnego stopnia wspomagać albo go w nich zastępować. Przykładowo w badaniach klinicznych, w których robione są testy, potrzebni są laboranci, ktoś, kto pisze, analizuje obrazy mikroskopowe itd. Automat bez trudu sobie z tym poradzi. Innymi słowy, może automatycznie wykrywać poszczególne krwinki, sprawdzać, czy występują objawy np. raka. Myślę, że to wdzięczne zastosowanie dla sztucznej inteligencji już teraz, bo jest bezpieczne.* ●

<sup>1</sup> <https://biuroprasowe.medicover.pl/233011-czy-ai-zastapi-dentyste>

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> *Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym. Raport 2023*, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, red. M. Libura, T. Imiela, D. Głód-Śliwińska.

Organizatorzy

INSTYTUT  
DOBREJ  
ŚMIERCI

Empatia a umieranie i śmierć

Dobre praktyki w relacji  
lekarz–pacjent–rodzina

Konferencja szkoleniowa w trybie hybrydowym

III edycja

21 maja 2023 r. (niedziela), godz.: 10.00–17.20

# Suwerenność

NALEŻY DO NAJDDZIWNIEJSZYCH POJĘĆ. WSZYSCY TRAKTUJĄ SUWERENNOŚĆ JAK ŚWIĘTE POJĘCIE DNA PRZY STWORZENIU ŚWIATA, KTÓRE KAŻDY, NIENARUSZONE, PIEŁĘGNUJE JAK BRYLANT PO BABCI.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

**S**uwerenność pojawia się w każdej prawie poważnej politycznej wypowiedzi. Jedni straszą utratą suwerenności – w ten sposób zniechęcają do UE. Populiści mówią: „Unia zabierze wam suwerenność”. Inni obiecują suwerenność jak separatyści w Katalonii („będziemy suwerenni, dość mamy hiszpańskiej dominacji”). Czym zatem jest ta osławiona suwerenność? Suwerenność to „zdolność”. Dzisiaj uważamy, że odnosi się do podmiotu, który sprawuje władzę, niezależnie od wszelkich zewnętrznych czynników, na określonym terytorium i nad jego mieszkańcami. Reprezentuje ich na zewnątrz, ale też na owym terytorium. Podmiot ten ma, jako jedyny na swoim terytorium, prawo do legalnego używania przemocy. Tym tajemniczym „podmiotem”, co to ma „zdolność”, jest w dzisiejszych czasach państwo – uznane przez innych i legalnie działające. Musi mieć chociaż niewielkie terytorium – jak Stolica Apostolska – ale przecież nie zawsze tak było. Zresztą na-

wet dzisiaj jest wyjątek: Zakon Maltański. Nie zawsze w historii suwerenem było państwo położone na kawałku ziemi, był nim kiedyś cesarz, papież. Suwerenność przynależała tylko europejskim wielkim imperiom, nikomu do głowy nie przychodziło, by ten brylant europejskiej myśli politycznej mógł być we władaniu kogoś poza Europą. W XIX w., pełnym rewolucji ludowych, suwerenności zażywały ludy, a potem narody.

I tak powstała koncepcja, że suwerenność ma już każde państwo narodowe, które uznają inni. Szkopuł w tym, że niektóre narody wcale nie są wielkie i ich suwerenność wcale nie musi być realną „zdolnością”, raczej jest

tytułem honorowym. Albo inaczej: jest, powiedzmy, „małą suwerennością”, którą można zainwestować w suwerenność jakiegoś ponadnarodowego tworu, np. Unii Europejskiej.

Ale, zaraz, nie o tym miałem pisać. Zamierzałem odpowiedzieć na pytanie, dlaczego politycy boją się uderzać w interesy wielkiego biznesu? To nie politycy się boją. Wszyscy zachowują ostrożność, bo wielkie korporacje są silne i żadne małe państwo sobie z nimi nie poradzi. Nie chodzi o to, że oni, czyli wielkie korporacje, są „zli” z natury. Korporacje powyrastały ze względu na globalizację. Ich monopole zrodziły się dlatego, że wiele państw było z natury słabych i nie dało rady ograniczyć konkurencji w postaci korporacji. Oni po prostu są silni i dużo mogą. Dlatego z wielkim koncernem farmaceutycznym czy informatycznym może, jak równy z równym, porozmawiać UE czy USA, ale nie niewielka Słowenia.

W średniowieczu nawet włoskie miasta dysponowały suwerennością, jeśli były wystarczająco silne i bogate. Może czeka nas czas suwerenności wielkich koncernów, które nagle zechcą wydawać paszporty i układać się z wielkimi państwami jak suwerenny z suwerennym. Nie ma w polityce cenniejszego pojęcia niż suwerenność, ale też mało jest pojęć, które w historii tak bardzo się zmieniały. ●



**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

# Może być i dobrze, i tanio

OFERTA SZKOLENIOWA I SPOSOBY JEJ SUKCESYWNEGO POSZERZANIA DLA LEKARZY DENTYSTÓW – TO TEMAT, Z KTÓRYM W TYM NUMERZE CHCIAŁBYM ZAINTERESOWAĆ CZYTELNIKÓW „PULSU”.



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



Fot. K. Bartyzel

**M**onitorowanie zmian legislacyjnych, wysyłanie impulsów do ich poprawiania i dostosowywania do realiów naszej pracy, dbanie o bieżące sprawy lekarzy dentystów należą oczywiście do głównych zadań komisji stomatologicznej naszej izby. Ale wśród nich jest jeszcze jedno, kluczowe, w którego wypełnianiu nie wyręczy nas ani inna izba okręgowa, ani inny samorząd, ani nawet Naczelna Izba Lekarska. Mam na myśli organizację wysokiej klasy tanich lub wręcz bezpłatnych szkoleń i warsztatów.

Nasza Komisja ds. Lekarzy Dentystów postawiła sobie za cel, by stomatolodzy pragnący rzetelnie realizować obowiązek doskonalenia zawodowego nie musieli rujnować się na kosztowne komercyjne kursy. Ponieważ OIL w Warszawie jest instytucją o wysokiej renomie i wiarygodnym partnerem, coraz łatwiej nam przekonywać ważnych graczy do współpracy, a producentów sprzętu stomatologicznego – do organizacji praktycznych warsztatów na terenie izby.

Wśród partnerów organizacyjnych mamy firmy będące liderami w swoich branżach nie tylko na rynku krajowym, ale też światowym. Co daje ta współpraca? Otóż dzięki niej zajęcia edukacyjne na terenie izby mają aspekt wysoce praktyczny. Współorganizatorzy zapewniają sprzęt do ćwiczeń i znakomitych dydaktyków. Uczestnicy zaś zobowiązani są tylko do symbolicznej opłaty, która najwyżej pokrywa koszt wykorzystanych do ćwiczeń materiałów. Warto podkreślić, że cena analogicznych zajęć komercyjnych jest wielokrotnie wyższa. Partnerskie zajęcia organizujemy cyklicznie, zainteresowanych odsyłam do listy szkoleń na stronie izby, w zakładce „Punkty edukacyjne”.

Koniecznym jest zaznaczyć, że żaden z naszych partnerów nie ma monopolu na współpracę z OIL w Warszawie. Rozmowy prowadzimy także z konkurującymi ze sobą przedsiębiorstwami, bo nie zależy nam na reklamie czyjegoś sprzętu, ale na promowaniu innowacyjnych procedur zabiegowych. Wszyscy wiemy, że ćwiczyć można na produktach jednej marki, a w gabinecie stosować urządzenia innej. Dla nas ważne jest, by dentyści zapoznawali się z nowymi możliwościami zawodowymi. I żeby nie musieli niczego testować dopiero w swoich gabinetach. Komu bowiem nie zdarzyło się kupić sprzętu, który potem musiał sprzedać, bo okazał się mu nieprzydatny...

Nasza renoma sprawia, że prowadzenia izbowych szkoleń podejmują się osoby, które mają naprawdę bogaty dorobek i wieloletnie doświadczenie w zawodzie. Dzięki temu nie tylko świetnie się znają na procedurze będącej materiałem szkolenia, ale także instynktownie wyczuwają, jakie problemy może napotkać dentysta podczas pracy zabiegowej na określonym sprzęcie.

Cykliczne szkolenia są oczywiście jednym z wielu organizowanych przez komisję wraz z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. Ponadto także w tym roku wspólnie z oddziałem warszawskim PTS pracujemy nad organizacją przekrojowych szkoleń weekendowych. W czerwcu zapraszamy ponownie na Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, o których więcej informacji znajdą Państwo na sąsiedniej stronie. A wraz z Wydziałem Lekarsko-Stomatologicznym WUM zachęcamy do udziału 19 maja w Konferencji „Zachód – Wschód 2023”. ●



Mazowieckie  
Spotkania  
Stomatologiczne

# VII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

16–18 CZERWCA 2023 | HOTEL NARVIL | SEROCK

Rejestracja na:

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

Wśród prelegentów:

- PROF. DR HAB. N. MED. DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK
- PROF. DR HAB. N. MED. AGNIESZKA MIELCZAREK
- PROF. DR HAB. N. MED. RENATA GÓRSKA
- DR HAB. N. MED. MARIUSZ SZUTA
- PROF. DR HAB. N. MED. BEATA KAWAŁA
- PROF. DR HAB. N. MED. KAZIMIERZ SZOPIŃSKI
- PROF. DR HAB. N. MED. JERZY SOKOŁOWSKI
- PROF. DR HAB. N. MED. ANDRZEJ WOJTOWICZ
- PROF. DR HAB. N. MED. MARIUSZ LIPSKI
- DR HAB. N. MED. EWA CZOCHROWSKA



WARSZAWSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY



# Lekarstwo gorsze od trucizny?

CZY MINISTERSTWO ZDROWIA PRZEWIDUJE WSPARCIE DLA INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE? – PYTAŁ NA POCZĄTKU KWIETNIA RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH. ZAINTERESOWAŁ SIĘ PROBLEMAMI PLACÓWKI PO UJAWNIENIU PRZEZ MEDIA, ŻE ABY ZACHOWAĆ PŁYNNOŚĆ FINANSOWĄ I MOŻLIWOŚĆ DZIAŁANIA, MUSI ONA KORZYSTAĆ ZE „WSPARCIA” PARABANKÓW.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

W marcu „Dziennik Gazeta Prawna” ujawnił, że IPiN – wiodąca placówka w obszarze psychiatrii, która zwłaszcza w tej chwili ma strategiczne znaczenie dla zdrowia publicznego – musi zadłużać się w parabankach, ponieważ nie ma pieniędzy na bieżącą działalność. Szpital zaciągnął wówczas kolejną już pożyczkę (skończyły się środki z poprzedniej), bo gdyby tego nie zrobił, zabrakłoby pieniędzy na dostawy leków, jedzenie, a także... obsługę zadłużenia. Instytut ma bowiem około 100 mln zł zobowiązań wymagalnych i zerowe szanse na kredyty bankowe, Ministerstwo Zdrowia zaś, jako organ założycielski, mimo starań dyrekcji tylko rozkładało bezradnie ręce. Dziennikarze „DGP” pisali, że dyrekcja dostała zielone światło na pożyczkę w instytucji pozabankowej, i – choć aż trudno uwierzyć – minister zdrowia potwierdził to w blasku fleszy podczas konferencji prasowej. Zapewnił, że z tego rozwiązania problemu szpital będzie korzystał ty-

ko przez kilka miesięcy, bo tyle potrwałoby rozmowy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, który ma zaakceptować plan restrukturyzacji szpitala.

Problem w tym, że opracowywanie planu naprawczego trwa już od lat. W połowie 2021 r. ówczesny wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski, odpowiadając na pytanie poselskie, wyjaśnił, że dług szpitala przekroczył 86 mln zł, ale uspokajał, że „Instytut jest w trakcie opracowywania planu naprawczego”. Sytuacja zmieniła się o tyle, że dług wzrósł o kolejnych kilkanaście milionów złotych, a minister zdrowia odwołał poprzednie kierownictwo (powołane przez ministra Łukasza Szumowskiego). Publicznie twierdził, że właśnie brak planu naprawczego i „dryf”, w jakim instytut pozostawał przez długie lata (a nie – domyślnie – zaniedbania organu założycielskiego czy rażąco niski poziom finansowania świadczeń), są przyczyną obecnych kłopotów placówki. Skądinąd wiadomo, że miarą tych kłopotów jest fakt, że ponad połowę zadłużenia szpitala (nawet ok. 60 proc.) stanowią pożyczki parabankowe, których roczny koszt obsługi oscyluje wokół 8 mln zł.

Na to, że ważna dla polskich pacjentów (zwłaszcza w okresie napięć związanych z pandemią, wojną na Ukrainie, wysoką inflacją, które rzutują na dobrostan psychiczny wielu osób) placówka znalazła się w typowej spirali zadłużenia, zwrócił uwagę rzecznik praw obywatelskich Marcin Wiącek. „Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pozyskuje środki na swoją działalność, m.in. zaciągając pożyczki w instytucjach działających poza sektorem bankowym (tzw. parabankach). Wynika to z faktu, że instytut nie daje gwarancji spłaty zaciągniętych zobowiązań, a tym samym banki nie są skłonne do finansowania jego działalności. Z informacji prasowych wynika wprawdzie, że za kilka miesięcy IPiN może spodziewać się środków z kredytu udzielonego przez Bank Gospodarstwa Krajowego, które powinny pozwolić na spłatę większości zadłużenia, ale nadal nie rozwiązuje to sytuacji placówki, która bez zaciągnięcia kolejnej pożyczki nie będzie w stanie uregulować wszystkich bieżących zobowiązań” – napisał rzecznik w wystąpieniu do ministra zdrowia. Zapytał też, czy resort przewiduje jakieś wsparcie dla szpitala do czasu uzyskania kredytu z BGK. „Dalsze zadłużanie się w instytucjach parabankowych może bowiem doprowadzić do sytuacji, że oczekiwany kredyt z BGK nie pokryje wszystkich istniejących zobowiązań. Będę też wdzięczny za przekazanie informacji, czy obecnie w ministerstwie trwają prace nad zmianą sposobu zarządzania instytutem, w szczególności, czy planowane jest wdrożenie programu naprawczego, aby uniknąć ponownego zadłużania się jednostki”.

Minister zdrowia nie poczuwa się jednak do odpowiedzialności za zadłużenie placówki ani

– szerzej – za zadłużenie szpitali ogółem. Tymczasem od połowy ubiegłego roku publiczne placówki alarmują o dramatycznym rozchodzeniu się nożyc kosztów świadczeń oraz przychodów. Na koszty świadczeń wpływ mają przede wszystkim wysoka inflacja oraz rosnące wynagrodzenia (zależne głównie od poziomu wynagrodzeń minimalnych), na przychody (negatywnie) wpływa brak mechanizmu indeksowania wycen przynajmniej o wskaźnik inflacji. Ile wynosi zadłużenie szpitali w tej chwili? Nie wiadomo. Ostatnie dane, jakie w drugiej połowie kwietnia można było znaleźć na stronie Ministerstwa Zdrowia, pochodzą z II kwartału 2022, a więc sprzed 1 lipca, kiedy weszła w życie znowelizowana ustawa o wynagrodzeniach minimalnych, która wprawiła szpitalne budżety w potężniejsze niż zwykle turbulencje. Nie wiadomo również, o czym mówił minister zdrowia, ile szpitali i na jakie kwoty zadłużyło się w parabankach. Taką wiedzę dysponują jedynie poszczególne szpitale i ich organy założycielskie.

Wiadomo natomiast, że rząd nie wykonał wyroku Trybunału Konstytucyjnego z jesieni 2019 r., który zdjął z samorządów terytorialnych obowiązek pokrywania strat szpitali. Rzecznik Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz, komentując fakt zaciągania przez IPiN w Warszawie pożyczek parabankowych, tłumaczył sytuację właśnie „szczególnym charakterem” szpitala, który nie może otrzymać takiego wsparcia, jakiego swoim szpitalom udzielają powiaty, miasta na prawach powiatu lub województwa.

Warto jednak pamiętać, że samorządy nie zamierzają „odpuszczać” rządowi. Samorząd Mazowsza (na wniosek którego Trybunał Konstytucyjny kilka lat temu zajął się sprawą przepisów zobowiązujących samorządy do pokrywania strat szpitali i wydał wyrok dla samorządów korzystny) będzie walczył o „swoje” – czy raczej mieszkańców województwa – pieniądze w sądzie. Zarząd województwa złożył pod ko-

niec marca pozew przeciw Skarbowi Państwa i Narodowemu Funduszowi Zdrowia o, bagatela, 100 mln zł. – *To kwota, którą samorząd wydał na pokrycie ujemnego wyniku finansowego ośmiu mazowieckich szpitali tylko za lata 2017–2019* – powiedziała Elżbieta Lanc, członek zarządu województwa. Za lata 2020–2021 NFZ zapłacił mazowieckim szpitalom, jak mówiła, o kolejne 59 mln zł za mało. – *Szpitale leczą ludzi, ale kontrakty nie pokrywają kosztów. Szpitale się zadłużają, a samorządy muszą albo pokrywać ich ujemny wynik, albo dokapitalizowywać spółki szpitalne. Mieszkańcy Mazowsza są po prostu okradani, bo zamiast inwestować w służbę zdrowia, budować nowe oddziały, musimy płacić za usługi, które powinien finansować NFZ* – komentował Krzysztof Strzałkowski, szef Komisji Zdrowia w Sejmiku Mazowsza. ●

Instituty badawcze, nadzorowane przez ministra zdrowia, na koniec zeszłego roku były zadłużone w parabankach na kwotę 478 mln zł – wynika z odpowiedzi wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego na interpelację poselską Hanny Gill-Piątek i Franciszka Sterczewskiego. Wiceminister podkreślił, że „za prowadzenie gospodarki jednostki na podstawie ustalonego przez siebie rocznego planu finansowego odpowiada dyrektor instytutu. Przepisy wskazują na samodzielność tego typu jednostek, w tym także w zakresie zaciągania zobowiązań. Podkreślić należy, że podejmowane decyzje, w tym dotyczące zaciągania zobowiązań, powinny być racjonalne i ekonomicznie uzasadnione”. W jego ocenie najistotniejsze jest to, na jakich warunkach zaciągane są zobowiązania, a nie jaka instytucja finansowa ich udziela. „Tym bardziej że zdarzają się przypadki, w których warunki oferowane przez banki są mniej korzystne od tych oferowanych przez inne instytucje finansowe” – stwierdził Maciej Miłkowski.

Zdobytaj punkty edukacyjne i korzystaj z refundacji

**1000 zł na szkolenia i materiały edukacyjne**

Program Ośrodka Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie

Szczegóły:

izba-lekarska.pl

# Mozna inaczej

DOŚWIADCZENIAMI Z PRACY W UZNAWANYM ZA JEDEN Z WZORCOWYCH HOLENDERSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA ORAZ WNIOSKAMI Z DWULETNIJ DZIAŁALNOŚCI FUNDACJI „KOBIECY W CHIRURGII” W ROZMOWIE Z „PULSEM” DZIELI SIĘ STOJĄCA NA CZELE TEJ ORGANIZACJI **MAŁGORZATA NOWOSAD**.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**Kiedy rozmawialiśmy poprzednio, Fundacja „Kobiety w chirurgii” dopiero powstała. Niedawno obchodziłyście drugie urodziny. Czy przez ten czas zmieniła się wasza perspektywa działalności? Pamiętam, że rozważyliście szkolenia dla chirurgów profilowane pod kątem płci.**

**Z** naszego działania wynikły pewne wnioski. Początkowo myśleliśmy o korygowaniu w jakimś stopniu cech będących efektem ukierunkowania dziewczynek w wieku dziecięcym, szkolnym. Cech, które uznaje się za naturalne u kobiet, a które w rzeczywistości wypływają z określonego sposobu socjalizacji, bo rzekomo w czymś są lepsze, a w czymś innym gorsze od mężczyzn. Z jednej strony same doszliśmy do wniosku, że nie na tym powinna polegać nasza działalność, bo no cóż, co się stało, to się nie odstanie, a z drugiej – otrzymywałyśmy sygnały od naszych beneficjentek, że nie tego potrzebują najbardziej.

One oczekują szkoleń zawodowych, które przede wszystkim odbywają się w innej atmosferze niż szkolenia specjalizacyjne. Mówiąc wprost, często w trakcie specjalizacji prowadzone są szkolenia, które w niewielkim stopniu spełniają swój cel. Prawie każdy ma poczucie, że organizatorzy chcą je odbębnić. My natomiast staramy się organizować kursy, które rzeczywiście uczą umiejętności praktycznych, np. we współpracy z importerem robotów da Vinci prowadzimy zajęcia z ich obsługi. Należy jednak wyjaśnić, że nie są to

szkolenia dające certyfikat. Mają na celu pokazanie, na czym praca z takim urządzeniem polega, otwarcie nowej furtki w myśleniu o swojej pracy. Chociażby obalenie stereotypu, że zawód chirurga wymaga dużej siły, bo w dobie chirurgii małoinwazyjnej to mit.

**Roboty wyrównują szanse kobiet i mężczyzn?**

Tak, ale szczerze mówiąc, nie przepadam za tym określeniem, bo często jest używane błędnie. Jeśli mówimy o sprawach życia osobistego, za wyrównywanie szans uznaje się umożliwienie kobietom godzenia pracy z opieką nad dziećmi. Jakby mężczyźni nie mieli dzieci. Oczywiście, mają, ale realia polskiego rynku pracy są takie, że w zdecydowanej większości nie korzystają z urlopów tacierzyńskich czy rodzicielskich. Tymczasem w Holandii, gdzie mam okazję pracować, opieka nad nowo narodzonymi dziećmi jest podzielona między rodziców pół na pół. Co więcej, w funkcjonowaniu polskich placówek medycznych brakuje elastyczności, która eliminowałaby potrzebę specjalnego traktowania osób zakładających rodziny. Mam tu na myśli m.in. niechętnie zatrudnianie na część etatu. W Holandii nikogo w szpitalu nie dziwi, że ktoś pracuje tylko cztery dni w tygodniu, niezależnie od płci. Rzecz jasna, nie jest to tylko kwestia dostosowania umów, ale też organizacji pracy. Tymczasem u nas panuje przekonanie, że pacjent jest „czyjs”. Gdyby praca z pacjentem była zespołowa, uelastycznienie zatrudnienia byłoby znacznie łatwiejsze. Ale uzespółowienie wymaga lepszego planowania,



Fot. archiwum

a w naszej ochronie zdrowia mało się planuje, dużo zaś jest działań na żywioł. O długofalowym planowaniu już właściwie nie ma mowy.

**A pani chciałaby planować długofalowo?**

Oczywista sprawa! Co zrobić z brakiem kadry chirurgicznej? Moim zdaniem postawić na systematyczną, długofalową poprawę warunków pracy i nie





mówię tu o zarobkach. Zarobki chirurgów dziś w wielu miejscach są akceptowalne, liczba chętnych do odbycia specjalizacji – zastraszająco niska. Tymczasem kobiety do niej są zniechęcane nieprzyjawnymi warunkami pracy, np. powielaniem stereotypów, o których mówiłam wcześniej. Mimo że jesteśmy reprezentantami dziedziny wysoce naukowej, skłonność do posługiwania się przekonaniem niepopartymi dowodami naukowymi jest w środowisku powszechna. Wybitni chirurdzy z wieloletnim doświadczeniem potrafią powiedzieć, że kobiety muszą być gorszymi chirurgami z natury rzeczy. Bardzo chciałabym zobaczyć badania potwierdzające tę opinię, tyle że takich badań nie ma. Jest tylko, *nomen omen*, chłopski rozum autorów owych stwierdzeń. Są też tacy, którzy przekonują, że w zabiegówkach nie ma problemu mobbingu i dyskryminacji, bo oni się z nim nie spotkali. Co z tego, że badania naukowe dowodzą czegoś innego. Oni się nie spotkali i temat zamknęły. A ponieważ

stanowią grupę ekspertów podejmujących ważne dla systemu ochrony zdrowia decyzje, niewiele się dzieje w kwestii zwiększenia bezpieczeństwa pracy.

A można inaczej. Tu znowu odwołam się do przykładu holenderskiego. Zarówno mnie, jak i moich kolegów z Polski, którzy tam pracują, na początku uderzało, że na bloku operacyjnym nikt nie podnosi głosu. Po prostu nie wolno krzyżeć na innych. Jeśli komuś się to zdarzy, od razu słyszy, że jego zachowanie jest niedopuszczalne. Nawet profesor z wieloletnim stażem, znany w środowisku naukowym. Ktoś, kto nie zastosuje się do uwag o swoim zachowaniu, zostanie zwolniony. Takie przypadki miały miejsce w największych w kraju placówkach.

**Informacja zwrotna pojawia się tylko wtedy, gdy ktoś zrobi coś niewłaściwego?**

Nie. To jest kolejna rzecz, która wpływa na poprawę warunków pracy.

Wszyscy szkolący się lekarze co trzy miesiące otrzymują informację o swoich postępach na różnych polach, głównie na temat czystych zdolności chirurgicznych, ale też umiejętności komunikacyjnych zarówno w relacji z pacjentami, jak i współpracownikami. Nie jest to reprimenda, tylko lista wskazówek, co jeszcze trzeba poprawić, nad czym popracować, by po prostu być lepszym lekarzem.

Tymczasem u nas nie tylko brakuje informacji zwrotnych, ale także szkoleń, jak takich informacji udzielać. Trudno się jednak temu dziwić, skoro bycie opiekunem specjalizacji nie jest nobilitacją, lecz wręcz przykrym obowiązkiem, a wyznaczenie na opiekuna – mechanicznie wypełnianą formalnością, a nie docenieniem dorobku zawodowego i dydaktycznego. To też warto długofalowo zaplanować – jak z czasem zmienić status opiekunów specjalizacji. I to nie tylko przez gratyfikacje finansowe. ●

# Perfekcjonizm

W PRZESTRZENI MEDTWITTERA (TAK OKREŚLA SIĘ KONTA PROWADZONE PRZEZ LEKARZY I PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH) TRWA FESTIWAL WPISÓW OZNACZONYCH HASZTAGIEM #MATCH2023. MŁODZI LEKARZE Z USA UWIECZNIAJĄ NA ZDJĘCIACH I FILMIKACH RADOSNE CHWILE ZWIĄZANE Z PRYZNANIEM IM MIEJSCA REZYDENCKIEGO, CHWAŁĄ SIĘ EKSKLUZYWNOŚCIĄ SZPITALI, DZIELĄ HISTORIAMI O DZIECIĘCYCH MARZENIACH, KTÓRE WŁAŚNIE ZACZYNAJĄ SIĘ SPEŁNIAĆ.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

**K**ilka dni temu rozmawiałam ze znajomą, która właśnie zdała amerykański egzamin USCLE, który kończy nostryfikację polskiego dyplomu w Stanach Zjednoczonych i daje prawo do wykonywania zawodu lekarza w tym kraju. Opowiadała, ile wysiłku, pracy, wyrzeczeń kosztowało ją przygotowanie się do tego trudnego egzaminu. Teraz będzie mogła dołączyć do grona starających się o rezydenturę w swojej specjalności, jednak wynik egzaminu jest tylko jednym z kryteriów przyznawania miejsc. Liczą się także odbyte staże, praca naukowa i to, czy kandydat dał się poznać wcześniej z dobrej strony w wymarzonej miejscowości. Jednym słowem: medtwitterowe wpisy #match2023 pokazują chwile zwycięstwa poszczególnych osób, doświadczenia do mety szalonego wyścigu po wiedzę i starań, ciągłego dążenia do bycia lepszym od innych. Pojawia się refleksja: jeśli największą radością, potwierdzeniem własnej wartości jest sukces na zawodowej drodze, prześcignięcie innych ubiegających się o to samo miejsce, to jak czują się ci, którzy odpadli po drodze, nie dlatego, że są nieudacznikami i „przegrywami”, tylko dlatego, że ktoś musiał odpaść, bo nie było miejsc dla wszystkich? Czy są w stanie szybko podnieść się psychicznie, czy jednak wpadną w czarną dziurę przygnębienia?

W polskich realiach obciążającym psychicznie przeżyciem jest przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Człowiek pracuje od kilku lat w danej specjalizacji, jest doświadczonym lekarzem, a tu nagle musi poddać się weryfikacji, niekoniecznie sprawdzającej, co w danej dziedzinie jest istotą pracy klinicznej. Wszyscy wokół wiedzą, że się podchodzi do egzaminu, często już wiele miesięcy wcześniej

trzeba się wycofać z różnych działań o charakterze osobistym i zawodowym, „*bo uczyć się do egzaminu*”. Zdający jest przekonany, że niepowodzenie to ogromny wstyd, upokorzenie. Wręcz koniec świata. Znam osoby, które są świetnymi lekarzami, a pierwsze podejście do egzaminu im się nie udało. I naprawdę szalenie trudno wtedy nie odebrać porażki jako podważenia swojej wartości. Widziałam, jak u niektórych w takiej sytuacji pojawiły się myśli, że dalsze życie jest bez sensu. Z perspektywy obserwatora łatwo powiedzieć: „*przecież to tylko egzamin*”. Ale kiedy emocje biorą górę...

O co chodzi? Dlaczego egzamin, porównywanie liczby zdobytych punktów, wyścig dokądś, tak bardzo nas dotykają?

Perfekcjonizm. Słowo-klucz.

Perfekcjonista winduje sobie poprzeczkę bardzo wysoko, często za wysoko. Jego poczucie wartości opiera się na osiągnięciach, na tym, jak sobie radzi z zadaniami, które sam przed sobą stawia. Jednak wyśniony ideał nie istnieje w realnym świecie. Ponieważ bardzo trudno spełnić wygórowane standardy, mimo pracy ponad miarę perfekcionista zwykle słabo wypada we własnych oczach, nie jest zadowolony z siebie, nie odczuwa pełnej satysfakcji, za to chętnie poddaje się samokrytyce, „*biczuje*” wyrzutami, czasem karze na inne sposoby.

Zalety bycia perfekcjonistą? Jesteś pracowity, zaangażowany, niezmiernie dokładny w wykonywaniu swoich zadań, wciąż się rozwijasz, poszerzasz wiedzę i umiejętności. Możesz pracować nieco wolniej (dokładność zajmuje czas), ale jesteś dobrze zorganizowany, zmoty-

wowany, a praca i rozwój są najważniejszymi sprawami w Twoim życiu. Możesz być świetnym lekarzem, naukowcem pnącym się po szczeblach kariery, cenionym, podziwianym. Jeśli jesteś przełożonym, podwładni być może nie są specjalnie zadowoleni z wysokich oczekiwań, które masz wobec nich (analogicznie jak wobec siebie) i niekoniecznie przyjemnej atmosfery, ale Twój zespół będzie pracować na wysokich obrotach, a ludzie będą się wciąż doskonalić. Brzmi niezłe, prawda?

Ale na tym nie koniec. Cena obsesyjnego dążenia do wyśrubowanych ponad miarę celów, kosztem wszystkiego innego, co jest ważne i przyjemne w życiu, jest ogromna. „*Perfekcjonista cierpi na kompleks boga-śmiecia. Albo będzie perfekcyjny, albo będzie nikim*” (Ascher Pacht). Perfekjoniści częściej są narażeni na wypalenie zawodowe, depresję, lęki, zagrożeni uzależnieniami (czyms trzeba łagodzić stałe uczucie napięcia, presji, frustracji, niezadowolenia). Stawiając pracę na pierwszym miejscu, zaniedbują wszystko, co może w obliczu trudności być źródłem zasobów, siły, wsparcia: rodzinę, przyjaciół, znajomych, pozamedyczne hobby. Jeśli coś im się nie uda tak, jak zaplanowali, nie potrafią zareagować spokojnie, traktują to jak porażkę nie do przyjęcia, jakby ich życie się zawaliło. Takie momenty są szczególnie trudne, zagrażają dekompensacją psychiczną, z zagrożeniem samobójczym włącznie.

Perfekjoniści płacą też zdrowiem fizycznym, bo pracują zbyt dużo, zaniedbują odpoczynek, a ciągła aktywacja osi HPP, spowodowana stresem, odbija się na całym organizmie.

Czy zatem powinniśmy walczyć z dążeniem do bycia idealnym? Perfekcjonistyczne cechy pomagają nam rozwijać się, być dobrymi lekarzami, osiągać cele. Doprowadziły nas przecież często do punktu, w którym jesteśmy. Badania sugerują, że już wśród studentów medycyny ta cecha jest bardzo rozpowszechniona, bo rys perfekcjonistyczny zwiększa szansę na dostanie się na studia i ich ukończenie. Specjaliści od psychologii i zarządzania potencjałem ludzkim dzielą perfekcjonizm na „neurotyczny” i „zdrowy”. Pierwszy, „neurotyczny”, jest związany z zagrożeniami, o których pisałam. „Zdrowy” jest mniej nasilony, reprezentujące go osoby są bardziej elastyczne i świadome swoich cech, potrafią zadbać o większą równowagę w życiu, a także zatrzymać się w perfekcjonistycznym pędzie i przypomnieć sobie o tym, że odpoczynek jest potrzebny, a potknięcie się na naukowej czy zawodowej drodze nie jest końcem świata. Do takiego stosunku do swojego perfekcjonizmu – gdy cenimy go w sobie, wykorzystujemy jako potencjał, ale rozumiemy zagrożenia i pilnujemy, by nie wpaść w spiralę wywierania na siebie nadmiernej presji – powinniśmy dążyć.

Jednym słowem: równowaga. Słowo-klucz. ●

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra, psychoterapeuta,  
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów  
– 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)

  
WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGÓW W MEDYCYNIE  
W WARSZAWIE  
ul. gen. J. S. Matuszewska

# Kuglarze od boreliozy

MAMY WOKÓŁ SIEBIE MNÓSTWO LUDZI, KTÓRZY NIE WIEDZĄ, NA CO SĄ CHORZY. STĄD WYSYP DIAGNOZ SKROJONYCH NA POTRZEBY PACJENTÓW BŁĄKAJĄCYCH SIĘ PO GABINETACH, PRZECHWYTYWANYCH PRZEZ APOSTOŁÓW SZARLATANERII.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Pamiętacie dr. House’a, lekarza „detektywa” z popularnego serialu? Kiedy nie miał lepszego pomysłu na rozpoznanie przewlekłego stanu chorobowego, zawsze brał pod uwagę toczeń. W miarę prowadzenia diagnostycznego śledztwa zazwyczaj musiał się z tej diagnozy wycofać. W życiu pozafilmowym jednak bywa, że nie można znaleźć prostego wytłumaczenia niektórych objawów. Większość lekarzy dzielnie konfrontuje się z tą niemocą medycyny, a popandemiczne zmagania z utratą węchu, smaku i mgłą pocovidową tylko poszerzyły rzeszę chorych pozostawionych samym sobie, bez wskazania kierunku, w jakim mogłyby przebiegać ich terapia.

Wielu z nich straci więc zaufanie i podejmie desperackie próby wytłumaczenia swoich dolegliwości w Internecie lub u pseudoekspertów, którzy sztukę diagnozy opierają bardziej na astrologii niż obiektywnych danych naukowych. Od lat zmagamy się z tym problemem w przypadku boreliozy. Na jej przykładzie najlepiej widać, jak świetnie prosperujący przemysł leczenia nieoczywistych problemów zdrowotnych może zawładnąć ludzką wyobraźnią (niekoniecznie z urojonymi zaburzeniami) i zyskuje przewagę nad roztropnością autorytetów niemogących udzielić prostych odpowiedzi.

Borelioza nie jest chorobą nową, podobnie jak toczeń, ale to właśnie ona doprowadziła do wypaczkowania gabinetów zajmujących się wyłącznie jej diagnostyką, jakby chodziło o szczególnie tajemnicze schorzenie, wymagające od lekarzy dodatkowych, specjalistycznych kompetencji. W owych gabinetach pracuje się pełną parą nad poszukiwaniem przyczyn – łagodnie ujmując – złego stanu zdrowia, a ich właściciele nawet sami wymyślili testy, by móc wmawiać ludziom, na co są chorzy.

Na forach internetowych nie brakuje historii, które w zamysle ich autorów mają przynieść

nadzieję poszukującym wytłumaczenia własnych dolegliwości. I jak po nitce do kłębka można trafić do miejsc, które oferują kuracje w oparciu o zalecenia grupy znanej na świecie pod skrótem ILADS (The International Lyme and Associated Diseases Society). Mimo poważnej nazwy, organizacja skupia ludzi, którzy nie akceptują wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych, respektowanych również w Polsce. W jej motto wpisano „*marzenie o świecie, w którym nikomu nie odmawia się właściwej diagnozy boreliozy*”, wychodząc najprawdopodobniej z założenia, że skoro powstała nisza rynkowa pacjentów błąkających się po gabinetach w poszukiwaniu przyczyn rozmaitych problemów zdrowotnych, to koniecznie trzeba ją czymś zapełnić. I właśnie borelioza świetnie się do tego nadaje. „*W Polsce w nurcie tym aktywnych jest kilkunastu lekarzy*” – pisał już 12 lat temu w oficjalnym proteście do władz samorządu lekarskiego prof. Krzysztof Simon z Wrocławia, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. „*Wręcz w sposób sekciarski prowadzą w swoich gabinetach leczenie niezgodne z obowiązującymi standardami, nieprawidłowo interpretując uzyskane wyniki*” – ostrzegał. Ale odzewu nie ma do dzisiaj, a wmawianie ludziom choroby i podawanie im przez wiele miesięcy antybiotyków (które są źródłem powikłań) trwa w najlepsze. Do tego cała lista wymyślnych kuracji, ze specyfikami przeciwmalarycznymi włącznie: hiperbarycznym tlenem, ozonem, hipertermią, dożylnymi immunoglobulinami, nadtlenkiem wodoru, suplementami diety, a nawet tajemniczym generatorem plazmowym.

Nie da się ukryć, że są to najlepsze sposoby na wyciąganie pieniędzy od kwękających ludzi, bo na subiektywne objawy: osłabienie, znużenie, bóle głowy i stawów albo drętwienie nóg, najtrudniej znaleźć lekarstwo. Borelioza zawsze była infekcją bakteryjną rozprzestrzenianą



przez kleszcze, ale specjalistom ILADS związek przyczynowy do niczego nie jest potrzebny. Pacjent nie musi pamiętać ukąszenia (a właściwie wkleszczenia, bo kleszcze nie mają czym kąsać), nie musi mieć rumienia, ba, nawet klasyczne testy diagnostyczne mogą wyjść ujemnie, a i tak każdy chętny otrzyma antybiotykoterapię w megadawkach. W dodatku zleconą na pełnopłatnych receptach, byle nie sprowadzić na siebie kontroli NFZ, który z łatwością zakwestionowałby ich słuszność.

A co z testami diagnostycznymi wykrywającymi przeciwciała, które świadczyłyby o zakażeniu? Nie są aż tak doskonałe. Potrzeba wyczucia i doświadczenia, by wiedzieć, kiedy je wykonać i jak ocenić. Najlepiej dopiero sześć tygodni po spotkaniu z kleszczem, a i tak często dają wyniki dodatnie nawet u tych, którzy nie mieli kontaktu z krętkami. Ujemne wyniki badań, takich jak Western-Blot i punkcja kręgosłupa, powinny wskazywać na brak rozpoznania, gdyż w wytycznych polskich i zagranicznych towarzystw chorób zakaźnych podkreślono, że nie ma „surowiczoujemnej” boreliozy. Ale skoro orędownicy ILADS dobrze żyją z wysyłania pacjentów na wydumane badania, za które każą sobie słono płacić, nawet w przypadku ujemnych wyników będą to robić. A pacjenci nie przestaną wydeptywać do nich ścieżek,

bo kręta droga do wykrycia przyczyn subiektywnych dolegliwości w oficjalnym nurcie medycyny zawsze będzie dla nich niesatysfakcjonująca.

Tak było z migreną, zespołem jelita drażliwego, fibromialgią, endometriozą – niewielu lekarzom chce się wyjaśniać tło tych zaburzeń, zwłaszcza kiedy pacjent przychodzi już z gotową diagnozą i jasno wyrażonymi oczekiwaniami. Wtedy częściej wzbudza irytację niż współczucie. Rzucone przez zniecierpliwionego doktora: „*Nic panu nie jest*”, niczego jednak nie wyjaśnia, autentycznego cierpienia nie gasi.

Bo też nie można zarzucać wszystkim chorym, że dolegliwości, które ich trapią, są raczej wytworem chorej wyobraźni, a nie nieświadomionego kontaktu z kleszczem. To raczej skutek ograniczeń technicznych, powodujących, że nie można łatwo i jednoznacznie udzielić klarownej odpowiedzi, która dałaby pacjentowi przekonanie, że wie wreszcie, skąd się jego problemy wzięły. Wielu wychodzi z założenia, że skoro istnieje medycyna konwencjonalna (zwana inaczej oficjalną) i medycyna alternatywna (naturalna), prawda o ich skuteczności leży gdzieś pośrodku. Dlaczego nie spróbować czegoś poza oficjalnym nurtem leczenia? Najpopularniejsze obecnie kanały przekazywania porad medycznych – media społecznościowe i fora internetowe – pełne są, jak pisałem na wstępie, wyznań pacjentów, którzy z łatwością popy-

chają innych w kierunku szarlatanerii. Trudno dociec, czy robią to bezinteresownie, ale przykładów świadczących o porażce ILADS tam nie uświadczymy. Tak jak nikt nie podejmuje się wyjaśnić opinii publicznej, że współczesna medycyna może nie być w stanie zaradzić problemom, które wydają się nieraz proste jak ból głowy i pospolite jak osłabienie. Na ogół zwodzą trywialnością, a jednak mogą być przyczyną nie lada udręki. Wtedy cierpienie staje się podwójne, bo bez wskazania choćby kierunku, w jakim mogłaby przebiegać terapia, chory czuje, że pozostawiono go na łasce losu.

Byłoby najprościej urzędowym dekretem zakazać diagnozowania boreliozy testem Elispot, zamknąć punkty biorezonansu i wabiące badaniami kropli żywej krwi. Ale z doświadczenia wiemy, że działania takie są nieskuteczne, a nawet pozaprawne, gdyż zajmujące się nimi spółki i konkretne osoby (nawet z tytułami lekarskimi) korzystają z wolności gospodarczej, a ich świadczenia – choć na polu medycznym – to najwzrostlejszy biznes. Pozostaje więc to, co najtrudniejsze i niestety żmudne – edukacja. Zarówno adresowana do opinii publicznej, w przeciwstawie do reklam cudotwórców, którzy żerują na ludzkiej naiwności, jak i do lekarzy, by nauczyli się nie tracić cierpliwości do żadnego pacjenta. Bo mimo wszystko może warto mu jakoś pomóc. ●



# Odłączeni

Fot. A. Poliszczak

NIEDAWNO UCZESTNICZYŁAM W KONFERENCJI „SCENA JUTRA” W TEATRZE WIELKIM, KTÓRA BYŁA MIEJSCEM STYKU BRANŻY TECHNOLOGICZNEJ I ARTYSTYCZNEJ. PANEL, W KTÓRYM BRAŁAM UDZIAŁ, DOTYCZYŁ *WELL-BEINGU* TWÓRCÓW I UMIEJĘTNOŚCI ODDZIELENIA PRACY OD ŻYCIA OSOBISTEGO, CZYLI TEMATU STAREGO JAK ŚWIAT. KTO DZIŚ NIE GUBI CZASEM Z OCZU TEJ CIENKIEJ GRANICY?

tekst **OLGA ROSTKOWSKA**  
wiceprezes ORL w Warszawie

**M**yszę, że artyści i lekarze mają wiele wspólnego. Praca wieczorami i w nocy, dużo emocji, realizacja kilku projektów w tym samym czasie lub świadczenie usług równolegle w kilku miejscach, a jednocześnie pasja do zawodu i bardzo duża wrażliwość. Wielu artystów i wielu lekarzy korzysta też namiętnie z mediów społecznościowych. Artyści zdają sobie sprawę z tego, jak ważne dla nich jest bycie offline. Dla własnej efektywności, kreatywności i receptywności emocjonalnej, bez której ich praca byłaby niemożliwa.

W dobie bezprecedensowej cyfryzacji, kiedy praktycznie bez przerwy jesteśmy podłączeni do urządzeń elektronicznych, stale dostarczających nam mnóstwa bodźców, tym bardziej należy stworzyć sobie jakiś plan detoksu. Taco Hemingway i Quebonafide rapują o telefonach „dziwne urządzenie, bada oczy”, a wcześniej o „pukaniu przez szkło” do kobiety. Telefon stał się nie tylko narzędziem pracy, rozrywki, sposobem na nudę, słodką prokrastynację, ale też metodą (czasem jedyną) kontaktu z drugim człowiekiem, bez którego pewnie dziś nie powstałaby część związków.

To samo świecące pudełko jednocześnie wciąga nas coraz mocniej w głąb króliczej nory. Algorytmy mediów społecznościowych zaprojektowane są tak, abyśmy nie zaznali nasyceń i przeglądali kolejne zdjęcia i posty. Powiadomienia z aplikacji i skrzynek e-mailowych, których fragment pojawia się na górze ekranu, mają zmusić nas do rzucenia okiem. Najlepiej w tej samej sekundzie, bo za chwilę znikną. Pracodawcy i współpracownicy wykorzystują ten mechanizm i dobrodusze „nic pilnego” albo „sprawdź po urlopie”, okraszzone ikonką puszczającą oczko, są tylko naiwną próbą przypudrowania rzeczywistości. A ta rzeczywistość krzyczy: szybciej, więcej, sprawniej. Nie ma czasu. Pomóż teraz. Doradź. Skonsultuj. Zerknij. Potrzeba już. Zrób dziś, nie jutro. Na wczoraj. *ASAP*.

## STOP

A gdyby na moment oderwać się od tego szaleństwa? Gdybyśmy wyznaczyli w ciągu dnia żelazne granice, kiedy nie korzystamy z telefonu? Niech to będzie tylko jedna godzina wieczorem. Pomocne może w tym być całkowite wyłączenie, ale dla zaniepokojonych niech to będzie wyciszenie, urządzenia.

Lekarze są trochę jak artyści. „*Medycyna jest sztuką*” głosi hymn Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. A prawdziwy artysta musi znaleźć czas na połączenie się ze swoimi emocjami, osadzenie w sobie, na oddech. Musi umieć stawiać granice, choć osobom wrażliwym tak jak lekarze zrobić to trudno. Często wzorowi uczniowie, laureaci olimpiad, absolwenci świetnych liceów, na studiach wysłuchują tyrad o byciu perfekcyjnym i pełnym poświęcenia dla drugiego człowieka. Model niemożliwy do osiągnięcia. Pacjenci dzwoniący o pomoc do lekarzy pod ich prywatne numery telefonów i zwracający się o poradę za pośrednictwem mediów społecznościowych oczywiście ją otrzymują, ale często kosztem spokoju, wypoczynku, a co za tym idzie – zdrowia swoich doktorów. Kto z nas nie ma znajomych, którzy odzywają się, żeby coś z nami skonsultować lub po receptę? A my oczywiście to robimy. I będziemy robić. Nie bójmy się głośno mówić, że to nasza mała, niewidzialna cząstka etatu. Nie namawiam nikogo, żeby rwać te kontakty, ale nauczmy się stawiać granice. Ponieważ jako medium do tych połączeń służy nasz telefon, uzbrojony w arsenał innych dystraktorów, nauczmy się mu odmawiać. Jedna godzina dziennie. Codziennie. Daje gwarancję, że poczują Państwo różnicę, a świat tylko na tym skorzysta. ●

# Sprawdzam

## Kłeska ustawy o jakości to zwycięstwo korporacyjnego interesu?

14 KWIETNIA SEJM NIE ZDOŁAŁ ODRZUCIĆ WETA SENATU DO USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA. ZABRAKŁO, DOSŁOWNIE, JEDNEGO GŁOSU. TO KLĘSKA ADAMA NIEDZIELSKIEGO, KTÓRY JESZCZE TEGO SAMEGO DNIA, KILKA GODZIN PRZED GŁOSOWANIEM, BYŁ PEWNY ZUPEŁNIE INNEGO REZULTATU.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

**Do** tej klęski przyczynił się zresztą w największym stopniu klub PiS – sześcioro posłów (którzy wcześniej opowiadali się za ustawą) nie wzięło udziału w głosowaniu, dwie posłanki: Józefa Szczurek-Żelazko (pielęgniarka, była wiceminister zdrowia) oraz Anna Dąbrowska-Banaszek (lekarka, wiceprzewodnicząca klubu), wstrzymały się od głosu. Znaczący wpływ na wynik miała też bardzo duża, choć niestuprocentowa, mobilizacja opozycji. Praktycznie wszyscy (sześciu nieobecnych) posłowie opozycjni zagłosowali za utrzymaniem weta Senatu.

Minister zdrowia „wziął na siebie” sejmową porażkę, ale bynajmniej nie podał się do dymisji. A przecież przegrać tak ważne głosowanie, to jak otrzymać wotum nieufności. Jednak to tylko pozorne wzięcie odpowiedzialności, obliczone raczej na efekt PR. Faktycznie Adam Niedzielski zamierza zrzucić ją na pracowników ochrony zdrowia („obrona korporacyjnych interesów”) oraz polityczną opozycję.

Bezpośrednio po przegranym głosowaniu minister stwierdził: „*To smutny dzień, kiedy interes pacjenta przegrywa z interesem korporacji*”. Wcześniej w wywiadach medialnych wielokrotnie, odnosząc się do decyzji Senatu o odrzuceniu ustawy w całości ze względu na liczne i poważne delikty konstytucyjne, grzmiał, że żadnych tego typu uchybień ustawa nie ma, a decyzja zdominowanego przez opozycję Senatu ma wymiar czysto polityczny i jest koronnym dowodem, że polityczne interesy przeważają nad interesem publicznym.

Oczywiście, decyzje, które zapadają w parlamencie, mają wymiar polityczny. Co więcej, podtrzymanie weta Senatu również, nie zdarza się bowiem zbyt często. Jeśli jednak przyjąć ten tok rozumowania, minister powinien polityczną odpowiedzialnością obarczyć przede wszystkim własny obóz (i wziąć pod uwagę różne czynniki, które skłoniły posłów do storpe-

dowania jego projektu), ale przede wszystkim – rzeczywiście rozliczyć siebie (i współpracowników) z popełnionych błędów. Bo nieczęsto bywa, że cała opozycja – od Konfederacji przez współpracującego z PiS Pawła Kukiza po Lewicę – blokiem głosowała przeciw tego typu ustawom. Jakie „czysto polityczne” interesy miałyby przyświecać tak różnym środowiskom?

Podobnie, jakiego konkretnie korporacyjnego interesu mieliby bronić przedstawiciele samorządów wszystkich zawodów medycznych, którzy w przeddzień głosowania wspólnie apelowali do posłów o podtrzymanie weta Senatu? Co takiego, poza wspólną oceną szkodliwości tej ustawy dla systemu ochrony zdrowia, miałyby ich połączyć? Minister insynuuje złe intencje i działanie na szkodę pacjenta, ale jednocześnie najpierw miesiącami, podczas przewlekłego procedowania projektu na wstępnym etapie, a potem tygodniami w Sejmie ignorował i negował wszystkie merytoryczne uwagi, zgłaszane przez środowiska zawodów medycznych i podtrzymywane przez opozycję.

Nasuwa się pytanie: czy obywatele, którzy z ust ministra słyszą niemal wprost, że jedynie on i jego współpracownicy działają dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów, a wszyscy inni owo dobro i bezpieczeństwo depczą, dbając o swój (korporacyjny, polityczny) interes, będą się czuli bezpiecznie(j) w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia? Czy to jest cel (może właśnie polityczny, wszak zbliżają się wybory...) – zbudować przekonanie, choćby w części elektoratu, że jest „jedyny sprawiedliwy” i jemu warto/trzeba zaufać? Zbudować takie przekonanie nawet za cenę zrujnowania niezbyt dużego niestety zaufania do profesjonalistów medycznych (jego przyczyny są tematem na zupełnie osobny materiał)? Bez którego to zaufania nie ma wyników (a więc jakości) leczenia. Nie mówiąc o jego bezpieczeństwie. ●

# Vademecum przedsiębiorcy ze stetoskopem

NAWET NAJLEPIEJ ZORGANIZOWANY LEKARZ PRZEDSIĘBIORCA CZASAMI O CZYMŚ ZAPOMNI. CZY DA SIĘ TO JAKOŚ NAPRAWIĆ? PRZYJRZYJMY SIĘ PODSTAWOWYM NARZĘDZIOM RATUNKOWYM.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## WNIOSEK O PRZYWRÓCENIE TERMINU

**P**rawdziwy miód na serce każdego zabieganego biznesmena. Potrafi uratować pozornie pogrzebaną sprawę. **Kiedy możesz z niego skorzystać?** W ciągu 7 dni od dnia ustania przyczyny, która uniemożliwiła Ci dopełnienie obowiązku w pierwotnym terminie. Przykładowo: jeśli przebywałeś w szpitalu od 1 do 10 stycznia, prośbę możesz złożyć tylko do 17 stycznia.

### JAK TO ZROBIĆ?

Składasz wniosek i dołączasz do niego:

- **dokumenty** (jeśli istnieją) **potwierdzające przyczynę niezalatwienia sprawy w terminie**, takie jak wypis ze szpitala, dokumentacja medyczna, zaświadczenie o pożarze, ogłoszenie o klęsce żywiołowej itp. (dzięki temu organ będzie mógł ocenić, czy rzeczywiście opóźnienie nastąpiło nie z Twojej winy);
- wszystkie **dokumenty niezbędne do zalatwienia sprawy, której terminu nie dochowałeś**, np. odwołanie, zażalenie, wniosek dotyczący sprawy, której nie załatwiłeś w terminie;
- jednocześnie musisz wykonać tę czynność, której terminu nie dotrzymałeś. Przykładowo, jeśli chcesz

złożyć wniosek, a minął termin jego składania, musisz jednocześnie złożyć wniosek i prośbę o przywrócenie terminu.

### CO DALEJ?

Organ, do którego występujesz o przywrócenie terminu, ma **miesiąc na rozpatrzenie prośby**. Może jednak wydłużyć ten czas maksymalnie **do 2 miesięcy**, o czym zostaniesz poinformowany. Możesz zostać poproszony o **uzupełnienie braków we wniosku**. **Jeśli tego nie zrobisz**, wniosek pozostanie bez rozpoznania. Inaczej mówiąc, **Twoja prośba nie będzie dalej rozpatrywana**.

### WAŻNE!

- Jeśli prośba dotyczy przywrócenia terminu wniesienia odwołania lub zażalenia, składasz ją do organu wyższego stopnia za pośrednictwem organu niższego stopnia.
- Jeśli otrzymasz decyzję odmowną, możesz złożyć zażalenie. Jednak jeśli odmowa dotyczyła przywrócenia terminu: wniesienia odwołania, zażalenia lub wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Tego rodzaju postanowienie jest ostateczne.



Lista organów, do których możesz wystosować wniosek o przywrócenie terminu, znajduje się pod adresem [biznes.gov.pl](https://biznes.gov.pl).

## URZĄD SKARBOWY

Zazwyczaj list lub telefon z urzędu skarbowego wywołuje zaniepokojenie nawet u uczciwych obywateli. Oczywiście, w przypadku niezłożenia pisma, uwag do protokołu kontroli, wyjaśnień możesz skorzystać z opisanego rozwiązania, czyli **wniosku o przywrócenie terminu**. Urzędy skarbowe oferują obywatelom jeszcze jedno koło ratunkowe w przypadku niewypełnienia w terminie obowiązku podatkowego albo celnego. Zatem jeśli:

- nie złożyłeś zeznania podatkowego w terminie
- nierzetelnie prowadziłeś księgi rachunkowe
- nierzetelnie wystawiałeś faktury
- nie zapłaciłeś lub zapłaciłeś nieodpowiedni podatek dochodowy (PIT lub CIT) lub podatek VAT
- bezprawnie stosowałeś obniżone stawki VAT
- bezprawnie stosowałeś zwolnienie z VAT
- zataiłeś przed organem podatkowym prawdziwe rozmiary prowadzonej działalności gospodarczej
- wyłudziłeś zwrot należności celnej
- wyłudziłeś pozwolenie celne

możesz skorzystać z **instytucji czynnego żalu, czyli dobrowolnego przyznania się do naruszenia przepisów podatkowych**.

## JAK TO ZROBIĆ?

Składasz czynny żal, czyli **zawiadamiasz o popełnieniu czynu zabronionego** naczelnika właściwego urzędu skarbowego lub naczelnika urzędu celno-skarbowego, informując **o istotnych okolicznościach popełnienia czynu** (możesz to zrobić pisemnie w formie listu wysłanego za potwierdzeniem odbioru, przedstawić ustnie do protokołu lub online przez skrzynkę PUAP).

Jednocześnie **dopełniasz obowiązków**, w tym **uiszczasz w całości zaległe zobowiązanie wraz z odsetkami**. Kiedy? **Im szybciej, tym lepiej**.

### Uwaga!

**Podpisz zawiadomienie i złóż je osobiście**. Załatwienie sprawy przez pełnomocnika może zostać uznane za zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia karnoskarbowego, a nie dobrowolne przyznanie się do winy sprawcy tego czynu.

- Czynny żal powinien złożyć ten, kto nie dopełnił obowiązku. Jeśli wina leży po stronie biura księgowego, czynny żal składa to biuro, jeśli po stronie zarządu –

czynny żal powinni podpisać wszyscy odpowiedzialni za uchybienie.

- Aby był skuteczny, musisz złożyć czynny żal zanim urząd rozpocznie postępowanie przeciwko Tobie, np. w wyniku donosu.
- Pamiętaj, że nie otrzymujesz pisma zwrotnego informującego o decyzji naczelnika.

## KIEDY CZYNNY ŻAL CIĘ NIE URATUJE?

- zostałeś wezwany w związku z popełnionym czynem zabronionym, a organy podatkowe udokumentowały już popełnienie przestępstwa lub wykroczenia skarbowego
- jesteś w trakcie postępowania kontrolnego
- zorganizowałeś grupę albo związek mający na celu popełnienie przestępstwa skarbowego
- nakłaniałeś inną osobę do popełnienia przestępstwa lub wykroczenia skarbowego.

## ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Cóż... najlepiej weź dwa tygodnie wolnego. ZUS jest jedną z najbardziej skostniałych instytucji. Jeśli Twoja sprawa nie należy do katalogu tych, które obsłużyłby zwykły chat bot, pojawiają się problemy. Wiele problemów. Skupmy się więc na zadłużeniu wobec ZUS. Każdy przedsiębiorca ma obowiązek odprowadzać składki za siebie i za pracowników, o ile ich ma. W 2022 r. zmieniono przepisy dotyczące zadłużeń w opłaceniu składek.

Od 1 stycznia 2022 r. **nieopłacenie składki w terminie nie skutkuje już automatyczną utratą prawa do zasiłku** chorobowego i innych świadczeń na co najmniej trzy miesiące. Nawet mając zaległości, możemy wnioskować o przyznanie zasiłku chorobowego, opiekuńczego *etc.* **Zostanie on wypłacony, o ile nasze zadłużenie nie przekracza 1 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę**. Czyli w praktyce nigdy, bo obecnie sama składka choroba przekracza ponaddwukrotnie ten 1 proc.

Jeśli się **spóźniłeś**, Twoje zadłużenie przekroczyło próg minimalny. **Co wtedy?** Wniosek o świadczenie zostanie przyjęty, ale **ZUS wstrzyma jego wypłatę do czasu spłacenia całości zadłużenia**. Na spłatę masz **6 miesięcy** od daty powstania prawa do świadczenia, czyli np. choroby. Jeśli w tym czasie spłacisz całość, ZUS odblokuje Ci świadczenie. Jeśli nie dokonasz spłaty zadłużenia, po **upływie tego terminu** prawo do świadczenia przedawni się, a Ty **definitywnie stracisz prawo do zasiłku**.

## WAŻNE TERMINY

**2 maja 2023 r.** – termin złożenia zeznania podatkowego za 2022 r.

A jeśli się spóźnisz, złóż czynny żal, zanim urząd skarbowy się zorientuje. ●

# Uszkodzenie implantu to uszczerbek na zdrowiu

POZBAWIENIE CZŁOWIEKA IMPLANTU, NP. ZNISZCZENIE PROTEZY NOGI, TO NIE TYLKO PRZESTĘPSTWO PRZECIWKO MIENIU, ALE TAKŻE SPOWODOWANIE USZCZERBKU NA ZDROWIU.

tekst **MIKOŁAJ MAŁECKI**



Fot. P. Urbanczyk

**R**ozwój nowych technologii rodzi pytania o właściwe podejście prawa karnego do stosowanych w medycynie różnorodnych sztucznych substytutów części ciała człowieka. Typowymi przykładami są bioniczny implant oka, umożliwiający widzenie, i sztuczna kończyna zapewniająca poruszanie się. W przyszłości pojawią się zapewne coraz bardziej skomplikowane urządzenia zastępujące coraz powszechniej różne narządy ciała (zob.: K. Mamak, *Prawo karne przyszłości*, Warszawa 2017). Przepisy prawa karnego umożliwiają ściganie sprawców uszczerbku na zdrowiu człowieka w stopniu lekkim, średnim lub ciężkim. Jak potraktować w tym kontekście uszkodzenie protezy?

Kwestia okazuje się najbardziej problematyczna, gdy wskutek uszkodzenia implantu nie przestaje działać jakiś inny, naturalny narząd, np. serce. W takim przypadku nie ma wątpliwości, że dochodzi do ataku na zdrowie; przyczyną zagrożenia zdrowia nie jest jedynie dysfunkcja sztucznego substytutu, lecz narządu mającego pochodzenie organiczne. Najtrudniejsze do oceny prawnej są sytuacje, w których uszkodzony zostaje sztuczny narząd spełniający określoną funkcję, ale nie wpływa to na inne narządy lub funkcje organizmu (np. uszkodzenie protezy kończyny dolnej, bez naruszenia integralności ciała).

Tuż po wejściu w życie obowiązującego kodeksu karnego z 1997 r. problem implantów został dostrzeżony w kontekście roli biegłych, którzy wypowiadają się o rodzajach uszczerbku na zdrowiu w ramach toczących się spraw sądowych. W literaturze zaproponowano podział protez na wewnętrzne i zewnętrzne. Te pierwsze to „protezy integralnie połączone

z organizmem drogą zabiegu operacyjnego, które mogą być usunięte tylko drogą kolejnego zabiegu operacyjnego” (np. rozruszniki serca, endoprotezy stawów, siatki brzuszne stosowane w leczeniu przepuklin). Te drugie to urządzenia, które właściciel może swobodnie i samodzielnie odłączyć od ciała. Autorzy podają tu przykład protez kończyn, aparatów słuchowych, wózków inwalidzkich (M. Polakowski, J.A. Berent, K. Śliwka, *Opiniowanie o „naruszeniu czynności narządu ciała” lub „rozstroju zdrowia” wobec rezygnacji w nowym kodeksie karnym z pojęcia „uszkodzenia ciała”*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii 1999, nr XLIX/3).

Przedstawiony podział wydaje się nadal aktualny, mimo upływu ponad 20 lat od jego sformułowania. Dziś należy jednak podejść do tematu, nieco inaczej rozkładając akcenty, szczególnie pod kątem obowiązujących regulacji kodeksu karnego i poprawnego zidentyfikowania dobra prawnego chronionego przez przepisy.

Nie ulega wątpliwości, że człowiek, który nie może się poruszać, bo sprawca pobicia uszkodził mu sztuczną nogę, nie jest pokrzywdzony jedynie majątkowo, w sensie ograniczenia jego wolności lub ataku na nietykalność cielesną, lecz ponosi straty przede wszystkim w sensie zdrowotnym. Utracił przyrząd umożliwiający wykonywanie jednej z istotnych funkcji organizmu, tj. poruszanie się. Naruszono jego dobro prawne – zdrowie, które trzeba rozumieć bardzo szeroko. Zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności. Istotny aspekt zdrowia ludzkiego

stanowi więc nie tylko możliwość działania zgodnie z normą gatunkową właściwą dla jego organizmu, ale także wypełniania przez człowieka ról społecznych w sensie jego życia osobowego (pomyślność „społeczna” wskazana w Konstytucji WHO).

Najważniejszy dla poprawnej kwalifikacji prawnej implantów jest art. 157 §1 kodeksu karnego. Stanowi on: „*Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 §1 [tj. inny niż ciężki – przyp. autora], podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do pięciu lat*”. W przepisie użyto określenia „narząd ciała”. Już w czysto pojęciowym sensie „narząd ciała” nie jest dokładnie tym samym, co „narząd w ciele” czy też „narząd będący częścią ciała” człowieka. Kodeks karny nie wymaga zatem, by narząd ciała był sam w sobie ciałem, żeby miał pochodzenie organiczne. Ważne, aby spełniał określoną funkcję życiową, tak jak biologiczna część ciała.

Bez wątplenia narządem ciała jest każde urządzenie, które zostało połączone z układem nerwowym człowieka, co daje możliwość sterowania nim za pomocą ośrodkowego układu nerwowego. Jest więc nim implant, którym człowiek steruje za pomocą mózgu. To oczywiste: jeśli ktoś sam porusza palcami swojej sztucznej dłoni, to znaczy, że jest ona narządem jego ciała. Z punktu widzenia przepisów o uszczerbkach na zdrowiu niczym nie różni się od zwyczajnej dłoni. Uszkodzenie tego typu implantu jest atakiem na zdrowie i w zależności od stopnia pokrzywdzenia może stanowić lekki (skutki uszkodzenia trwają do siedmiu dni), średni (ponad siedem dni) lub nawet ciężki uszczerbek na zdrowiu.

Za narząd ciała powinny być także uznane implanty zespolone z ciałem człowieka, choćby narząd nie był sterowany za pomocą mózgu. Wszelkiego rodzaju zaawansowane implanty scalone z organizmem ludzkim w taki sposób, że człowiek steruje nimi za pomocą mięśni, należy traktować analogicznie do narządów pochodzenia organicznego, które stały się częścią organizmu w wyniku przeszczepu.

W przypadku trwałego, operacyjnego zespolenia implantu z tkankami organizmu uznanie protezy za narząd ciała jest bezsporne. Przywrócenie jej sprawności wymaga interwencji medycznej, co dodatkowo potwierdza, że mamy do czynienia z atakiem na integralność organizmu danego człowieka. W przypadku innego typu mechanicznych połączeń implantu z ciałem kwestia wydaje się trudniejsza. Należy postulować, by ocena, czy odłączenie lub uszkodzenie takiej protezy stanowi uszczerbek na zdrowiu, była elastyczna, zależna od sytuacji, np. rodzaju implantu, spełnianej przez niego funkcji itp. Z uwagi na postęp techniczny przepisy kodeksu karnego powinny być otwarte na nową rzeczywistość, tak by na bieżąco akomodowały się do nowych sposobów troski o zdrowie człowieka (pisałem o tym szerzej: M. Małecki, *System prawa medycznego. Tom 6. Odpowiedzialność publicznoprawna*, red. A. Barczak-Oplustil, T. Srok, Warszawa 2023).

Zilustrujmy przedstawione kryteria przykładem protezy kończyny dolnej. W przypadku zespolenia protezy z układem



Fot. licencja OIL w Warszawie

nerwowym uszkodzenie sztucznych elementów narządu jest niewątpliwie powodowaniem uszczerbku na zdrowiu. W przypadku połączenia protezy z tkankami ciała zachodzi atak na zdrowie, gdy zostanie ona oderwana, podobnie jak w sytuacji odłączenia protezy, którą sam pokrzywdzony z łatwością może odłączać i przyłączać do swojego ciała. We wszystkich trzech przypadkach zachowanie sprawcy może powodować ciężkie kalectwo człowieka, który przestaje móc poruszać się na „swoich” nogach (w świetle przepisów protezy są narządem jego ciała).

Dla oceny, czy zachodził uszczerbek na zdrowiu związany ze sztuczną protezą, nie powinien mieć znaczenia poziom trudności odwrócenia uszczerbku, koszt implantu czy zabiegu ani czas oczekiwania na przywrócenie stanu dotychczasowej sprawności. Niektóre ze wskazanych parametrów mogą mieć znaczenie jedynie dla oceny, z jakim rodzajem uszczerbku na zdrowiu mamy do czynienia w danej sytuacji (lekkim, średnim czy ciężkim).

Podkreślmy raz jeszcze: nie chodzi o uszczerbek związany z naruszeniem innych narządów lub tkanek ciała, co może być pobocznym efektem oddziaływania sprawcy na sztuczny narząd, lecz o kwalifikację prawną samego w sobie sztucznego implantu. Ta zaś powinna być adekwatna do realiów nowoczesnej medycyny XXI w. ●

Dr hab. Mikołaj Małecki – nauczyciel akademicki w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Krakowskiego Instytutu Prawa Karnego, jeden z najbardziej wpływowych prawników w Polsce w rankingach „Dziennika Gazety Prawnej”, twórca portalu i bloga DogmatyKarnisty.pl obserwowanego przez ponad 67 tys. osób.

# Analiza przypadku

W NASZYM CYKLU CZĘSTO PRZEDSTAWIAMY PRZYKŁADY, W KTÓRYCH O BRAKU ODPOWIEDZIALNOŚCI PRZESĄDZA BRAK WINY W DZIAŁANIU LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE. RÓWNIE CZĘSTO JEDNAK ZWRACAMY UWAGĘ, ŻE INNYMI PRZESŁANKAMI, KTÓRE MUSZĄ ZAISTNIEĆ, ABY MOŻNA BYŁO MÓWIĆ O ODPOWIEDZIALNOŚCI LEKARZA, JEST SZKODA I ZWIĄZEK PRZYCZYNOWY. DZISIEJSZA ANALIZA PRZYBLIŻY TEN TEMAT.

tekst

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



Fotografie: archiwum

**24** marca 2010 r. pani K. zgłosiła się na wizytę do ginekologa dr W. Po przeprowadzeniu badania ginekologicznego lekarka przepisała jej leki antykoncepcyjne. Następną wizytę u dr W. miała miejsce 28 kwietnia i, według relacji pacjentki, obejmowała pełne badanie ginekologiczne, po czym pani K. otrzymała receptę na kolejne opakowanie środków antykoncepcyjnych. Z dokumentacji medycznej oraz relacji dr W. wynika natomiast, że 28 kwietnia odbyła się jedynie tzw. wizyta recepturowa, podczas której pacjentka otrzymała kolejną receptę.

Gdy pani K. zaczęła przyjmować tabletki z następnej serii, jej samopoczucie się pogorszyło. Czuli się osłabiona, uskarżała się na bóle brzucha, głowy, nudności. W związku z tym wykonała domowy test ciąży, który dał pozytywny wynik. 1 czerwca zgłosiła się do ginekologa dr J., który po wykonaniu badania USG stwierdził obecność w macicy 11-tygodniowego

plodu. Pacjentka zapewnia, że została również poinformowana, że lekarz ginekolog badający ją 28 kwietnia powinien rozpoznać ciążę, a co za tym idzie – nie wystawiać recepty na hormonalne środki antykoncepcyjne, których stosowanie może wpłynąć negatywnie na rozwój płodu. 27 grudnia pani K. urodziła zdrową córkę.

Pacjentka postanowiła jednak zgłosić wobec dr W. roszczenie zapłaty 77 tys. zł tytułem zadośćuczynienia. Zaznaczyła przy tym, że od 1 czerwca, kiedy lekarz potwierdził, że jest w ciąży, żyła w ciągłym napięciu i stresie, obawiając się o zdrowie swojego nienarodzonego jeszcze dziecka. Mimo szczęśliwego rozwiązania, nie pozbyła się lęku o dziecko, szczególnie gdy córka zachoruje, w związku z czym w najbliższym czasie rozpocznie leczenie psychiatryczne.

W celu ustalenia, czy leczenie pani K. było prawidłowe, zasięgnięto opinii medycznej. Biegły uznał, że postępowanie dr W. było właściwe, chociaż moż-





Fot. Licencja OIL w Warszawie

Opiniujący zwrócił uwagę, że przyjmowanie preparatu antykoncepcyjnego, aczkolwiek niewskazane w ciąży, nie miało wpływu na jej przebieg i prawidłowy rozwój płodu. Dr W. swoim postępowaniem nie wpłynęła zatem na zdrowie pacjentki i rozwój jej ciąży.

Niemniej jednak, jeśli pani K. byłaby zbadana ginekologicznie podczas tzw. wizyty recepturowej 28 kwietnia, wcześniej zostałaby rozpoznana ciąża, co pozwoliłoby uniknąć niepotrzebnego stresu. Ale okoliczność ta w żadnym stopniu nie została potwierdzona, a pacjentka dopiero po zgłoszeniu roszczeń zamierzała skorzystać z pomocy psychologa i psychiatry.

W tym stanie rzeczy odmówiono uznania odpowiedzialności za działania dr W.

**Pytanie redakcji:** Dlaczego, mimo pewnych zastrzeżeń wobec postępowania dr W., nie uznano jej odpowiedzialności?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** U pani K. nie stwierdzono wystąpienia szkody. Dziecko urodziło się zdrowe, a na potwierdzenie zapewnień o życiu w ciągłym stresie i wpływie sytuacji na psychikę pacjentki nie przedstawiono żadnych dowodów. Tym samym nie można było stwierdzić występowania pierwszej przesłanki odpowiedzialności. Gdyby pani K. przedstawiła np. zaświadczenia od psychologa lub psychiatry, potwierdzające, że podejmowała leczenie, sytuacja mogłaby być zgoła inna wobec udowodnienia przesłanki odpowiedzialności. ●

na mieć zastrzeżenia do faktu, że wizyta z 28 kwietnia ograniczyła się do przepisania recepty, bez badania ginekologicznego. 24 marca pacjentka prawdopodobnie jeszcze w ogóle nie była w ciąży. Do zapłodnienia mogło dojść na przełomie marca i kwietnia, co potwierdza badanie USG wykonane przez dr. J. 1 czerwca (ciąża około 11 Hbd).

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

**PRAWNIK & LEKARZA**

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

## BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyistów  
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)



# Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

## WCHODZI W ŻYCIE USTAWA O BADANIACH KLINICZNYCH

**14** kwietnia 2023 r. wchodzi w życie ustawa o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi,\* która stanowi implementację do polskiego porządku prawnego przepisów europejskich.\* Reguluje w szczególności: tryb postępowania w przypadku wydawania pozwoleń na badania kliniczne produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zadania Naczelnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Klinicznych, zasady i tryb wpisu komisji bioetycznych na listę uprawnionych do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych, zasady i tryb oceny etycznej badania klinicznego, obowiązki sponsorów, badaczy oraz głównych badaczy, zasady odpowiedzialności cywilnej i karnej badaczy oraz sponsorów, zasady organizacji i funkcjonowania Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych, zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z badaniami klinicznymi.

Ustawa mówi, że postępowania w zakresie wydawania pozwoleń na badania kliniczne, na istotne zmiany badań klinicznych, zawieszenie i podejmowanie zawieszonych badań klinicznych oraz zobowiązań sponsorów do zmian dowolnych aspektów badań klinicznych należą do kompetencji prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Stosuje się do nich przepisy o postępowaniu administracyjnym.

Naczelna Komisja Bioetyczna działać będzie przy Agencji Badań Medycznych. W jej skład wejdzie łącznie 30 przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, m.in. nauk medycznych, farmaceutycznych, nauki o zdrowiu, posiadających 10 lat doświadczenia zawodowego w zakresie wykonywania zawodów medycznych lub prowadzenia badań naukowych, a także przedstawiciele nauk z zakresu filozofii lub teologii i nauk prawnych. Dodatkowo członkami komi-

sji będą trzej przedstawiciele organizacji pacjentów wpisanych do wykazu tego rodzaju organizacji. Członków komisji powoływać będzie minister zdrowia na 4-letnią kadencję. Do zadań komisji należeć będzie głównie: sporządzanie oceny etycznej badań klinicznych, prowadzenie szkoleń z zakresu bioetyki i metodologii, rozpatrywanie wniosków o wpis na listę komisji bioetycznych, którą prowadzić będzie przewodniczący komisji.

W ustawie sformułowano zasadę, że sponsorzy oraz badacze ponoszą odpowiedzialność cywilną za wyrządzenie szkody uczestnikom badań klinicznych, wynikającej z ich działania lub zaniechania. W tym celu wprowadzono obowiązek ubezpieczenia sponsorów oraz badaczy od odpowiedzialności cywilnej. Ustawa ustanawia Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych, który jest funduszem państwowym utworzonym w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych uczestnikom badań klinicznych w przypadku uszkodzenia ich ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci w wyniku udziału w badaniu. Wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wynosi od 2 tys. do 200 tys. zł. W przypadku śmierci uczestnika badania klinicznego świadczenie w wysokości od 20 tys. do 100 tys. zł przysługuje każdej bliskiej osobie wymienionej w ustawie. Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego rozpatruje rzecznik praw pacjenta. Termin złożenia wniosku upływa po roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci uczestnika badania klinicznego.

Zadaniem sponsorów jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z badaniami klinicznymi, jeżeli nie należą do świadczeń gwarantowanych. Świadczenia opieki zdrowotnej, niezbędne do usunięcia skutków działań niepożądanych badanego produktu leczniczego lub zdarzeń niepożądanych będących następstwem przeprowadzenia procedur wykonanych

wyłącznie w ramach badania klinicznego, a także te, których konieczność udzielenia będzie związana z zastosowaniem badanego produktu leczniczego, oraz wykonane wyłącznie w celu zakwalifikowania pacjenta do udziału w badaniu klinicznym, sponsorzy finansują także w przypadku, gdy są one świadczeniami gwarantowanymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.\*

## USTAWA O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ ODRZUCONA PRZEZ SENAT I SEJM

30 marca 2023 r. Senat podjął uchwałę o odrzuceniu w całości projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.\* W uzasadnieniu wskazano, że zastrzeżenia budzą kwestie natury konstytucyjnej, systemowej oraz merytorycznej. W tym kontekście istnieją podstawy do twierdzenia, że projektowana regulacja dokonuje niewłaściwego podziału materii między ustawę a rozporządzenie, a także przewiduje unormowanie o charakterze powszechnie obowiązującym, poza dotychczasowym systemem źródeł prawa. Według Senatu ustawa nie spełnia standardów techniki prawodawczej, ze względu na rozproszenie wielu kluczowych przepisów, chociażby związanych z systemem świadczeń kompensacyjnych, w innych niż ustawa aktach prawnych. W wyniku dokonanej analizy merytorycznej projektu ustawy, m.in. wysłuchania stanowisk partnerów społecznych, Senat uznał, że zawarte w nim unormowania nie tylko nie przyczynią się do poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, ale pogłębią aktualne dysfunkcje w tych obszarach.

Po odrzuceniu ustawy przez Senat jej przyjęcie wymagałoby poparcia ze strony bezwzględnej większości posłów w Sejmie. Rządowej ustawie zabrakło jednak jednego głosu (!)

Głosowanie na posiedzeniu Sejmu 14 kwietnia spowodowało odrzucenie ustawy w całości.

## PROJEKT USTAWY O NIEKTÓRYCH ZAWODACH MEDYCZNYCH

Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych.\* Celem aktu jest ustalenie warunków i zasad wykonywania 17 zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, w szczególności ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz ich odpowiedzialności zawodowej. Mocą ustawy ma zostać utworzony Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Pośród regulowanych zawodów znalazły się: asystent stomatologiczny, higienista stomatologiczny, dietetyk, elektroradiolog, logopeda, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptysta, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy. Ustawa ma precyzyjnie określać wykształcenie lub kwalifikacje niezbędne do wykonywania danego zawodu. Centralny Rejestr Osób Uprawnionych ma natomiast służyć weryfikacji osób wykonujących zawody medyczne, zarówno przez pracodawców, jak i pacjentów. Wpis do tego rejestru będzie niezbędny do wykonywania danego zawodu medycznego. Rejestr będzie jawny w zakresie:

\* Źródła:



numeru wpisu, indywidualnego identyfikatora wpisu, daty wpisu, imienia i nazwiska oraz informacji o miejscu wykonywania zawodu medycznego. Zgodnie z projektem ustawy osoba wykonująca zawód medyczny będzie miała obowiązek uczestnictwa w różnych formach doskonalenia zawodowego. Projektodawcy deklarują, że nowe regulacje będą stanowiły gwarancję zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, rzetelnie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej. ●



## 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

Tel. 22 542 83 29

# O refundacji w Senacie

POD KONIEC MARCA W SENACIE RP ODBYŁA SIĘ DEBATA „ZDROWIE DZIECI. REFUNDACJA W ASPEKTCIE DOBRA PACJENTÓW”. WRAZ Z PRAWNIKIEM SEBASTIANEM STYKOWSKIM MIAŁAM PRZYJEMNOŚĆ UCZESTNICZYĆ W TYM WYDARZENIU I SKORZYSTAĆ Z OKAZJI, BY NA FORUM PUBLICZNYM PORUSZYĆ NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY, KTÓRE ZGŁASZAJĄ LEKARZE, DOTYCZĄCE REFUNDACJI.

tekst **MONIKA POTOCKA**, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie



Fot. K. Bortyzel

**S**potkanie w Senacie odbyło się z inicjatywy przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia senator Agnieszki Gorgoń-Komor, lekarki internistki i kardiolożki. Przedmiotem dyskusji była kwestia przewijająca się w naszych lekarskich rozmowach od dawna, a którą jako rzecznik praw lekarza zajmuję się także na gruncie prawnym. Mianowicie kwestia odpowiedzialności, którą (moim zdaniem zbyt pochopnie) obciążył nas ustawodawca w procedurze refundacji leków, nie biorąc dostatecznie pod uwagę realiów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Punktem wyjścia (co nie zaskakuje ze względu na liczne publikacje prasowe, reportaże telewizyjne, apele i stanowiska instytucji pozarządowych) był przykład jednego z preparatów mlekozastępczych stosowanego w przypadkach silnych alergii pokarmowych u dzieci. Sprawę Neocate LCP opisywałam ze szczegółami we wcześniejszych numerach „Pulsu”, natomiast w Senacie razem z mecenasem Stykowskim zwróciłam się do przedstawicieli legislatury o inicjatywę ustawodawczą polegającą na zmianie art. 40 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w zakresie rozszerzenia procedury *off label*. Uważamy, że należy ją stosować także do innych produktów żywnościowych specjalnego przeznaczenia medycznego, np. preparatów zastępczych, które w trakcie przyjmowania wypełniają definicję produktu

lecniczego w rozumieniu prawa farmaceutycznego. Nawiasem mówiąc, zabierające w parlamencie głos pediatra gastroenterolog Andrea Horvath i pediatra alergolog Aleksandra Kindracka wyjaśniły senatorom, że są państwa, w których specyfiki takie jak preparat aminokwasowy dla dzieci z bardzo ciężką alergią w istocie traktuje się jak lek.

Podczas konferencji formułowane były ponadto apele o odwołanie niesłusznie nałożonych kar za wystawianie recept. Uczestnicy spotkania uznali za niezbędne powołanie zespołu ekspertów, którzy ocenią medyczne zalecenia kontynuowania leczenia dzieci z alergią nierefundowanym mlekiem zastępczym. Ze swojej strony dodatkowo zwróciłam uwagę na niejasne procedury rządzące kontrolami przeprowadzanymi przez NFZ w zakresie refundacji i to nie tylko preparatów mlekozastępczych. Chodzi chociażby o przypadki, w których wysokość kar nakładanych na lekarzy różni się w zależności od oddziału NFZ, który prowadził sprawę. Zmorą są sytuacje, kiedy kontrole są zawieszane i odwieszane po dłuższym czasie, ale bieg naliczania odsetek od domniemanych należności nie jest wstrzymywany.

Jak widać, jest to kolejne działanie Biura Rzecznika Praw Lekarza w związku z przepisami o refundacji. Robimy, co w naszej mocy, by nie tylko pomóc lekarzom, ale po prostu zrobić porządek w przepisach. Teraz czekamy na ruch ministerstwa i spełnienie niedawnych obietnic. ●





## Wielkanocne spotkanie lekarzy seniorów

**W** Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 3 kwietnia odbyło się spotkanie seniorów z okazji Świąt Wielkanocnych. Naszą izbę reprezentowali wiceprezes ORL Olga Rostkowska oraz przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów Włodzimierz

Cerański. Takie uroczystości cieszą się zawsze dużym zainteresowaniem ze strony seniorów. Są okazją do spotkania w lekarskim gronie, wspomnień, rozmów, życzeń i wspólnego posiłku, jak również możliwością poznania nowych osób zarządzających naszą izbą. ●

**OGÓLNOPOLSKI KONKURS  
PULS  
SŁOWA**

POETYCKO-PROZATORSKI

Organizatorzy:



**NACZELNA  
IZBA LEKARSKA**

Komisja Kultury  
ORGANIZACJA DLA LEKARZY  
W WARSZAWIE  
ul. Puławska 18, 02-520 Warszawa




Patronat medialny:



**GAZETA  
LEKARSKA**

Miesięcznik OIL w Warszawie  
**PULS**

Kwartalnik Własnym Głosem

Informacji udziela:  
Majka Maria Żywicka-Luckner  
tel. 22 619 42 31  
604 286 324  
e-mail: majkazywicka@wp.pl

# XIV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

# PULS SŁOWA

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach. Każdy utwór powinien być opatrzone godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
2. Do zestawu należy dołączyć: zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
3. Prace należy nadsyłać do dnia 30 czerwca 2023 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-520 Warszawa, Komisja ds. Kultury** lub na e-maila: [majkazywicka@wp.pl](mailto:majkazywicka@wp.pl) z dopiskiem: **Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”**.
4. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego, przyzna nagrody pieniężne i wyróżnienia.
5. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej i czasopiśmie patronackich.
6. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.

**BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE**

Organizatorzy

# Współpraca z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE ZAWARŁA 3 KWIETNIA POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY Z CIOP-PIB. ZAKŁADA ONO PARTNERSTWO W ZAKRESIE OCENY WARUNKÓW WYKONYWANIA PRACY LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY. JEDNYMI Z WAŻNIEJSZYCH ZAGADNIĘĆ PRZYSZŁEJ WSPÓŁPRACY BADAWCZEJ SĄ MOBBING W OCHRONIE ZDROWIA ORAZ NADMIERNE OBCIĄŻENIE LEKARZY ZADANIAMI ADMINISTRACYJNYMI.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fot. M. Niepytalski

**P**orozumienie z instytutem badawczym jest naszą inicjatywą, wynikającą z obowiązków opisanych w ustawie o izbach lekarskich. Zobowiązuje nas ona nie tylko do opiniowania warunków pracy lekarzy, ale także do współdziałania z innymi organizacjami w sprawach warunków wykonywania naszego zawodu. Uzyskane wyniki badań będą cennym argumentem w dyskusjach dotyczących kreowania polityki kadrowej w sektorze ochrony zdrowia – wyjaśnia prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Piotr Pawliszak.

Drugim sygnatariuszem porozumienia jest dyrektor CIP-PIB dr hab. inż. Wiktor M. Zawieska. – Porozumienie z samorządem lekarzy z naukowego punktu widzenia daje nam szansę na identyfikację rzeczywistych problemów oraz autentycznych wyzwań tej grupy zawodowej. A to z kolei stanowi podstawę dla konkretnych projektów naukowych, w tym opracowania precyzyjnych narzędzi badawczych – mówi dyrektor instytutu.

Umowa między naszą izbą a Centralnym Instytutem Ochrony Pracy dotyczy m.in.:

- ⦿ wymiany doświadczeń i jawnych informacji o podjętych działaniach dotyczących problemów związanych z warunkami pracy podczas wykonywania zawodów medycznych, w szczególności w zakresie obciążenia pracą, czasu pracy, ergonomii, uwarunkowań prawnych,
- ⦿ współpracy w określaniu kierunków i organizowaniu badań naukowych oraz prac rozwojowych związanych z warunkami pracy lekarzy,
- ⦿ udziału ekspertów obu instytucji w prowadzeniu szkoleń i konferencji poruszających opisaną w umowie tematykę.

Porozumienie zapewnia możliwość poszerzenia grupy ekspertów prowadzących kursy w ramach naszego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, dostęp do bazy wiedzy umożliwiającej samorządowi pracę nad narzędziami polepszającymi warunki pracy lekarzy, wzmocnienie głosu lekarzy OIL w Warszawie w sprawie inicjatyw legislacyjnych dotyczących warunków pracy. ●



LEKARZE ZAJMUJĄCY SIĘ MEDYCYNĄ PODRÓŻY ORAZ ORGANIZATORZY OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUNKTACH STANOWIĄCYCH NAJWIĘKSZE WĘZŁY KOMUNIKACYJNE PREZENTOWALI SWOJE DOŚWIADCZENIA PODCZAS TRAVEL MEDICINE CONFERENCE – MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI WSPÓŁORGANIZOWANEJ PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ W WARSZAWIE.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**M**ało jest konferencji, które byłyby tak merytorycznie medyczne, a jednocześnie skierowane do szerszego grona, nie tylko do lekarzy. Mam nadzieję, że to pozwoli nam się lepiej nawzajem zrozumieć – mówił prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak podczas wystąpienia otwierającego konferencję. Spotkanie zorganizowane zostało 23 marca w Warszawie (możliwe było także uczestnictwo zdalne) z udziałem naszej izby oraz stowarzyszenia V4+ Airports, zrzeszającego operatorów portów lotniczych Europy Środkowo-Wschodniej, a także Przedsiębiorstwa Państwowego „Porty Lotnicze”.

Program konferencji opracowano z myślą o służbach medycznych, kadrze zarządzającej, pracownikach portów lotniczych, przedstawicielach linii lotniczych i branży turystycznej – czyli wszystkich, którzy w swojej codziennej pracy troszczą się o komfort i bezpieczeństwo podróżujących oraz mają z nimi bezpośredni kontakt.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży prof. dr hab. n. med. Krzysztof Korzeniewski podkreślał, jak ważne jest, by lekarz POZ podczas przedwyjazdowych wizyt (a nawet w ramach edukacji zdrowotnej) swoich stałych pacjentów przypominał im o zabieraniu ze sobą

zapasu leków przyjmowanych na stałe. – Pacjenci zbyt często błędnie liczą, że uda się im się dokupić leki na miejscu – twierdził. Wyjaśniał też, że w części krajów stanowiących popularne kierunki podróży turystów z Polski, np. w Azji Południowo-Wschodniej, jakoś środków farmakologicznych pozostawia wiele do życzenia, a zmorą są podróbki, w których zawartość substancji czynnej stoi pod wielkim znakiem zapytania. Ostrzegał także przed podróżniczymi „patocelebritami”, którzy w mediach społecznościowych odradzają szczepienia przedwyjazdowe jako bezsensowny wydatek. O ryzyku zakrzepicy w kontekście podróży mówił natomiast Oleg Nowak, lekarz zajmujący się flebologią. Jego zdaniem ważne jest m.in. nawadnianie się przed lotem i podczas lotu oraz rezygnacja z alkoholu.

W konferencji brali udział jako prowadzący także: Pawel Kranc, dyrektor biura zarządu „Portów Lotniczych”, Artur Zaczyński, zastępca dyrektora Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, oraz przedstawiciele służb ratunkowych warszawskiego Lotniska Chopina, z jego kierownikiem Bartłojem Ruszkowskim. Międzynarodowy charakter konferencji, prowadzonej w językach polskim i angielskim, uwytkliło wystąpienie Perihan Aydin, dyrektorki ds. zdrowia i bezpieczeństwa lotniska portu lotniczego w Stambule. ●

Członkowie naszej izby mieli możliwość bezpłatnego uczestnictwa w Travel Medicine Conference, jeśli skorzystali ze zwalniającego z opłaty formularza rejestracji zamieszczonego w izbowym newsletterze. Dlatego tak ważne jest aktualizowanie danych kontaktowych. Jeśli masz wątpliwości, czy Twój wpis w rejestrze lekarzy powiązany jest z aktualnym adresem e-mailowym, wyślij wiadomość: [p.rejestracja@oilwaw.org.pl](mailto:p.rejestracja@oilwaw.org.pl).



# Lekarska Liga Mistrzów

PO PIERWSZYCH DWÓCH KOLEJKACH SEZONU TRUDNO MÓWIĆ O SPODZIEWANYCH ROZSTRZYgniĘCIACH, ALE NIewĄTLIWIE KSZTAŁTUJE SIĘ JUŻ GRONO FAWORYTÓW LIGI MISTRZÓW OIL W WARSZAWIE.

**R**ywale z dużym niepokojem spoglądają na statystyki bramkowe drużyny startującej pod sugestywną nazwą – Najlepsi. 29 strzelonych goli i tylko 3 stracone to rezultat dający niewątpliwą przewagę psychologiczną przed każdym kolejnym meczem.

W rozgrywkach startuje 10 zespołów. Po dwa zwycięstwa, oprócz Najlepszych, zanotowały także drużyny: Dynamo Wołoska i FC Stylus. Izbowy team OIL Warszawa odniósł

natomiast zwycięstwo 7:0 w pojedynku z Pędzącymi Koche-rami, a ma jeszcze do rozegrania zaległe spotkanie z FC Mazovia Szpitala Marszałkowskie.

W klasyfikacji najskuteczniejszych w polu karnym prowadzi lekarz dentysta Piotr Niesiobędzki (Najlepsi) z ośmioma bramkami. Gonią go strzelcy pięciu goli – jego kolega z drużyny Michał Pac oraz urolog z Dynama Wołoska Kacper Jackowicz. ●



Fotografie: D. Jarosz



# Walka o oddech

TWARZ PACJENTA ZASŁANIA DRUCIANA MASKA POKRYTA WIELOMA WARSTWAMI GAZY. PIELEŃNIARKA POWOLI WKRAPLA NA MASKĘ CHŁOREK ETYLU, NASTĘPNIE ETER. OBOK CHIRURG SZYKUJE SIĘ DO PRACY. TO NIE SCENA Z FILMU *NOIR*, ALE WIDOK SZPITALNEJ SALI ZABIEGOWEJ W POWOJENNEJ POLSCE. NA OCZACH LEK. **KRYSTYNY MICHAŁOWICZ-CERAŃSKIEJ**, SPECJALISTKI ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII, RODZIŁA SIĘ POLSKA ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA.





Fotografie: K. Boryszel | archiwum

tekst

**KAMILA HOSZCZ-KOMAR**  
współpraca  
**KRYSZYNA MICHAŁOWICZ-  
-CERAŃSKA**

## 6 LAT

**S**tanisław Michałowicz i jego żona Helena oczekują narodzin potomstwa. On – inżynier w zakładach Siemens, ona – późniejszy kustosz biblioteki PAN. W obliczu nadchodzącej wojny Stanisław dostaje powołanie do wojska. Jako oficer łączności będzie służył Polsce. W styczniu 1940 r. na świat przychodzi Krystyna i jej brat bliźniak. Ich wychowanie nie jest nie lada wyzwaniem. Helena pracuje, aby zapewnić byt sobie i dzieciom, ale działa też w polskim podziemiu i przy Radzie Pomocy Żydom „Żegota”. Rodzina spotka się dopiero po sześciu latach. – *Tata do tej pory nie widział nas na żywo, ale mama regularnie wysyłała mu fotografie, próbowała wytworzyć między nami więź. Myślę, że w dużej mierze dzięki temu mój tata – z zaledwie siedmioma innymi oficerami – podjął trudną decyzję o powrocie do ojczyzny. Do nowej, komunistycznej Polski, której władze nie były przychylnie takim jak on – oficerom Armii Andersa – wspomina pani Krystyna.*

## 13 GRAMÓW

Tyle waży łut\* szczęścia. Ta odrobinka jest warunkiem powodzenia. Dzięki niej „obce klasowo” bliźnięta Michałowiczów w 1956 r. mogły rozpocząć studia. Wreszcie absolwenci szkół średnich ubiegający się o miejsce na uczelni wyższej nie byli weryfikowani pod względem pochodzenia.

– *Brat wybrał studia na politechnice. Ja uznałam, że medycyna zaspokoi moje oczekiwania. Nie tylko uniknęliśmy odsiewu klasowego, ale oszczędzono nam egzaminu politycznego – sprawdzianu ze znajomości „Manifestu PKWN”. Wystarczył zwykły egzamin – opowiada Krystyna Michałowicz-Cerańska. – Cóż to była za radość, gdy zobaczyłam swoje nazwisko na liście przyjętych! Do dziś uważam ten dzień za jeden z piękniejszych w życiu.*

Brakuje czasu na wszystko inne poza nauką. Jednak młoda studentka pozna swojego przyszłego męża – Włodzimierza Cerańskiego. Kolejne 13 gramów szczęścia.

\* Łut – dawna jednostka masy, około 13 g

## 9 ANESTEZJOLOGÓW

Tuż po wojnie techniki anestetyczne stosowane w Polsce mocno odbiegały od zachodniego modelu. Powracający z wojennej emigracji lekarze, którzy zetknęli się z „nowoczesną” anestezjologią w wojennych szpitalach, zaczęli apełować o zmiany. W 1955 r. w całym kraju pracowało zaledwie 9 anestezjologów. Po wprowadzeniu na uczelnie specjalizacji (10 października 1952) ich liczba systematycznie rosła.

Pozornie niefortunny zbieg wydarzeń diametralnie zmienił życie młodej lekarzki Krystyny Michałowicz-Cerańskiej.

– *Bardzo chciałam specjalizować się w okulistyce. Podczas studiów jako wolontariuszka pogłębiałam wiedzę i umiejętności z tego zakresu w Klinice Okulistycznej prof. Stanisława Altenbergera. Niestety, kiedy przyszedł czas wyboru specjalizacji, miejsc w Warszawie nie było. I nagle padła propozycja specjalizacji z anestezjologii, która była wówczas w powijakach. Nie miałam nad czym się zastanawiać. Praca była mi potrzebna.*

## 7 SZTUCZNYCH NEREK

Tymczasem pojedźmy kolejką do przedwojennego lotniska Międzylesie. Właśnie tu w 1954 r. rozpoczyna się budowa nowoczesnego, wielospecjalistycznego szpitala. 30 października 1960 następuje uroczyste otwarcie. Pierwszym dyrektorem zostaje dr n. med. Tadeusz Chojnacki. Dwa lata po otwarciu, już jako Centralny Szpital Kolejowy w Warszawie-Międzylesiu, placówka prowadziła konsultacje, leczenie oraz badania diagnostyczne chorych pracowników PKP z całego kraju. Przebudowano zakład radiologii, uruchomiono pracownię do badań dynamicznych układu krążenia, jedną z pierwszych w Polsce. Powstały również: pracownia badań izotopowych, oddział intensywnej opieki medycznej, dział nadzoru kardiologicznego, stacja dializ (początkowo z 7 stanowiskami sztucznej nerki).

Centralna Agencja Prasowa (dziś PAP) tak pisała o CSK: „Szpital w Międzylesiu, z którego dumna może być kolejowa ▶



Fot. PAP

- ▶ *„służba zdrowia, to nowoczesna budowla wyposażona w doskonały sprzęt medyczny. Korzysta z niej tysiące pracowników kolei i członkowie ich rodzin”.*

Potwierdza to Krystyna Michałowicz-Cerańska, która rozpoczęła w nim pracę w 1967 r., i dodaje: – *Oprócz nowoczesnego wyposażenia, takiego jak basen do gimnastyki leczniczej, szpital posiadał także zaplecze sportowe dla personelu (boiska do siatkówki, badmintonu), ogromny taras umożliwiający leżakowanie chorych, piękny, rozległy, zagospodarowany ogród, warzywniak, własną chlewnię. Był niemalże samowystarczalny.*

## 1,5 KILOMETRA

– *Kiedy zaczęłam pracę w CSK, nie było mi łatwo. Byłam sama z małym dzieckiem. Rano odprowadzałam córeczkę do przed-*

*szkola i biegłam do pociągu. Potem czekał mnie 1,5-kilometrowy spacer, od stacji do nowego miejsca pracy.*

Oddział anestezjologii, którego pierwszym ordynatorem został dr Andrzej Lewandowski, uruchomiono w 1961 r. Do podstawowych czynności anestezjologa należało ratowanie chorych z całego szpitala, których życie było bezpośrednio zagrożone. Pierwszą udaną reanimację oddechowo-kръżeniową przeprowadzono w 1961 r. Niestety, niedostatki personelu zmuszały do stosowania znieczuleń ogólnych, dotchawiczych, bez pomocy pielęgniarki. Nie było pulsoksymetrów, kapnografów, pulmomatów...

– *W pierwszy latach naszej działalności zajmowaliśmy się chorymi po reanimacji, którzy pozostawali na poszczególnych oddziałach szpitala. Nie było sal pooperacyjnych. Pacjenci znajdowali się „pod opieką” sąsiadów z sali, których często*





Fot. PAP

*prosiłmśmy o utrzymanie kontaktu słownego z podsypiającym. Reanimacje były wyjątkowo trudne. Pamiętam jedną, przeprowadzoną w sali chorych, w której zewnętrzny masaż serca okazał się nieskuteczny. Wtedy nasz kierownik otworzył klatkę piersiową, aby wykonać bezpośredni masaż serca. Widok był przejmujący, szczególnie dla kolegów z innych oddziałów, ale i dla nas, młodych lekarzy.*

*Ze względu na brak respiratorów oddech kontrolowany prowadziliśmy ręcznie. Pamiętam młodą kobietę z rzucawką, u której zastosowaliśmy mieszek Oxatora poruszany rękoma anestezjologów. Na zmianę obsługiwali go lekarze i pielęgniarki. I tak przez kilka dób. Chora uśpiona, z wlewami leków, z korygowaną gospodarką kwasowo-zasadową, w hipotermii. Działo się to w sali zabiegowej ginekologii. Zimą i przy otwartym oknie (zalecana hipotermia). Personel pracował w pal- tach – wspomina Krystyna Michałowicz-Cerańska.*

## 150 LITRÓW

*– W rok po moim przybyciu do Międzylesia, w 1968, powstała sala reanimacyjna, jedna z pierwszych w Warszawie. Była ciasnym, ciemnym i niewygodnym pokojkiem przy korytarzu prowadzącym do izby przyjęć. Została wyposażona w dwa łóżka i jeden pochodzący z demobilu respirator „Bird”. Cały sprzęt musieliśmy podwiesić własnym sumptem. O elegancji trzeba było zapomnieć. Dzięki pomocy szpitalnych elektryków i majstrów budowlanych 150-litrowa butla tlenowa z przewodami, kable elektryczne oraz inne urządzenia zawisły... na hakach rzeźnickich.*

W sali reanimacyjnej umieszczani byli chorzy w zagrożeniu życia, także z innych szpitali. Najczęściej z niewydolnością oddechową z powodu: obrzęku płuc, zapalenia płuc, zaostrzenia przewlekłych chorób płuc, rzucawki, tężca, zaburzeń ▶



Fot. A. Staszewski

► metabolicznych, udarów mózgu, wstrząsu septycznego lub anafilaktycznego, urazów czy zatrucia samobójczego.

– Przypomina mi się 22-letni student po zatruciu lekami. Opuszczając nasz oddział, powiedział: „Dopiero jak się od was wychodzi, człowiek zdaje sobie sprawę z tego, czym jest życie i co znaczy możliwość oddychania, patrzenia, chodzenia, kochania. Boję się śmierci. Chciałbym zawsze żyć i zawsze oddychać”. Ten czas wspominam jak okres dużej satysfakcji zawodowej.

Również koledzy zauważali i doceniali efektywność naszej pracy oraz zaangażowanie. Byliśmy potrzebni, choć dyrekcja nie pomagała w skutecznych, docelowych działaniach. A jednak w trudnych warunkach lokalowych, z niedostatecznym wyposażeniem aparaturowym, odnieśliśmy wiele sukcesów w ratowaniu chorych w bezpośrednim zagrożeniu życia.

## 15 ŻŁOTYCH

– W 1997 r. uruchomiliśmy, początkowo z Pol-Transplantem, procedurę przekazywania dawców narządów do przeszczepów. Jako koordynatorkę nagrodzono mnie za pierwszy przeszczep kwotą 15 zł. Oburzyła mnie taka „nagroda”. Wystarczyłaby mi sama informacja, że dwie przeszczepione nerki podjęły funkcję u biorców jeszcze na stole operacyjnym.

Potem nawiązali współpracę w dogodniejszej formie ze Szpitalem MSWiA w Warszawie. Wystawiali wstępną ocenę śmierci mózgu i transportowali chorego na OIOM Szpitala MSWiA, gdzie specjalna komisja potwierdzała ich rozpoznanie. Dla rodziny była to forma przekonująca.

– Mimo to nie uniknęłam trudnych rozmów. Zdarzało mi się usłyszeć: „Czy pani doktor leczy naszego bliskiego, czy przygotowuje go na dawcę narządów?”. Wielu kategorycznie odmawiało zgody na pobranie: „Mój mąż pójdzie do grobu ze

wszystkimi narządami”. Ale kiedyś córki zmarłej pielęgniarki natychmiast podjęły pozytywną decyzję, „bo mamusia tak chciała...”. Wierzących przekonywały słowa papieża Jana Pawła II: „Panu Bogu nie są potrzebne narządy w niebie”. Generalnie jednak społeczeństwo nie było mentalnie przygotowane na podejmowanie takich trudnych decyzji. Mimo to uratowaliśmy wiele istnień.

## XXI WIEK

Dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz pomocy dyrektora szpitala dr. Jarosława Roślona wreszcie powstawał nowoczesny oddział intensywnej terapii. Krystyna Michałowicz-Cerańska na wiele miesięcy zamieniła rolę anestezjologa na konsultanta budowy. Remont (i adaptacja) budynku z lat 80. XX w. odbywał się w tumanach pyłu i z niespodziankami, np. korytarz okazał się za wąski dla miarki inspektora sanepidu. Mury nie są z gumy, więc trzeba było kombinować i choćby zmniejszyć brudownik. Centymetrów przybyło, pieczętka na papierze jest. Dla specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii nie ma rzeczy niemożliwych, w końcu zwracają wiele ludzkich istnień z drogi ku wiekiestemu światłu, czym są zatem dla nich problemy z aranżacją wewnątrz!

– Osobiście wybierałam w centrum budowlanym przy ul. Bartyckiej płytki do sanitariatów, tapety i meble do każdego pomieszczenia. Kolory ścian i podłóg konsultowałam z artystą malarzem. Dwustronny „zegar kolejowy” na korytarzu powstał z dwóch ofiarowanych w prezencie.

Dzięki woli i ogromnej pomocy w budowie dyrektora dr. Jarosława Roślona po 37 latach Oddział Intensywnej Terapii w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w styczniu 2005 r. wkroczył w nową erę. Rok później pożegnałam się ze szpitalem, w którym nomen omen intensywnie pracowałam 43 lata. ●

# Aktualności Komisji ds. Kultury



Fot. D. Hankiewicz (proca z pleneru w Żyrardowie z 2022 r.)

## III KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Na główny, obligatoryjny temat konkursu Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie wybrała „Grę światła”. Drugim zaś jest „Temat wolny”.

Prace należy nadesłać do **30 września 2023 r.** pod adresem e-mailowym lub na nośniku elektronicznym pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, z dopiskiem „III Konkurs Fotograficzny dla Lekarzy”.

## KONKURS POETYCKI

Publikacja dzieła w antologii „**Lekarze małym pacjentom**” – to nagroda w konkursie literackim dla lekarzy organizowanym przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie.

Zgodnie z regulaminem prosimy o zgłaszanie maksymalnie trzech wierszy lub niewielkich prozatorskich form literackich. Termin nadsyłania prac: **31 sierpnia 2023 r.**

Przedsięwzięcie „**Lekarze małym pacjentom**” zostało zapoczątkowane w 2022 r. wraz z publikacją książki dla dzieci „Doktor Zdrówko” autorstwa dr. Stefana Welbela. Tomik trafił m.in. do kilkuset pacjentów warszawskich szpitali dla dzieci.

## II PLENER FOTOGRAFICZNY – ŻYRARDÓW 2023

**Od 11 do 14 maja** w Żyrardowie trwać będzie plener dla lekarzy fotografików. Planowane tematy: architektura, ulica, człowiek, rejestracja przemijania czasu, fotografia jako forma plastyczna. Przewidujemy też szkolenie w zakresie wykończenia portretu fotograficznego.

„Dlaczego w Żyrardowie? Ta dziewiętnastowieczna osada fabryczna stała się na tamte czasy najnowocześniejszym miastem w Polsce. Zbudowana od podstaw, tworzy kompletny, zintegrowany i przemyślany koncept. (...) Jednorodna, charakterystyczna zabudowa z nietynkowanej cegły, wkomponowana w parki i ogrody, z ciekawymi detalami architektonicznymi i unikalnym klimatem, to idealne miejsce na plener fotograficzny” – napisała przy okazji poprzedniego pleneru przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffmann-Golańska.

Warunkiem uczestnictwa w spotkaniu jest znajomość podstaw fotografii cyfrowej i własny sprzęt fotograficzny. Koszt uczestnictwa wynosi 500 zł.

Szczegółowy program i zasady zapisu znajdują się na stronie: [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl) w zakładce komisji. ●

tel.: 22-542-83-33, e-mail: [komisjakultury@oilwaw.org.pl](mailto:komisjakultury@oilwaw.org.pl)

**OBWIESZCZENIE NR 3/2023/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE  
Z 16 MARCA 2023 R.**

**o wynikach wyborów delegatów,  
przeprowadzonych w rejonie wyborczym  
K9/086 Lekarze OIL m.st. Warszawa (L)**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342) oraz §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 7/2023/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 16 marca 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 K9/086 Lekarze OIL m.st. Warszawa (L) obwieszcza się, co następuje:

**§1**

1. W rejonie wyborczym K9/086 Lekarze OIL m.st. Warszawa (L) nie dokonano wyboru delegatów 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 4/2023/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE  
Z 16 MARCA 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 8/2023/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 16 marca 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 od 13 lutego 2023 r. mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Barbary Kozakiewicz.

**§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**

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

**PRZYPOMINAMY, ŻE OBOWIĄZEK  
ZGŁOSZENIA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
DOTYCZY WYŁĄCZNIE LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW,  
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.

**OBWIESZCZENIE  
OKRĘGOWEJ KOMISJI  
WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE  
Z 1 KWIETNIA 2023 R.**

**o wynikach wyborów uzupełniających  
zastępców  
okręgowego rzecznika  
odpowiedzialności zawodowej  
Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.; u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7–8 u.i.l., oraz na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r. obwieszcza się, co następuje:

**§1**

W wyborach uzupełniających **zastępcami okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie** na okres IX kadencji (2022–2026) zostali wybrani:

- 1) Adam Michał Kossut – lekarz,
- 2) Adam Sikorski – lekarz.

**§2**

Obwieszczenie podlega niezwłocznej 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  
XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
**Olga Rostkowska,**  
przewodnicząca  
Okręgowej Komisji Wyborczej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
**Mery Topolska-Kotulecka**

# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



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

**9.05.23 r., godz. 11.00**

„Z jakimi wyzwaniem mierzyliśmy się  
w szpitalu covidowym w czasie pandemii”  
– prof. dr hab. Waldemar Wierzbka

**23.05.23 r., godz. 11.00**

„Oszustwa i kradzieże na szkodę osób starszych”  
– płk Marek Purzycki

**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 dentystów, którzy przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

**30 czerwca 2023 r.**

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

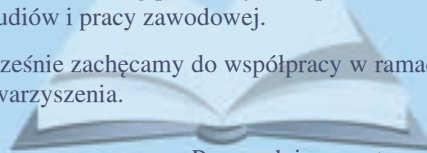
Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w przygotowaniu książki pod roboczym tytułem: „Pamiętniki lekarzy – wychowanków Warszawskiej Akademii Medycznej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

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, 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 Cizek** oraz  
prezes ORL w Warszawie **Piotr Pawliszak**



## Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

**30 czerwca 2023 r.**



## Obiady w Klubie Lekarza

**Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza**

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

**Dodatkowe informacje:**

**Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 30.**

# IV Lekarski Rajd Rowerowy 13 maja

- ◆ Start z Polany Rekreacyjnej Jakubów, Izabelin, ul. Tetmajera 38
- ◆ Cztery trasy

Komisja ds. Sportu  
ORL w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

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



## OIL SPORT MISTRZ

Program nagród dla najlepszych sportowców lekarzy

- złóż wniosek do 30 czerwca,
- daj sobie szansę na wygraną jednej z **trzech nagród (2 tys. zł)** ufundowanych przez OIL w Warszawie.

Regulamin i wniosek:



Komisja  
ds. Sportu



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

Więcej informacji: Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie, tel. 795 560 297

## SPORTOWE NIEDZIELE

Maj: 7, 14, 21, 28  
w godz. 15.00–17.00

Stadium Wychowania Fizycznego WAT,  
ul. Kartejusza 1

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





Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o odejściu

**prof. dr. hab. n. med. Jana Tatonia**

pierwszego konsultanta krajowego  
w dziedzinie diabetologii, inicjatora powołania  
specjalizacji z diabetologii oraz utworzenia  
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Rodzinie składamy wyrazy współczucia.

Piotr Pawluszak – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie, oraz członkowie ORL w Warszawie



Naszej Autorce  
**Marii Liburze**

wyrazy szczerego współczucia i słowa wsparcia  
w trudnych chwilach po śmierci

**Siostry**

składa zespół „Pulsu”.



Z ogromnym żalem zawiadamiamy,  
że 24 marca 2023 r. zmarła

**dr Irena Grabska-Franz**

specjalista chorób wewnętrznych,  
pracownik Szpitala Wojewódzkiego  
przy ul. Czerniakowskiej w Warszawie  
(obecny Szpital CMKP), Szpitala w Radzyminie,  
Szpitala Wolskiego w Warszawie oraz sanatoriów  
Przy Źródle i Biały Dom w Konstancinie-Jeziornie.

Była oddana swojej pracy oraz bliskim,  
pełna życzliwości i pogody ducha.

Pogrążona w smutku rodzina

## CHÓR MEDICANTUS

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

**zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów  
do wspólnego śpiewania**

Próby odbywają się  
w poniedziałki  
od godz. 19.00  
w siedzibie OIL  
w Warszawie,  
przy ul. Puławskiej 18.



**Kontakt:**  
dyrgent.smim@interia.pl  
krzysztof.moczarski@gmail.com  
501 213 438, 507 058 663



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

**WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”**

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

**REDAKTOR NACZELNA:** Urszula Wolińska-Kuñaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

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

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

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

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

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

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

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

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

**Redakcja zastrzega sobie prawo do adiacji 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.





# 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.com](http://www.facebook.com)  
→ @centrumkarierylekarza

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

**C E R  
M E D**  
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY



**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)



## 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.



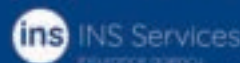
Kompleksowa obsługa – wszystkie ubezpieczenia w jednym miejscu.



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 dentystów w Polsce:



+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)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

**Piotr Pawliszak** PREZES ORL W WARSZAWIE

**Olga Rostkowska** WICEPREZES ORL

**Tomasz Imiela** WICEPREZES ORL

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

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

**Magdalena Flaga-Łuczkiwicz** 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 i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

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





**EMKA<sup>®</sup>** to firma, która od blisko **30 lat** świadczy usługi w zakresie **odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych.**

Podpisując z nami umowę zyskasz:

- Kompleksową obsługę w zakresie gospodarowania odpadami
- Najwyższy poziom obsługi Klienta
- Innowacyjne rozwiązania, które usprawnią codzienne obowiązki