

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

LIPIEC-SIERPIEŃ 2023 (nr 339-340)



TEMAT NUMERU:

## KORPORACJA

- » Pani płaci i pan płaci
- » Izba bliżej lekarzy
- » Bajka

» AI i VR w edukacji medycznej

» Szkiełko, oko i... spryt

» Kroniki pitawalowe

Eksperti psychiatrii zapraszają na konferencję:

# Praktyczna psychiatria dla lekarza POZ

23 września 2023, Warszawa i online

## Prelegenci:

Kierownicy **Poradni Depresji, Poradni Lęku i Nerwic, Poradni Zaburzeń Snu, Poradni Zaburzeń Odżywiania, Poradni Leczenia Natręctw, Poradni Uzależnień** i innych w Centrum Terapii Dialog

### W programie m.in.:

- „Pani Doktor, nie mogę spać” – praktyczne wskazówki leczenia zaburzeń snu w POZ w 2023 roku
- Benzodiazepiny i „zetki” – jak bezpiecznie i mądrze odstawić w gabinecie lekarza rodzinnego
- „Panie Doktorze, zamartwiam się cały czas” – jak leczyć w POZ pacjentów z lękiem
- Pacjent z depresją – który lek stosować jako pierwszy

### Wśród Prelegentów:



prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Sobów  
Centrum Terapii  
Dialog



prof. dr hab. n. med.  
Marek Jarema  
Dyrektor ds. Nauki  
w Centrum Terapii Dialog



dr Piotr Krawczyk  
Kierownik Poradni  
Zaburzeń Snu



dr hab. n. med.  
Grzegorz Opielak  
Poradnia Depresji



dr Wenesa Gajos  
Kierownik Poradni  
ADHD u Dorosłych



Dowiedz się więcej:  
[www.psychiatrzy.warszawa.pl/konferencjapoz](http://www.psychiatrzy.warszawa.pl/konferencjapoz)

TEMAT NUMERU:

## KORPORACJA

SŁOWA NA ZDROWIE

### 3 Korporacja

Jerzy Bralczyk

### 4 Pani płaci i pan płaci

Michał Niepytalski

### 6 Izba bliżej lekarzy

Olga Rasińska

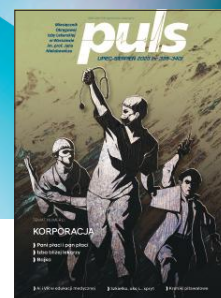
Elżbieta Trybus

### 8 Po stronie lekarza

Kamila Hoszcz-Komar

### 10 „Mazowieckie” po raz siódmy

Michał Niepytalski



Graf. na okładce: K. Matsumoto

## SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

### NA DZIEŃ DOBRY

#### 2 Neurotoksyczna samotność...

Piotr Pawliszak

### CYFRYZACJA

#### 14 AI, VR i cyfryzacja wprowadzają model edukacji w czasie rzeczywistym

Artur Olesch

#### 18 E-konsylium w praktyce

Kamila Hoszcz-Komar

### SYSTEM

#### 20 „Nawigator pacjenta”...

Michał Niepytalski

#### 22 6,8 proc.

Małgorzata Solecka

### OPINIE

#### 26 Szkiełko, oko i... spryt

Paweł Walewski

### WYBORY

#### 28 Cóż tam, panie, w polityce?

Kamila Hoszcz-Komar

### IZBA DLA LEKARZY

#### 30 Rodzinie z OIL w Warszawie w Parku Julinek

Piotr Kołczyk

#### 34 Vademecum lekarza przedsiębiorcy

Kamila Hoszcz-Komar

### PRAWO

#### 36 Przerwanie ciąży w Polsce: pułapka na pacjentki i lekarzy

Mikołaj Małecki

#### 38 Klauzula sumienia a Kodeks Etyki Lekarskiej

Adam Skowron

#### 45 Nie wszyscy wiedzą, że praca kosztuje

Monika Potocka

### NA PRZESTRZENI LAT

#### 48 Kroniki pitawalowe

Kamila Hoszcz-Komar

### NA DO WIDZENIA

#### 56 Dzika prywatyzacja

Michał Niepytalski



Fot. M. Najdzik

# Neurotoksyczna samotność

## (o jakości... życia niezależnej od opieki zdrowotnej)

**PIOTR PAWLISZAK**, prezes ORL w Warszawie

ROK 1938, BOSTON. LOKALNY UNIWERSYTET ROZPOCZYNA BADANIE „HARVARD STUDY OF ADULT DEVELOPMENT”, PROWADZONE NA GRUPIE 268 BIAŁYCH MĘŻCZYŹN, STUDENTÓW UNIWERSYTETU HARVARDA.

Celem jest odkrycie czynników determinujących osiągnięcie sukcesu i zachowanie zdrowia, a wśród badanych znajduje się m.in. przyszły prezydent USA John F. Kennedy. Pod koniec lat 60. dołączono do analiz grupę z tzw. Glueck Study, obejmującą 456 białych mężczyzn, którzy w latach 40. wychowywali się w centrum Bostonu i uchodzili za nieuprzywilejowaną, „problematyczną” młodzież. Dopiero Robert Waldinger, psychiatra i czwarty kierownik naukowy projektu, wpadł na pomysł, by badać grupę rozszerzyć o partnerów życiowych i dzieci uczestników, o czym opowiedział podczas występu w Ted Talks w 2014 r. Choć dobór badanej populacji rażąco odstaje od współczesnych standardów naukowych, czas trwania projektu jest imponujący, a wysnute wnioski zaskakujące.

Metoda badania obejmowała ocenę kwestionariuszową, wywiady w domach oraz wywiad medyczny (obciążenie pracą, zarobki, związki, przyjaciele, sukcesy i porażki, nałogi, pamięć), a także ocenę wyników badań dodatkowych (w tym EEG, a w miarę rozwoju nauki również MRI).

Kluczową konkluzją z badania jest to, że jakość relacji (rodziny, przyjacielskich, ale również społecznych) w ogromnym stopniu wpływa na nasz stopień zadowolenia z życia i na zdrowie. Jest więc również formą dbania o siebie. Jakość relacji w wieku lat 50 była silniejszym czynnikiem pre-

dykcyjnym dobrego zdrowia w wieku lat 80 niż stężenie cholesterolu. Miały one też większy wpływ na długość życia i zdrowie psychiczne niż IQ czy predyspozycje genetyczne. Wieloletnie badania tego typu mogą pomóc w zrozumieniu rozwoju chorób psychicznych, w tym depresji, którą WHO określiła jako jedno z dominujących zagrożeń zdrowotnych na świecie. Dywaguje się również nad wpływem urazów psychicznych i długotrwałego stresu na rozwój przewlekłego stanu zapalnego i zapaleń stawów czy choroby niedokrwiennej serca.

Waldinger w swoim wystąpieniu stwierdził, że samotność zabija i jest w tym równie skuteczna jak tytoń czy alkohol. Osoby zadowolone z relacji w mniejszym stopniu odczuwają ból fizyczny niż ludzie tych relacji pozbawieni. Wartościowe związki w dużym stopniu spowalniają również pogarszanie się funkcji pamięciowych i zmiany atroficzne mózgowia. George Vaillant, poprzednik Waldingera, który przez 30 lat kierował projektem, zauważył, że kiedy rozpoczynano badania, nikomu nie zależało na ocenie empatii czy więzi międzyludzkich, ale kluczem do zdrowego starzenia się są „relacje, relacje, relacje”.

Zachęcam, byśmy wypoczęci po urlopiach dostrzegli w większym stopniu znaczenie i wartość ludzi, którymi się otaczamy – w życiu osobistym, zawodowym i społecznym. Dlatego trudno pogodzić się z cytatem ze „Stu lat samotności” G.G. Márqueza, że „*Sekretem dobrej starości jest nie co innego, tylko szczery pakt z samotnością*”. W każdym razie nie powinniśmy się z tym stwierdzeniem godzić. ●

# Korporacja

ŁACIŃSKIE SŁOWO *CORPUS*, POD RÓŻNYMI POSTACIAMI OBECNE W WIELU JĘZYKACH, TO OCZYWIŚCIE PRZED E WSZYSTKIM ‘CIAŁO’. W POLSZCZYŹNIE *KORPUS* CAŁYM CIAŁEM NIE JEST, ALE JEGO NAJWIĘKSZĄ CZĘŚCIĄ, A W PRZENOŚNI (JUŻ ZRESZTĄ NIEODCZUWANĄ) MA I INNE ZNACZENIA, M.IN. WOJSKOWE I DYPLMATYCZNE (*KORPUS* *DYPLMATYCZNY*).

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Łaciński czasownik *corporare* miał znaczenie ‘ucieleśniać’, niejako ‘wcielać’, co naturalne. Znaczył jednak także ‘zabić’, co trochę trudniejsze, ale wytłumaczalne jako ‘pozbawić duszy’, a więc ‘uczynić (tylko) ciałem’. Ten czasownik miał jako dość regularny odpowiednik rzeczownikowy słowo *corporatio*, czyli ‘wcielenie’ – tak było w Wulgacie, u Eklezjasty.

Z tego rzeczownika narodziły się różnojęzyczne *corporacje*, które jednak już do biblijnego znaczenia się wcale nie odnoszą. Nasza *corporacja*, odpowiadająca w innych językach bardzo podobnym do niej słowom, oznacza w pewnym sensie ciało – jako związek różnych osób, związek owszem formalny, ale także przesiąknięty jakimś duchem. Dawne *corporacje* zawodowe, zrzeszające ludzi o tym samym zajęciu, zakładały nie tylko wspólnotę interesów, ale i wspólne cele o charakterze ogólnym, czasem wręcz ideologicznym.

Tak było też w *corporacjach* akademickich, a wielu z nas takie skojarzenie najpierw przychodzi na myśl. Wspólnoty akademickie, zrzeszające *corporantów*, charakteryzowały się związkami wynikającymi z silnego poczucia przynależności. W naszej historii, co znajdowało odbicie w literaturze, studenci korporanci zapisali się nie tylko jako członkowie zrzeszenia o charakterze nauko-

wym. Ta nazwa wywołuje u wielu ludzi starszych obraz jednolicie ubranych młodych ludzi (mężczyzn), którzy, aktywnie uczestnicząc

w życiu społecznym, posuwają się do niezbyt akceptowanych aktów przemocy (np. o charakterze antysemitkim). Wyrazistość pozaakademickich działań zaszkodziła konotacjom tego szlachetnego słowa.

Dziś o *corporantach* się nie słyszy, choć o *corporacjach* – jak najbardziej. Korporacje są tak powszechne, że mają już swój skrót – *korpo*, który zresztą jest używany również jako przedrostek w wielu innych słowach, oszczędnie charakteryzujących różne zjawiska z korporacjami związane: mamy *korpojęzyk*, *korpozwyczaj* i inne nazwy, niekoniecznie wywołujące pozytywne nastawienie. Dlaczego?

*Korporacje* – jasne, bez nich się nie da. Ale bardzo często, słysząc o *corporacjach*, zwłaszcza *wielkich* (to związek frazeologiczny, *wielkie korporacje*), myślimy o czymś nieco groźnym, co zmienia obraz współczesności i co raczej nie sprzyja rozwojowi indywidualnemu... Członków *corporacji*, także *corporantów*, zastąpili *pracownicy korporacji*, którzy jakoby wyzbywają się poczucia wolności na rzecz interesów tych ogromnych i trochę dla postronnych tajemniczych ciał, jakimi są współczesne *corporacje*. *Wielkie korporacje*.

I mam wrażenie, że gdy mówi się publicznie, do mniej przygotowanej publiczności zwłaszcza, o dzisiejszych korporacjach zrzeszających środowiska zawodowe wyższej użyteczności, np. o *corporacjach sędziowskich*, a nawet o *corporacjach lekarskich*, nieraz wykorzystuje się tę ambiwalencję ocen.

Miejmy nadzieję, że wszystko, co dobre w korporacjach, ocaleje i że ich członkowie będą z nich (i z siebie w związku z tym) dumni. ●

Bardzo często, słysząc o *corporacjach* (...), myślimy o czymś nieco groźnym, co zmienia obraz współczesności i co raczej nie sprzyja rozwojowi indywidualnemu...

# Pani płaci i pan płaci

KIEDY POLITYCY ZE WZGARDĄ OKREŚLAJĄ DZIAŁANIA SAMORZĄDU ZAWODOWEGO MIANEM OBRONY INTERESU KORPORACYJNEGO, JEST TO JASKRAWY DOWÓD, ŻE ZAPOMINAJĄ, DO CZEGO OWA KORPORACJA ZOSTAŁA POWOŁANA. A ZOSTAŁA POWOŁANA M.IN. DO WYRĘCZANIA ADMINISTRACJI PAŃSTWOWEJ W BARDZO WIELU ASPEKTACH.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**P**olitycy rzadko wspominają, że samorząd lekarski wykonuje zadania publiczne, które zgodnie z przepisami budżet państwa powinien refundować. Jak wygląda to w przypadku OIL w Warszawie?

Ponieważ państwo scedowało na samorzady kontrolowanie odpowiedzialności dyscyplinarnej, refundacji z budżetu państwa podlega działalność okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowego sądu lekarskiego. Ponadto Ministerstwo Zdrowia powinno finansować funkcjonowanie okręgowego rejestru lekarzy, a także proces przyznawania i uchylania Prawa Wykonywania Zawodu. Jednak tylko w ubiegłym roku wysokość ministerialnej refundacji była trzykrotnie niższa niż rzeczywiste koszty realizacji powierzonych zadań. Finansowanie ministerialne jest bardzo arbitralne, nie ma ustalonych stawek. To konsekwencja przepisu zawartego w rozporządzeniu ministra zdrowia: „Wartość każdego zadania jest ustalana corocznie w drodze negocjacji ministra właściwego do spraw zdrowia z okręgowymi izbami lekarskimi i z Naczelną Izbą Lekarską, po przedłożeniu Sejmowi uchwalonego przez Radę Ministrów projektu ustawy budżetowej na rok następny”.

Niestety, minister w negocjacjach jest mało elastyczny, a egzekwowanie refundacji dodatkowych kosztów – trudne, wiąże się też z długotrwałymi bataliami sądowymi.

Nieco inaczej wygląda kwestia organizacji stażu podyplomowego, choć też jest to działalność deficytowa. Różnica polega

na tym, że fundusze płyną nie z ministerstwa, lecz z urzędu marszałkowskiego. Zgodnie z przepisami marszałek przekazuje okręgowym izbom lekarskim środki finansowe, które pokrywają „koszty czynności administracyjnych niezbędnych do realizacji przez okręgową radę lekarską zadań przewidzianych w ustawie w zakresie stażu podyplomowego, przy czym wysokość tych kosztów ustala się jako ryczałt w wysokości 210 zł za każdego członka izby skierowanego do odbycia stażu podyplomowego”. Jeśli czytelnik zastanawia się, czy to dużo, czy mało, odpowiedź na to pytanie kryje się w wyjaśnieniu, że stawka nie wzrosła od niemal 20 lat, mimo kilkakrotnych zmian rozporządzenia. Ostatnia miała miejsce w... lutym 2023.

Z tymi samymi problemami borykają się wszystkie izby lekarskie, a kłopotów może być jeszcze więcej. Pod znakiem zapytania stoi finansowanie działających przy izbach lekarskich komisji bioetycznych w związku z wejściem w życie przepisów dotyczących Naczelnej Komisji Bioetycznej i dość kuriozalnych zasad podziału wpływów z opłat za opinie: 60 proc. przeznaczona jest na wynagrodzenia członków zespołu opiniującego, 35 proc. na koszty działalności Naczelnej Komisji Bioetycznej, 3 proc. na wynagrodzenie przewodniczącego NKB, a 2 proc. na wynagrodzenie jego zastępcy.

Wszystkie wnioski o wydanie opinii mają teraz wpływać do NKB, ale przewodniczący może je przekazać innej komisji bioetycznej, np. właśnie przy izbie lekarskiej. Co



z tego, skoro reguły podziału opłaty są takie same. W związku z tym z każdej opłaty 40 proc. wydaje się na utrzymanie NKB. Dlatego Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wystosowała apel do ministra zdrowia o nowelizację przepisów, w którym czytamy:

*„W aktualnym brzmieniu przepisy art. 17 ust. 4 oraz ust. 5 przywołanej ustawy dokonują tożsamego podziału środków płynących z wpłat za opiniowanie – niezależnie od tego, czy opiniowanie prowadzi Naczelna Komisja Bioetyczna, czy też komisja bioetyczna, o której mowa w art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy. 35 proc. kwoty zasila konto Naczelnej Komisji Bioetycznej, a 5 proc. przeznaczają się na wynagrodzenia przewodniczącego NKB oraz jego zastępcy. Z punktu widzenia końcowego odbiorcy przytoczonych przepisów opisany podział środków wydaje się stanowić mylne powielenie brzmienia art. 17 ust. 4 i ust. 5 ustawy.*

*Utrzymanie tych przepisów stawia pod znakiem zapytania płynność dalszego funkcjonowania komisji bioetycznych, a tym samym czas opiniowania złożonych wniosków i terminowość realizacji projektów przez badaczy. W naszej opinii podział kosztów powinien być pozostawiony do dyspozycji niezależnych komisji i ich organów powołujących”.*

Warto wspomnieć, że przepisy dotyczące podziału wpływów z opłat nie były poddane konsultacjom publicznym. Zostały bowiem wprowadzone do projektu ustawy na późniejszym

etapie procesu legislacyjnego. W pracach parlamentarnych natomiast, na etapie rozpatrywania projektu ustawy przez Senat, pojawiła się poprawka, zmieniająca regułę zawartą w art. 17, o brzmieniu: „w art. 17 w ust. 5 w pkt 2 wyrazy »Naczelnej Komisji Bioetycznej« zastępuje się wyrazami »tej komisji bioetycznej«”.

Ta poprawka ratowałaby sytuację. Została jednak odrzucona przez większość sejmową bez dyskusji.

Izby lekarskie mogłyby oczywiście stanąć okoniem. Nie podpisywać umów z MZ. Obsługę stażu podyplomowego realizować wyłącznie za pieniądze przekazane przez urząd marszałkowski. To oznaczałoby jednak drastyczne obniżenie efektywności, terminowości i jakości wykonywanych zadań. Jak wygląda ich realizacja wyłącznie ze środków budżetowych, przekonają się pewnie wkrótce przedstawiciele nowych zawodów medycznych, które samorządów nie będą miały. W efekcie lekarze za wyręczenie państwa przez samorząd płacą z własnej kieszeni w składkach.

Nie robiliby tego, gdyby kierował nimi (jak twierdzą politycy) egoistyczny interes, nazywany korporacyjnym. Ten „korporacyjny interes” polega w rzeczywistości na dbałości o jakość realizacji zadań publicznych. I dlatego lekarze są przedstawicielami zawodu zaufania publicznego w przeciwieństwie do polityków, którym ufa mało kto. Politycy do swoich zadań publicznych nie dokładają z własnej kieszeni. ●



# IZBA BLIŻEJ LEKARZY

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza zrzesza **34 690** lekarzy i lekarzy dentystów. Od 1989 r. promujemy najwyższe standardy w praktyce medycznej oraz zapewniamy wsparcie członkom naszej izby. Organizujemy szkolenia, chronimy i integrujemy środowisko lekarskie. Dbamy o bezpieczeństwo i wysoki poziom usług medycznych, walczymy o najwyższą jakość ochrony zdrowia w Polsce zarówno w interesie lekarzy, jak i pacjentów.

oprac. **OLGA RASIŃSKA, ELŻBIETA TRYBUS**



**1**

## OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Pierwsza tego typu jednostka w Polsce  
Rejestruje szkolenia, kursy, konferencje  
– łącznie **1400 rocznie**, we wszystkich dziedzinach medycyny  
Zapewnia rozwój zawodowy i punkty edukacyjne

### **Nowość!** PROGRAM REFUNDACJI

Lekarze, którzy zdobyli 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym (lub 100 punktów edukacyjnych w czasie epidemii COVID-19), mogą uzyskać dodatkowy benefit – refundację szkoleń i materiałów edukacyjnych. Łączny budżet programu refundacji w 2023 r. to **1 mln zł!**

**2**

## UBEZPIECZENIE OC W RAMACH SKŁADKI

Obowiązkowe ubezpieczenie w składce i preferencyjne warunki dobrowolnego OC dla lekarzy i lekarzy dentyków

**3**

## DOFINANSOWANIE

Pomoc materialna dla lekarzy i lekarzy dentyków członków OIL w Warszawie, z której od 2019 r. **skorzystało już 3268 osób** – stypendia, refundacja szkoleń i materiałów edukacyjnych, dofinansowanie imprez sportowych i kulturalnych

**Sprawdź i skorzystaj!**

**4**

## POMOC PSYCHOLOGICZNA

Profesjonalne wsparcie mentalne dla lekarzy i kontakt z psychoterapeutami zapewnia pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków OIL w Warszawie

**5**

## OCHRONA ZAWODU

Interwencje rzecznika praw lekarza i **ponad 1000 porad rocznie**

**6**

## „PRAWNIK DLA LEKARZA”

Szybka i nieodpłatna pomoc prawna – **1725 spraw w 2022 r.**

**7**

## WSPARCIE LEKARZY SENIORÓW

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”, warsztaty artystyczne, wycieczki, integracja

# Po stronie lekarza

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE WSPIERA LEKARZY  
NA WIELU POLACH. PRZEDE WSZYSTKIM  
ZAPEWNIĄ POMOC PRAWNĄ,  
SPRAWDŹMY, JAKIE KORZYŚCI  
W TYM ZAKRESIE DAJE LEKARZOM  
I LEKARZOM DENTYSTOM  
CZŁONKOSTWO W OIL W WARSZAWIE.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## RZECZNIK PRAW LEKARZA

Jego zadaniem jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza i zbiorowych interesów tej grupy zawodowej. W uzasadnionych przypadkach rzecznik praw lekarza podejmuje interwencje w sprawie poszczególnych lekarzy, przede wszystkim w sytuacji, gdy naruszenie ich praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska.

Funkcję rzecznika praw lekarza w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie pełni Monika Potocka. W 2022 r. założyła 140 nowe sprawy, podjęła 1600 czynności oraz uczestniczyła w 14 postępowaniach sądowych. Dla porównania: na półmetku 2023 r. Biuro Rzecznika Praw Lekarza założyło już 170 nowych spraw, podjęto 1689 czynności. Rzecznik uczestniczyła także w dziewięciu sprawach sądowych.

Oto najważniejsze zagadnienia, którymi zajmowała się rzecznik praw lekarza w 2022 r.:

- ✓ Walka z obrażaniem i hejtem w Internecie (RPL składała liczne zawiadomienia o usunięcie wpisu i wezwania przedsądowe oraz brała udział w postępowaniach sądowych).
- ✓ Sprawy pracownicze (RPL angażowała się w kontrolę podmiotów leczniczych w zakresie równego traktowania, w kwestiach mobbingu, niewypełniania świadczeń finansowych).

RPL reprezentowała interesy lekarzy i lekarzy dentystów przed następującymi organami: sądami powszechnymi, prokuraturą, Narodowym Funduszem Zdrowia, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, rzecznikiem praw pacjenta, Okręgowym Inspektoratem Pracy, Ministerstwem Zdrowia, rzecznikiem praw obywatelskich, urzędem wojewódzkim, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Centrum e-Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, starostwami powiatowymi oraz przed licznymi podmiotami leczniczymi na terenie województwa mazowieckiego.

## JAK UZYSKAĆ POMOC RZECZNIKA PRAW LEKARZA

Od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00 RPL pełni dyżur w poniedziałki od 10.00 do 14.00 i czwartki od 10.00 do 16.00.

- RPL – tel. 512 331 230,
- Dział prawny Biura RPL – tel. 691 224 246,
- Biuro RPL – tel. 22 54 28 328.
- E-mail: [rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl](mailto:rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl).

## „PRAWNIK DLA LEKARZA”

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie mogą skorzystać również z programu „Prawnik dla lekarza”, który służy uzyskaniu szybkiej, nieodpłatnej pomocy prawnej. Program realizuje Kancelaria Adwokacko-Radcowska „Podsiadły-Gęsikowska, Powierża” Sp.p.

Kancelaria zapewnia:

- ✓ wsparcie prawne w zakresie spraw karnych, o ochronę dóbr osobistych, dotyczących roszczeń deliktowych, obrony przed roszczeniami, dochodzenia roszczeń, prawa pracy, medycznego, ubezpieczeń społecznych, prawa cywilnego i innych postępowań związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty, z wyłączeniem prawa podatkowego,
- ✓ kompleksową obsługę prawną – zależnie od potrzeb będzie to: porada ustna, spotkanie z prawnikiem, przygotowanie opinii prawnej i potrzebnych dokumentów,
- ✓ całościowe wsparcie lekarzy i lekarzy dentystów – do momentu, kiedy potrzebują już *stricte* indywidualnego prowadzenia sprawy, np. w momencie wejścia na drogę sądową. W 2022 r. wpłynęło do kancelarii od członków OIL w Warszawie 1725 próśb o poradę i każda została spełniona.

## JAK UZYSKAĆ POMOC PRAWNĄ

Jeśli jesteś członkiem OIL w Warszawie, przygotuj swój nr PWZ.

Pomoc prawnika w siedzibie OIL w Warszawie uzyskasz: w poniedziałki w godz. 10.00–18.00 i od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

- osobiście (ul. Puławska 18, wejście C),
- przez kontaktowy adres e-mail: [prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl](mailto:prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl),
- przez telefon – obsługa telefoniczna w godzinach pracy prawników: 728 988 518. ●

# Bajka

ZA SIĘDMIOMA SZPITALAMI I SIĘDMIOMA PRZYCHODNIAMI BYŁO SOBIE PAŃSTWO NAD RZEKĄ. RZĄDZIŁ W NIM MĄDRY KRÓL, KTÓRY TRAKTOWAŁ PODWŁADNYCH Z SZACUNKIEM, POWAGĄ I SPRAWIEDLIWIE, ZA CO WSZYSCY GO PODZIWIALI.

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



Fot. A. Boguski

**K**ról bardzo cenił zdanie swoich obywateli, wierzył w nich i słuchał ich głosu. Pozwalał, aby krawcy, stolarze, dekarze, kowale powoływali swoje cechy i ustanawiali obowiązujące w nich zasady, a także decydowali o tym, kto do cechu może należeć, a komu trzeba podziękować za współpracę i jego licencję rzemieślniczą utopić w rzece. Bo kto – jeśli nie krawiec – wie, jak wykonać szew delikatny, a zarazem mocny, idealnie pasujący do dworskich szat? Kto lepiej niż stolarz umie wybrać drewno na stół do królewskiej jadalni? Komu powierzyć naprawę pałacowego dachu, jeśli nie dekarzowi? Król ufał, że tylko przedstawiciele poszczególnych grup potrafią zapewnić mu najlepsze usługi, a swoich rzemieślników utrzymać w ryzach.

Oczywiście, nie zawsze się to udawało, wewnątrz cechów zdarzały się bijatyki i niejeden stolarz albo dekarz lądował na taczce pchanej za miasto rękami jego własnych kolegów. Szczególnie gwałtowne starcia miały miejsce podczas dyskusji o finansowaniu cechu, kiedy wewnętrzne opłaty powodowały lawinę udarów i zawałów wśród towarzyszy po fachu. Swoją drogą, o zawał czy udar nie trzeba było się specjalnie starać, bo dieta roślinna i ruch nawet w cechu cyrulików nie były przesadnie modne.

Niemniej jednak król pozwalał, aby poszczególne zawody same stanowiły o sobie, sprzeczały się we własnym gronie, godziły i rozkwitały, bo potrafił dostrzec w tym ich mądrość i z niej czerpać. Wiedział też, że choć jego marszałkowie są rzutkimi ludźmi, namiętności polityczne i personalne niuanse mogłyby uniemożliwić im zarządzanie poszczególnymi cechami tak dobrze, jak zrobią to sami fachowcy. Zdarzało się nawet, że któryś marszałek (niebędący nawet członkiem danego cechu) miał ochotę porządzić stolarzami lub dekarzami, bo nie podobało mu się, że mają swoje przywileje.

Jednak mądry król szybko tłumil takie zapędy. – *Let them be...* – mówił z ojcowską czułością. Nawet jeśli nie wszyscy byli z tego zadowoleni.

Pewnego dnia król upadł i przestał oddychać. Czy to był przypadek, czy efekt czyjejś inicjatywy, trudno powiedzieć. Król miał BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> i czasem narzekał na „*stonia siedzącego na piersi*”. Tak czy inaczej, marszałkowie wobec niespodziewanego bezkrólewia podjęli natychmiastowe działania. Rozwiązali większość cechów. Marszałek, który całe życie badał ważki i pasikoniki, zajął się cechem dekarzy. Pan, który kolekcjonował podkowy, wziął się za kowali. Człowiek, który od lat nie znosił stolarzy, bo kiedyś zepsuli mu stół, z pasją godną wszystkich pozostałych spraw królestwa zabrał się za cech stolarzy.

Niektóre cechy jednak przetrwały – te solidarne, gotowe do wspólnej walki o własne interesy. Zawody, które mimo wewnętrznych tarć i napięć, potrafiły zjednoczyć się w obliczu wszechogarniającego chaosu i wojsk stojących już u bram. Wszyscy rozumieli, o co toczy się bitwa. Walczyli o samostanowienie o sobie i kierownictwo w małych, niedoskonałych zawodowych cechach.

\*\*\*

Trudno się rządzi w samorządzie. Ilu członków, tyle opinii, potrzeb i interesów. Ale jeśli lekarzom samorządowcom, którzy znają swoją profesję, sprawia to problem, o ile trudniej byłoby ministrom targanym politycznymi wichrami. A bez izb lekarskich taka byłaby alternatywna rzeczywistość. Jeśli lekarze nie chcą lub nie potrafią kierować swoją grupą zawodową, prędzej czy później zaczną nią rządzić inni. A wolność naszego zawodu będzie można włożyć między bajki. ●



Fot. R. Klimkowska

# „Mazowieckie” po raz siódmy

PRAWIE PÓŁ TYSIĄCA OSÓB WZIĘŁO UDZIAŁ W VII MAZOWIECKICH SPOTKANIACH STOMATOLOGICZNYCH. NAJWIĘKSZA W POLSCE KONFERENCJA NAUKOWA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO ZACZĘŁA SIĘ W PIĄTEK 16 CZERWCA I TRWAŁA DO NIEDZIELI.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fotografie: OIL w Warszawie

**K**ilkudziesięciu wykładowców z całej Polski, konsultanci wojewódzcy i krajowi, prezesi towarzystw naukowych, zarówno wśród prelegentów, jak i słuchaczy oraz wystawcy – przedstawiciele największych firm z branży stomatologicznej – oto obraz VII Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.

– *MSS są dzieckiem Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, której członkowie w ramach działalności samorządowej robią wszystko, by wykonywanie trudnego zawodu stomatologa nieco ułatwić* – mówił podczas otwarcia konferencji wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Dariusz Paluszek.

Prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak zapewniał w swoim wystąpieniu, że „Mazowieckie” są flagowym przedsięwzięciem naszej izby. – *Nie zapominajmy, że współorganizatorem jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. Uważam, że konferencja stanowi wzór współpracy samorządu ze środowiskiem akademickim* – podkreślał.

MSS umożliwiają uzyskanie 25 pkt edukacyjnych, ale ich ranga znacznie wykracza poza wąsko rozumiane doskonalenie zawodowe. Są okazją do przedyskutowania wielu palących zagadnień z zakresu organizacji systemu opieki stomatologicznej i kwestii dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej oraz współpracy z innymi grupami zawodowymi. W rozmowie z miesięcznikiem „Puls” Dariusz Paluszek, odnosząc się do powstających właśnie regulacji prawnych powołujących do życia nowe zawody medyczne (w tym trzy związane bardzo ściśle z opieką dentystyczną), twierdził m.in., że to nieuchronna konsekwencja zmian paradygmatu zawodu lekarza dentysty. Staje się on zdaniem wiceprezesa bardziej zespołowy.



Prof. Olczak-Kowalczyk natomiast zaznaczyła, że choć finansowanie stomatologii z NFZ jest mizerne, akurat w jej dziedzinie – stomatologii dziecięcej, fundusze na zabiegi są. Niestety, pacjenci nie wykorzystują możliwości, jakie daje państwowa opieka stomatologiczna, co wynika z niewiedzy rodziców, a nawet części lekarzy. – *W XXI w. dzieci nie powinny trafiać do gabinetów stomatologicznych z ropniami, przetokami wymagającym ekstrakcji, a nieraz hospitalizacji* – przekonywała.

Warto dodać, że podczas konferencji odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, a do Serocka przybył także prezes NRL Łukasz Jankowski.

Wśród wykładowców znaleźli się m.in.: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM i konsultantka krajowa w dziedzinie stomatologii; prof. Agnieszka Mielczarek, prodziekan ds. kształcenia WLS WUM i konsultantka krajowa w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją; dr hab. n. med. Mariusz Szuta, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej; prof. Beata Kawala, konsultantka krajowa w dziedzinie ortodoncji; prof. Kazimierz Szopiński, kierownik Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej WUM; prof. Jerzy Sokołowski, łódzki konsultant wojewódzki w dziedzinie protetyki stomatologicznej; prof. Andrzej Wojtowicz, kierownik Zakładu Chirurgii Stomatologicznej WUM; prof. Mariusz Lipski, prodziekan Wydziału Medycyny i Stomatologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego; dr hab. n. med. Ewa Czochrowska, prezes Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego.

Podczas konferencji wręczona została statuetka Grand Prix wystawców, którą w drodze głosowania przyznano firmie Arkona.

Organizatorami VII MSS byli: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny WUM oraz CERMED Centrum Rozwoju Medycyny. ●



# Kobiece oblicze medycyny

W CZERWCU ZA POŚREDNICTWEM STRONY INTERNETOWEJ OIL W WARSZAWIE ROZPOCZĘŁY SIĘ ZAPISY NA PAŹDZIERNIKOWY II KONGRES MATEK LEKAREK POŚWIĘCONY SPRAWOM KOBIET. W OGÓLNOPOLSKIM PRZEDSIĘWZIĘCIU, ORGANIZOWANYM PRZEZ OIL W WARSZAWIE Z INICJATYWY ZESPOŁU DS. MATEK LEKAREK, WEŹMIE UDZIAŁ M.IN. PROF. **AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS**, KONSULTANTKA KRAJOWA W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ. O SWOJEJ PLANOWANEJ OBECNOŚCI NA SPOTKANIU MÓWIŁA W WYWIADZIE DLA „PULSU”.

rozmawiał **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**Co panią zachęciło do udziału w Kongresie Matek Lekarek?**

**P**olska medycyna ma kobiecą twarz. Większość osób pracujących w systemie ochrony zdrowia stanowią kobiety, wśród nich bardzo wiele jest matkami. Facebookowa grupa matek lekarek, która powstała kilka lat temu [jej rozwinięciem jest działalność Zespołu ds. Matek Lekarek ORL w Warszawie – red.], ukształtowała bardzo silną społeczność oferującą kobietom wsparcie w wielu dziedzinach życia. Uważam, że spotkanie się w imię tej idei na kongresie jest bardzo cenną inicjatywą, pozwala na przyjęcie innej formu-

ły i płaszczyzny wymiany poglądów niż interakcja w mediach społecznościowych. Na kongresie można się poznać od innej strony niż w Internecie i zobaczyć na własne oczy osoby, z którymi się dyskutuje, znając je tylko ze zdjęć profilowego.

**Uczestniczki kongresu chcą rozmawiać również o medycznym szklanym suficie ograniczającym awanse kobiet. Czy pani zdaniem to realny problem?**

Szklany sufit na pewno istnieje, ale nie wszędzie. Ja zajmuję się medycyną rodzinną i myślę, że w mojej dziedzinie

go nie ma. Stanowi natomiast problem w medycynie klinicznej. Poza tym trzeba jeszcze spojrzeć na to zjawisko szerzej i jasno powiedzieć, że kobietom z reguły trudniej niż mężczyznom realizować się zawodowo. Moglibyśmy porównać tę relację do sytuacji dwóch himalaistów, równie dobrze przygotowanych kondycyjnie i sprzętowo, z których jeden wspina się na szczyt ze znacznie cięższym plecakiem.

Kobiet w życiu publicznym jest coraz więcej, aczkolwiek – w moim odczuciu – ciągle za mało na najwyższych stanowiskach. Trzymam kciuki, by już w najbliższych latach to się zmieniło. ●

**II Ogólnopolski Kongres  
Matek Lekarek**

**20–22 października 2023  
Z-Hotel w Otwocku**

**OKRĘGOWA  
IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza**

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

MATKI LEKARKI

# Współpraca z CMKP

PIOTR PAWLISZAK, PREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE, I PROF. RYSZARD GELLERT, DYREKTOR CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO, 14 CZERWCA PODPISALI POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY. MA ONA DOTYCZYĆ SZKOLENIA KADR MEDYCZNYCH ORAZ PODNOSZENIA JAKOŚCI SZKOLENIA PODYPLOMOWEGO W POLSCE.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**W**spółpraca badawczo-rozwojowa z CMKP jest naturalnym krokiem dla samorządu lekarzy. Chcemy mieć dostęp do jak najszerszego spektrum wiedzy, danych ilościowych i jakościowych o warunkach wykonywania zawodu (także dotyczących konkretnie kształcenia specjalizacyjnego), by jak najlepiej kierunkować nasze wspólne działania na rzecz poprawy owych warunków i wypracowywania właściwych standardów. Jednocześnie jednym z podstawowych zadań, a także oczekiwań lekarzy wobec samorządu, jest zapewnienie wysokiej jakości doskonalenia zawodowego. Jestem przekonany, że CMKP będzie idealnym partnerem w przypadku projektów edukacyjnych – powiedział Piotr Pawliszak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.



Fot. OIL w Warszawie

## UMOWA OBEJMUJE M.IN.:

» organizowanie i przeprowadzanie wspólnych badań ankietowych wśród lekarzy (szczególnie lekarzy rezydentów) w zakresie szkolenia specjalizacyjnego i miejsc jego realizowania,

» możliwość prowadzenia przez ekspertów stron porozumienia konsultacji i wykładów z zakresu ustawowych zadań samorządu lekarskiego, przede wszystkim odpowiedzialności zawodowej, oraz wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej z wykorzystaniem infrastruktury CMKP,

» współorganizowanie konferencji w ramach ustawicznego szkolenia podyplomowego lekarzy/lekarzy dentyków oraz edukacji w tym zakresie,

» możliwość nieodpłatnego udziału (np. w formie stoisk) ekspertów stron porozumienia lub reprezentantów ich organów podczas konferencji CMKP i OIL w Warszawie,

» wymianę danych statystycznych dotyczących liczby lekarzy specjalistów lub będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny,

» wymianę informacji dotyczących problemów z realizacją szkoleń specjalizacyjnych,

» wspólne określanie kierunków i organizowanie badań naukowych oraz prac rozwojowych związanych z warunkami wykonywania zawodu lekarza, realizacją programów szkolenia specjalizacyjnego i funkcjonowaniem lekarzy w społeczeństwie.

– W tym roku przypada 70-lecie kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce. Zależy nam na ciągłym podnoszeniu jakości tego kształcenia, dlatego chcemy, we współpracy z Okręgową Radą Lekarską, wzbogacić ofertę kursów realizowanych w ramach szkoleń specjalizacyjnych – podkreślił prof. Ryszard Gellert. – Teraz w Polsce szkoli się 27 tys. specjalizantów. CMKP odpowiada za akredytowanie, a później monitorowanie jakości kształcenia w placówkach szkolących specjalistów. Bardzo dbamy o to, by szkolące jednostki utrzymywały najwyższy poziom. ●

AI, VR  
i cyfryzacja  
wprowadzają  
model  
edukacji  
w czasie  
rzeczywistym





## ROZWÓJ WIRTUALNEJ I ROZSZERZONEJ RZECZYWISTOŚCI ORAZ SZTUCZNEJ INTELIGENCJI WPŁYWA NA SPOSÓB ZDOBYWANIA WIEDZY PRZEZ LEKARZY. DOSKONALENIE ZAWODOWE REALIZOWANE BĘDZIE CORAZ CZĘŚCIEJ W MIEJSCU OPIEKI NAD PACJENTEM, A CORAZ RZADZIEJ PODCZAS KONFERENCJI I SZKOLEŃ.

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

Jednym z wyzwań systemów ochrony zdrowia jest likwidacja przepaści między tempem rozwoju wiedzy medycznej a prędkością wprowadzania nowości do codziennej praktyki lekarskiej.

Co roku wydaje się tysiące publikacji (według biblioteki PubMed w 2022 r. – ponad 131 tys.) w 379 czasopismach naukowych z dziedziny medycyny. Część jest uwzględniana w kształceniu w postaci wytycznych towarzystw naukowych, o których lekarze dowiadują się z literatury fachowej oraz podczas szkoleń.

Taki transfer wiedzy od źródła (czyli badań naukowych) do adresata (lekarza) trwa czasami miesiącami. Poza tym lekarz nie ma czasu na śledzenie wszystkich opracowań naukowych i informacji, które mogłyby pomóc w diagnozie lub leczeniu bardziej skomplikowanych przypadków. Żaden człowiek nie posiada też takich zdolności kognitywnych, aby nową wiedzę zapamiętać i stosować podczas intensywnego dnia pracy, kiedy decyzje trzeba podejmować szybko i w stresie.

W efekcie medycyna opiera się dziś często na nieaktualnych i niepełnych faktach, a korzystanie z wiedzy o postępach w tej dziedzinie nie jest możliwe w takim samym stopniu dla wszystkich (ośrodki akademickie są w innej sytuacji niż np. małe praktyki lekarskie na terenach wiejskich). Tę niedoskonałość systemu wyeliminuje cyfryzacja i nowe technologie, które już dzisiaj pokazują, w jakim kierunku zmierza edukacja medyczna.

### SYSTEM WSPOMAGANIA DECYZJI KLINICZNYCH

Clinical Decision Support System (system wspomaganie decyzji klinicznych), stosowany na razie w dużych ośrodkach medycznych, głównie ze względu na cenę, pozwala na wyszukiwanie nowych wytycznych naukowych

dla określonych jednostek chorobowych. Przykładowo: roczna licencja CDSS UpToDate dla indywidualnej praktyki lekarskiej kosztuje w Polsce 449 dol.

Informacje trafiające do lekarzy dzięki systemowi są opracowywane przez redaktorów naukowych, którzy wybierają najistotniejsze doniesienia i streszczają je w łatwy do przyswojenia sposób. Zaletą CDSS jest oferowanie aktualnej bazy wiedzy z przejrzystymi streszczeniami, wadą – czas potrzebny na wyszukiwanie danych oraz duże koszty (firmy, które opracowują owe dane, zatrudniają liczne zespoły redaktorów i specjalistów w wybranych dziedzinach). W skrócie – to „tłumacz” informacji i długich prac naukowych na łatwą do przyswojenia wiedzę.

Dzięki niemu lekarz po wpisaniu kodu jednostki chorobowej otrzymuje przegląd przejrzyste podanych nowych informacji.

### SZTUCZNA INTELIGENCJA I DUŻE MODELE JĘZYKOWE

ChatGPT na pewno wpłynie na sposób pracy w wielu branżach, także w ochronie zdrowia. Generatywna AI, czyli rodzaj sztucznej inteligencji, na której oparty jest ChatGPT i inne podobne systemy, łatwo komunikuje się z człowiekiem. Teoretycznie już dziś można zapytać system o objawy chorób albo wytyczne naukowe. Jednak odpowiedzi mogą być błędne (w wyniku tzw. efektu halucynacji AI) lub niepełne, bo ChatGPT korzysta z danych dostępnych do września 2021 r. Dlatego jego zastosowanie w medycynie jest zbyt ryzykowne.

Mogą to zmienić medyczne modele językowe, takie jak Med-PaLM 2 stworzony przez Google. Opiera się on na danych medycznych i dlatego może pomóc w zdobywaniu nowej wiedzy na zasadzie czatu z AI. To jednak dopiero przyszłość, bo na razie Google udostępnił system do testów ograniczonej liczbie

placówek z USA korzystających z chmury danych. Ale ze względu na szybkość rozwoju sztucznej inteligencji można przypuszczać, że w niedalekiej przyszłości lekarz będzie mógł pytać AI o najnowsze wytyczne, z uwzględnieniem danych zgromadzonych w EDM. Warto wspomnieć, że Med-PaLM 2 to ten system, który zdał w USA egzamin lekarski, odpowiadając poprawnie na 85 proc. pytań.

Jednak już dziś można korzystać z systemów AI, które streszczają opracowania naukowe albo syntetyzują wnioski z nich. Jest ich coraz więcej, niektóre – np. AskPaper.Ai – dostępne są za darmo w modelu open source.

## WIRTUALNA (VR)/ROZSZERZONA (AR) RZECZYWISTOŚĆ

VR i AR to technologie, które oferują zupełnie nowe metody edukacji medycznej. Za ich pomocą można nowoczesnie uczyć studentów medycyny i szkolić lekarzy. Cyfrowe awatary coraz częściej są stosowane zamiast manekinów, a zasady opieki nad pacjentem studenci poznają podczas ćwiczeń z modelami 3D.

Istnieją systemy symulujące pracę z trudnymi pacjentami albo przeprowadzanie wysoce skomplikowanych zabiegów. VR z coraz większą precyzją odwzorowuje realne warunki na sali operacyjnej albo w gabinecie lekarskim. Po założeniu gogli 3D lekarz widzi pacjenta oczami awatara, a każda czynność powoduje reakcję, np. w postaci zmieniających się parametrów funkcjonowania organizmu chorego. Osoba szkoląca się musi odpowiednio reagować, gdy np. podczas operacji następuje krwotok albo inna komplikacja. Systemy VR są responsywne, a to oznacza, że każda czynność prowadzi do konsekwencji, jakie wystąpiłyby w warunkach rzeczywistych. Na szczęście to tylko program – szkolenie prowadzone jest w środowisku, w którym można bez stresu popełniać błędy.

Systemy VR sprawdzają się też w edukacji studentów. Lekarz dyżurny zakłada okulary wyposażone w kamerę, a studenci widzą pacjenta, słyszą lekarza, a nawet mogą wchodzić z nim w interakcje. W dodatku pozostają na uczelni, nie tłoczą się przy łóżku chorego, co jest niekomfortowe dla obydwu stron. Tego typu systemy sprawdziły się podczas pandemii koronawirusa i mają duży potencjał w edukacji.

Jeszcze innym ich zastosowaniem są operacje, podczas których lekarze mogą otrzymywać wskazówki od specjalistów, przebywających w miejscach oddalonych o tysiące kilometrów, i w ten sposób uczyć się realizacji nowych procedur.

VR weszła do edukacji medycznej wraz z rozwojem takich technologii jak okulary HoloLens (Microsoft) i może jeszcze bardziej się przydać, gdy pod koniec tego roku na rynek wejdą okulary VR firmy Apple, czyli Vision Pro. Producent zapowiada, że zapewnią nową jakość pracy w wirtualnym świecie.

## CYFRYZACJA, KONSYLIA, SIECI REFERENCYJNE

Doskonalenie zawodowe zmienia się wraz z cyfryzacją. Wiedza, do tej pory aktualizowana od czasu do czasu na kongresach lub w wyniku publikacji nowych wytycznych towarzystw naukowych, jest teraz zdobywana podczas pracy z pacjentem, często bezpośrednio od kolegów pracujących w ośrodkach referencyjnych i mających ogromne doświadczenie.



Przykładem tego trendu są e-konsylia, niedawno uruchomiony przez Ministerstwo Zdrowia pilotaż elektronicznej platformy umożliwiającej lekarzom prowadzenie zdalnych konsultacji dotyczących leczenia pacjentów z chorobami kardiologicznymi i onkologicznymi. Nie byłoby to możliwe bez digitalizacji dokumentacji medycznej.

Z kolei projekt Europejskich Sieci Referencyjnych (European Reference Networks) pozwala centrom medycznym konsultować ze sobą skomplikowane przypadki chorób rzadkich. Obecnie ERN to sieć 64 podmiotów z 24 krajów Unii Europejskiej. Krytycy rozwiązania zwracają jednak uwagę, że to jedynie częściowa demokratyzacja dostępu do wiedzy dla lekarzy, bo w skład sieci wchodzi tylko ośrodki akademickie.

## SYMULACJE NA CYFROWYCH BLIŹNIAKACH

Jedną z metod zdobywania doświadczenia i poszerzenia horyzontów zawodowych jest eksperymentowanie. W medycynie

nie do zastosowania, bo lekarz nie może sobie pozwolić na testowanie różnych hipotez czy sposobów leczenia na pacjencie.

Niewykluczone, że to się zmieni, gdyż naukowcy podjęli próby wykorzystywania awatarów pacjentów do testowania np. skuteczności leków, planowania operacji i różnych terapii. Cyfrowy bliźniak to komputerowy model pacjenta stworzony na podstawie jego danych m.in. z elektronicznej

**Wiedza ogólna będzie drogowskazem pozwalającym biegle posługiwać się narzędziami AI – nadal niezbędną, bo za celność diagnozy i skuteczność terapii odpowiedzialny jest lekarz.**



Fot. licencja OIL w Warszawie

dokumentacji medycznej. Na takim zbiorze danych można bezpiecznie prowadzić symulacje terapii. Dopiero lek lub procedura medyczna o największej skuteczności sprawdzona na modelu, po weryfikacji przez lekarza, jest stosowana u pacjenta. Przy takim podejściu każdy lekarz i pielęgniarka stają się naukowcami testującymi różne rozwiązania. Jeśli wyniki byłyby udostępniane w ramach bezpiecznej infrastruktury danych, można byłoby mówić o doskonaleniu praktyk klinicznych w modelu danych rzeczywistych, a nie tylko badań klinicznych.

## KONGRESY W METAVERSE

Systemy sztucznej inteligencji pozwalają zdobywać wiedzę „na żądanie”, aby decyzje były podejmowane zawsze na podstawie najbardziej aktualnych informacji, skrupulatnie wyselekcjonowanych i skonfrontowanych z danymi pacjenta.

Jednak w edukacji medycznej – tak samo jak w każdej innej sferze – równie ważne jak zdobywanie nowych informacji jest dzielenie się doświadczeniem. A to chętnie robimy w bezpośredniej interakcji z innymi specjalistami podczas konferencji.

W okresie pandemii COVID-19 wiele takich spotkań realizowano wirtualnie, zapewniając szeroką dostępność wiedzy i eliminując konieczność podróżowania.

Obecnie standardem jest formuła hybrydowa, łącząca spotkania osobiste z transmisją online. Duże firmy technologiczne, takie jak Meta (dawny Facebook), obiecują, że wkrótce będziemy korzystać z metaverse.

W trójwymiarowym świecie będziemy

spotykać kolegów z pracy – a właściwie ich awatary – i rozmawiać z nimi. Na razie to tylko obietnica, bo to, co oferuje metaverse, jest dalekie od spotkań na żywo. Pierwszy krok w kierunku konferencji wirtualnych został już jednak wykonany – od czasu pandemii zastępowanie osobistych spotkań ich wirtualnymi formami jest normą.

## KLINICZNE SYSTEMY FEEDBACKU W CZASIE RZECZYWISTYM

Sztuczna inteligencja pomaga radiologom analizować zdjęcia medyczne, ostrzega lekarzy o pogorszeniu się stanu pacjenta (alerty), prognozuje jego zmiany i np. ryzyko wystąpienia sepsy, koryguje ruchy chirurga podczas operacji z wykorzystaniem robotów. Służy jako dodatkowa para oczu, pomaga szukać korelacji w dużych zbiorach danych. Informuje lekarza w pętli zwrotnej o efektach jego decyzji lub je weryfikuje, pełni rolę edukacyjną. Lekarz i technologie już dzisiaj uczą się od siebie, doskonalą wzajemnie swoje umiejętności. Współpraca człowieka z AI daje największe szanse na to, aby leczenie każdego pacjenta było celowane i zgodne z najbardziej aktualną wiedzą medyczną.

Wraz z indywidualizacją leczenia zmienia się też sposób zdobywania przez lekarzy nowych informacji. Muszą być one dostosowane do każdego przypadku klinicznego, porównane z najnowszymi publikacjami naukowymi i z dokumentacją medyczną pacjenta. Wiedza ogólna będzie drogowskazem pozwalającym biegle posługiwać się narzędziami AI – nadal niezbędna, bo za celność diagnozy i skuteczność terapii odpowiedzialny jest lekarz.

Dzięki nowym technologiom w edukacji studenci medycyny odbędą swój pierwszy dyżur bez stresu, bo w wirtualnym szpitalu, lekarze będą na bieżąco z postęпами nauki, a nawet z odkryciami, które zostały ogłoszone przed kilkoma sekundami, a chirurdzy uczący się nowych technik zabiegowych skonsultują swoje decyzje ze specjalistami z ośrodków referencyjnych nawet podczas operacji. Edukacja w takim systemie ochrony zdrowia będzie płynnie wkomponowana w nowy ekosystem pracy i podejmowania decyzji. ●



# E-konsylium w praktyce

INSTYTUT CHORÓB SERCA UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU WE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUTEM ŁĄCZNOŚCI – PAŃSTWOWYM INSTYTUTEM BADAWCZYM PROWADZI WSTĘPNY PILOTAŻ PLATFORMY E-KONSYLIUM. WKRÓTCE REALIZACJĘ DOCELOWEGO PROGRAMU PILOTAŻOWEGO ROZPOCZNĄ INNE OŚRODKI.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

8 maja minister Adam Niedzielski tak ocenił na konferencji prasowej e-konsylium: – *To kolejny krok ze strony Ministerstwa Zdrowia, który ma przybliżyć pacjentowi lekarza specjalistę i ułatwić z nim kontakt. Mamy wszak opiekę koordynowaną, czyli bieżący kontakt lekarzy medycyny rodzinnej ze specjalistami, np. kardiologami. Teraz uzupełniamy ją o kontakt i konsultacje ze szpitalem oraz konsultacje między szpitalami o różnych poziomach wyspecjalizowania.*

– *Kardiolodzy z USK od dłuższego czasu wspierają merytorycznie lekarzy z regionu. Dlatego od kilku lat razem z innymi ośrodkami kardiologicznymi na Dolnym Śląsku szukaliśmy sposobu, jak w codziennej praktyce dzielić się wiedzą i doświadczeniem, aby nasi pacjenci byli optymalnie leczeni* – mówił z kolei dyrektor Instytutu Chorób Serca Uniwersyteckiego

Szpitala Klinicznego we Wrocławiu prof. Piotr Ponikowski. – *Dzięki e-konsylium pacjent, także ten trafiający do lekarza POZ w małej miejscowości, szybko otrzyma diagnozę i propozycję leczenia.*

Tyle teoria, a co z praktyką? Niedługo rozpocznie się właściwy pilotaż, który potrwa co najmniej do końca roku. Wtedy zapadnie decyzja, czy będzie kontynuowany. O pierwsze wrażenia z testowania e-konsylium zwróciliśmy się do dr. hab. Wiktora Kulickowskiego z IChS USK we Wrocławiu.

## JAK TO UGRYŹĆ?

Podczas wstępnego pilotażu specjaliści z Instytutu Chorób Serca łączyli się z oddziałami kardiologicznymi innych szpitali na Dolnym Śląsku. Na tym etapie placówki POZ nie uczest-

niczyły jeszcze w testach, ale docelowo także one wezmą udział w pilotażu. Na czym on polega? Lekarz, w tym przypadku kardiolog z oddziału szpitalnego (a później także z placówek POZ), za pośrednictwem platformy e-konsylium zgłasza potrzebę konsultacji w określonym ośrodku i wybiera jej termin. Ma do wyboru trzy rodzaje konsultacji: online, offline i na *cito*. Podczas pierwszej z wymienionych lekarze z ośrodka o wyższej referencyjności spotykają się online z lekarzem, proszącym o konsultację, za pomocą platformy e-konsylium i podłączonej do niej aplikacji Zoom. Druga możliwość to konsultacja bez kontaktu głosowego. Lekarze proszeni o nią odsyłają przez platformę swoje wnioski po zapoznaniu się z dokumentacją pacjenta. Trzecia opcja jest zarezerwowana dla sytuacji nagłych, np. gdy w szpitalu przebywa chory w ciężkim stanie lub w gabinecie POZ pacjent skarży się na ból w klatce piersiowej i jest podejrzenie zawału. Lekarz dyżurujący w szpitalu otrzymuje SMS o potrzebie nagłej konsultacji, siada przed komputerem i łączy się z kolegą zwracającym się o pomoc.

## NIC NIE GINIE

Wszystkie konsultacje przeprowadza się na podstawie przesłanej dokumentacji pacjenta, a wnioski i uzgodnienia mają prawne umocowanie.

– *Cała dokumentacja pacjenta pozostaje na platformie, nie znika. Opis konsultacji jest przez nas podpisywany certyfikatem ZUS-owskim lub podpisem elektronicznym i również znajduje się na platformie e-konsylium. Spotkania online są nagrywane i przez pół roku można do nich wracać. Po tym czasie archiwizowane są na serwerach szpitala, który prowadził konsultację, i można zapoznać się z nimi, stosując specjalny link* – wyjaśnia dr Wiktor Kuliczkowski.

Zdaniem doktora rozwiązanie ma wiele zalet. Po pierwsze, konsultacje odbywają się drogą oficjalną. Lekarze nie udzielają ich w biegu. Nie są też zarzucani e-mailami ani wiadomościami w licznych komunikatorach. Do lamusa odchodzą rozmowy telefoniczne, o których potem mało kto pamiętał. Po drugie, konsultacje są wiążące: nie są opiniami, po których pacjent np. otrzymuje skierowanie do szpitala i trafia do punktu wyjścia. Podczas konsultacji ustala się dalszy tryb leczenia – czy chory ma trafić do ośrodka konsultującego, czy może być leczony ambulatoryjnie *etc.* Pacjent jest o tym informowany, wie zatem, co i kiedy się odbędzie. Po trzecie, gdy chory trafia już do właściwego szpitala, cała jego dokumentacja znajduje się na platformie. Dzięki temu lekarz może przypomnieć sobie dany przypadek i podstawę decyzji o hospitalizowaniu. To też wyklucza nieprzyjęcie pacjentów konsultowanych w ramach e-konsylium na oddział, mimo skierowania, bo kolejny lekarz nie widzi wskazania.

## ŁATWIEJ I EFEKTYWIEJ

– *W naszym instytucie analizujemy dokumentację pacjenta wspólnie, tj. kardiolog, kardiochirurg i często inny specjalista. Ale na Dolnym Śląsku mamy 12 oddziałów kardiologicz-*

*nych, a jedynie w trzech pracują kardiochirurdzy – mówi dr Kuliczkowski. – Gdy któryś z nich potrzebuje konsultacji w sprawie pacjenta z kardiochirurgiem, łączymy się przez platformę i podejmujemy decyzję. Do tej pory w takiej sytuacji cała dokumentacja pacjenta była wysyłana pocztą lub e-mailem. E-konsylium to oszczędność czasu, który w kardiologii, ale także choćby w onkologii, jest na wagę złota. Może też przyczynić się do rozwiązania problemu zablokowanych łóżek szpitalnych.*

Rozwiązanie cieszy się sporym zainteresowaniem specjalistów nie tylko w kardiologii. Chętnie korzystaliby z niego onkologowie oraz onkologowie i hematoolonkologowie dziecięcy. – *Ostatnio zgłosił się do nas pediatra z prośbą o stworzenie dla niego takiego e-konsylium. A co z pediatrią chorób rzadkich? W tym przypadku potrzeba często wielu różnych specjalistów z całej Polski, bo dzieci mają wiele wad i schorzeń. Niemożliwe jest zebranie wszystkich specjalistów w jednym miejscu, ale też podróżowanie z chorym dzieckiem po całym kraju od jednego lekarza do drugiego. Poza tym chodzi o wypracowanie wspólnych wniosków. Rodzice mają szansę wziąć udział w konsultacji, a nawet pokazać dziecko na ekranie komputera. Taką możliwość daje platforma* – podkreśla dr Wiktor Kuliczkowski.

## KRÓCEJ NIŻ DO KARDIOLOGA

Specjaliści z Instytutu Chorób Serca USK testowali e-konsylium przede wszystkim pod względem obsługi i funkcjonalności. Uwagi zgłaszali na bieżąco do Instytutu Łączności. Efektem ma być jak najlepszy produkt, który lada moment zostanie wykorzystany w głównym programie pilotażowym, finansowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Jeśli pilotaż zakończy się pozytywnie i zapadnie decyzja o wprowadzeniu kolejnego e-rozwiazania na platformie PI na stałe, pozostaną do ustalenia kwestie odpłatności za świadczenie. Ale to pieśń przyszłości.

– *Ważne jest ustalenie wymogów – niezbędnych badań i dokumentacji, bez których prośba o konsultację nie będzie spełniana* – twierdzi dr Kuliczkowski. – *Trzeba uniknąć zasypiania specjalistów prośbami o konsultacje pacjentów, u których nie wykonano podstawowych badań, np. EKG lub USG serca. Ciekawym rozwiązaniem jest możliwość indywidualnego doboru wymogów przez każdy z ośrodków.*

Doktor, zapytany o czas oczekiwania na e-konsultację, zaznaczył, że na pewno będzie krótszy niż w przypadku wysłania pacjenta ze skierowaniem do kardiologa. Podczas testowania rozmowa między kardiologami zajmowała około 10 min. Trudno powiedzieć, ile będzie trwać, gdy dołączą lekarze POZ. A bez testów z POZ nie da się oszacować zapotrzebowania.

– *Mam pozytywne wrażenia z wstępnego pilotażu. Z pewnością rozwiązanie będzie jeszcze można ulepszyć, ale mamy już pacjentów po e-konsultacjach, którzy się u nas leczą* – podsumowuje Wiktor Kuliczkowski. ●



# „Nawigator pacjenta” – nie tylko dla pacjenta

NIE WSZYSTKIE MEANDRY DOSTĘPU DO LECZENIA W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA DA SIĘ WYJAŚNIĆ PODCZAS KWADRANSU, JAKI ZWYKLE LEKARZ MOŻE POŚWIĘCIĆ PACJENTOWI PODCZAS WIZYTY. DLATEGO WARTO POLECAĆ „NAWIGATOR PACJENTA”. TO INFORMATOR, PRZYGOTOWANY PRZEZ BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA, KTÓRY MA SŁUŻYĆ UPORZĄDKOWANIU INFORMACJI, GDZIE I W JAKICH SYTUACJACH SZUKAĆ POMOCY. PUBLIKACJA W FORMIE ELEKTRONICZNEJ ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE INTERNETOWEJ RPP.

oprac. **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**I**nformator zawierający pytania i odpowiedzi – „Nawigator pacjenta” – zrozumiale wyjaśnia skomplikowane zagadnienia, które często utrudniają chorym szybkie znalezienie właściwej dla nich pomocy medycznej. Kryterium doboru problemów stanowiła przede wszystkim częstotliwość ich zgłaszania do Biura RPP. „Nawigator” opracowało grono lekarzy rodzinnych, pracujących w POZ, oraz eksperci rzecznika praw pacjenta. Redaktorem merytorycznym publikacji jest prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultantka krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej.

– *Chcemy, by „Nawigator” stał się narzędziem, dzięki któremu pacjenci szybciej otrzymają informację o tym, jak funkcjonuje sektor ochrony zdrowia, jak się w nim sprawnie poruszają. Mam nadzieję, że pacjenci wyposażeni w odpowiedni zasób informacji będą czuć się bardziej komfortowo, korzystając z usług medycznych – powiedział rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec podczas konferencji prasowej. – To publikacja przydatna również pracownikom ochrony zdrowia, gdyż stanowi materiał uzupełniający wiedzę oraz wiarygodne źródło aktualnych informacji.*

Prof. Agnieszka Mastalerz-Migas w rozmowie z „Pulsem” zapewniła, że wkrótce, prawdopodobnie już jesienią tego roku, powstanie ukraińskojęzyczna wersja „Nawigatora”, opracowana z myślą o imigrantach, którzy z oczywistych przyczyn ze zrozumieniem zawłości naszej ochrony zdrowia mają jeszcze większy problem niż Polacy.

„Nawigator” jest podzielony na rozdziały tematyczne, ułatwiające szybkie dotarcie bezpośrednio do interesującego zagadnienia. Są wśród nich: 📍 podstawowa opieka zdrowotna 📍 teleporady 📍 opieka koordynowana 📍 poradnie specjalistyczne 📍 leczenie szpitalne 📍 badania profilaktyczne.

Publikacja wskazuje również, w jakich sytuacjach udać się na SOR, a kiedy wezwać na pomoc zespół ratownictwa medycznego. Są rozdziały poświęcone opiece psychiatrycznej i hospicyjnej, pediatrii oraz opiece nad ciężarną pacjentką. Autorzy „Nawigatora pacjenta” wyjaśniają także zasady refundacji leków i wyrobów medycznych, uzyskiwania zwolnień lekarskich oraz prawa do opieki nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny. Odpowiadają również na pytania dotyczące zasad działania transportu sanitarnego i zaświadczeń lekarskich. ●

# Nowa Kachowka, nowy etap wojny

ZAPORA W NOWEJ KACHOWCE UWAŻANA BYŁA ZA NIE DO ZNISZCZENIA. A SKALA ZNISZCZEŃ, GDYBY TO JEDNAK SIĘ STAŁO, WYDAWAŁA SIĘ NIE DO WYOBRAŻENIA. A JEDNAK KATASTROFA NASTĄPIŁA, A PRAWDZIWE OBRAZY ZALEWANYCH WSI I MIAST POKONAŁY NASZĄ WYOBRAŹNIĘ.

tekst **PAWEŁ KOWAL**, ekspert think-tanku Medyczna Racja Stanu



Fot. archiwum

**E**koterroryzm jest nowym pojęciem, którego przyszło nam się uczyć. Dotąd oznaczało przestępcze działania na niekorzyść przedsiębiorstw, konkurencji, osób fizycznych. Rosyjski ekoterroryzm przerósł jednak wszelkie wyobrażenia i skalę zniszczeń. Na oczach świata zrodził się ekoterroryzm państwowy, zastosowany przez kraj, którego przedstawiciele zasiadają na stałe w Radzie Bezpieczeństwa ONZ. Skutki kremłowskiego ekoterroryzmu osiągną ogromnych obszarów Ukrainy. Już zobaczyliśmy zniszczone doszczętnie parki narodowe, duża część kraju utraci dostęp do wody, pojawią się dotkliwie susze – strat w rolnictwie nie da się na tym etapie nawet prognozować. Kto wie, czy nie wystąpią kłopoty z chłodzeniem w wielkiej elektrowni atomowej w Zaporozżu. Kolejna bariera została przekroczona.

Zamach na Nową Kachowkę poprzedził letnią ofensywę Ukrainy. Teraz celem Ukraińców jest przerwanie frontu w paru miejscach, odniesienie kilku wyraźnych zwycięstw i dojście do momentu, kiedy będą mogli razić cele na Krymie. Wydaje się, że będzie to dogodny moment na rozpoczęcie negocjacji. Najbardziej korzystny czas na takie działania, to późna jesień tego roku, kiedy w Stanach Zjednoczonych rozpocznie się kampania wyborcza. Oczywiście, na tym etapie korzystne dla wszyst-

kich byłoby odsunięcie Putina od władzy w ciągu najbliższych miesięcy. Jeśli bowiem ktoś na Zachodzie pragnie rozmów negocjacyjnych, łatwiej będzie rozmawiać z każdym innym, tylko nie z Putinem.

Ewentualny pretendent do władzy na Kremlu, krytykując nieudolność i „słabość” Putina, będzie miał na to szansę. Czyli przyjdzie na radykalne pozycje – inaczej trudno sobie wyobrazić odebranie Putinowi guziczków atomowych i władzy nad państwem. Jednak każdy, kto do władzy dojdzie, następnego dnia zadzwoni do zachodnich przywódców i poprosi o rozpoczęcie rozmów, byle tylko ocalić Rosję w dotychczasowym składzie i granicach, byle ocalić wygodne życie okołoputinowskiej oligarchii.

Nowa Kachowka dowodzi, że Putin jest gotów na wszystko i nie ma co bać się zmiany kierownictwa na Kremlu. Nie ma co czekać aż przekroczone zostaną kolejne granice. Zresztą kto dzisiaj na Zachodzie ma wpływ na Putina? Trzeba być zatem gotowym na zmianę i wyćwiczyć jak największą pomoc wojskową dla Ukraińców, by udało im się w najbliższych miesiącach uruchomić efekt domina. ●



**Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami**  
Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek  
po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.

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

Tel. 22 542 83 29

# 6,8 proc.

NA 752 OSOBY, KTÓRE 29 MAJA PRZYSTĄPIŁY DO LEKARSKIEGO EGZAMINU WERYFIKACYJNEGO, ZDAŁO ZALEDWIE 51, CZYLI NIESPEŁNA 7 PROC. TO WYNIK GORSZY NIŻ W POPRZEDNICH LATACH. NIE WSZYSTKO MOŻNA WYJAŚNIĆ BARIERĄ JĘZYKOWĄ, A NAWET JEŚLI ONA MIAŁABY BYĆ GŁÓWNYM POWODEM NIEPOWODZEŃ, CZY NIE POTWIERDZA SŁUSZNOŚCI OBAW SAMORZĄDU LEKARSKIEGO CO DO ZATRUDNIANIA LEKARZY BEZ ZNAJOMOŚCI JĘZYKA POLSKIEGO?

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

**L**ekarski Egzamin Weryfikacyjny odbył się już po raz piąty. W poprzednich czterech sesjach wyniki – w ujęciu rocznym – były lepsze niż w tegorocznej sesji wiosennej, choć i one wskazywały, że LEW (w założeniu łatwiejsza od nostryfikacji dyplomu droga uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu w Polsce i UE) jest dla lekarzy z dyplomami spoza Unii Europejskiej prawdziwym wyzwaniem. W 2021 r. na 652 osoby, które przystąpiły do egzaminu, pozytywny wynik uzyskały 93. W 2022 z 1123 osób egzamin zdało 147.

LEW nie jest obowiązkowy. Lekarze spoza UE (głównie z Ukrainy i Białorusi), dla których rząd szeroko otworzył możliwości podejmowania pracy w Polsce w czasie pandemii, nie muszą w żaden sposób weryfikować swoich kwalifikacji przed podjęciem pracy. Nie muszą nawet wykazać się znajomością języka polskiego.

Zgodę na wykonywanie przez nich zawodu lekarza wydaje minister zdrowia na okres pięciu lat. W tym czasie lekarz (i lekarz dentysta), jeśli chce pozostać w Polsce i pracować w zawodzie, musi nostryfikować dyplom lub zdać egzamin weryfikacyjny.

Egzamin obejmuje 200 pytań (odpowieź pięciokrotnego wyboru). Próg zdawalności: 60 proc., czyli udzielenie poprawnych odpowiedzi na minimum 120 pytań. Średni wynik w ostatniej sesji – nieco ponad 93 pkt, maksymalny – 140 pkt. Jako przyczyny tak słabej zdawalności wskazuje się barierę językową oraz rozbieżności w programach studiów.



Bariera językowa dotyczy szczególnie lekarzy, którzy do Polski przyjechali np. z krajów azjatyckich, ale duże problemy – mimo podobieństwa języków – mają też obywatele Ukrainy i Białorusi. To nic zaskakującego. Już w 2021 r., gdy minister zdrowia w świetle jupiterów przedstawiał pierwszych lekarzy, którzy uzyskali zgodę na wykonywanie zawodu w Polsce na podstawie zliberalizowanych przepisów, a głos w imieniu kilkuosobowej grupy zabrał medyk najlepiej (podobno) znający polski, można było się przekonać, że deklarowana znajomość języka w stresie po prostu zawodzi. O tym, że lekarzom zza wschodniej granicy potrzebny jest zdecydowanie wyższy poziom znajomości języka polskiego niż taki, który pozwala na swobodne porozumiewanie się w życiu codziennym, mówił np. podczas grudniowego Kongresu Zdrowia Publicznego Igor Pańkowski, lekarz z Ukrainy, od wielu lat mieszkający w Polsce, kierownik SOR Szpitala MSWiA w Warszawie. Nie tylko samorząd lekarski, jak widać, stoi na stanowisku, że bez dobrej znajomości języka nie można dobrze wykonywać zawodu lekarza.

Bariera językowa nie tłumaczy jednak wszystkiego. Równie ważną przyczyną porażek są bezwątpienia różnice programowe studiów na kie-





Fot. licencja OIL w Warszawie

runkach lekarskich, inne niż obowiązują w Polsce i w Unii Europejskiej wymagania, jakim muszą sprostać studenci i absolwenci uczelni medycznych, ale też jakość kształcenia podyplomowego.

Dlaczego zaliczenie LEW dla lekarzy, wśród których są też specjaliści, stanowi tak duży problem? Moglibyśmy wiedzieć więcej, gdyby... były dane. Choć LEW jest organizowany od 2021 r., nie ma nawet ankiet, których analiza pozwoliłaby na sformułowanie wniosków. Nie wiadomo np., czy egzamin lepiej zdają osoby, dla których polski jest językiem ojczystym. Przecież podchodzą do niego również Polacy, którzy zdecydowali się na studiowanie medycyny na uczelniach za wschodnią granicą (przede wszystkim dlatego, że nie dostali się na bezpłatne studia w Polsce). Niewiele wiemy o tych, którzy egzamin zdają (np., czy kolejne podejścia do egzaminu kończą się sukcesem, co wskazywałoby na „oswojenie” się zdających z formułą egzaminu). Brakuje informacji chyba kluczowych: jak wypadają na egzaminie lekarze z krajów sąsiednich, które są największym potencjalnym rezerwuarem kadr medycznych (nie tylko zresztą lekarskich) dla rynku polskiego. Dlaczego to ważne? Szczególnie złe wyniki tej grupy mogłyby stanowić wręcz czerwoną flagę jeśli nie dla Ministerstwa Zdrowia, które wydaje się w ogóle ignorować problem zdawalności LEW, to choćby dla menedżerów szpitali.

Samorząd lekarski, od początku wskazujący, że między kształceniem w krajach leżących na wschód od granicy UE a standardami unijnymi istnieje przepaść, i że nie można dopusz-

czać do pracy z pacjentami osób, które nie posługują się wystarczająco dobrze językiem polskim, może mówić o gorzkiej satysfakcji. W tej chwili samorząd chce walczyć o wprowadzenie obowiązkowego egzaminu weryfikującego znajomość języka przy okazji prac nad pakietem ustaw o jakości.

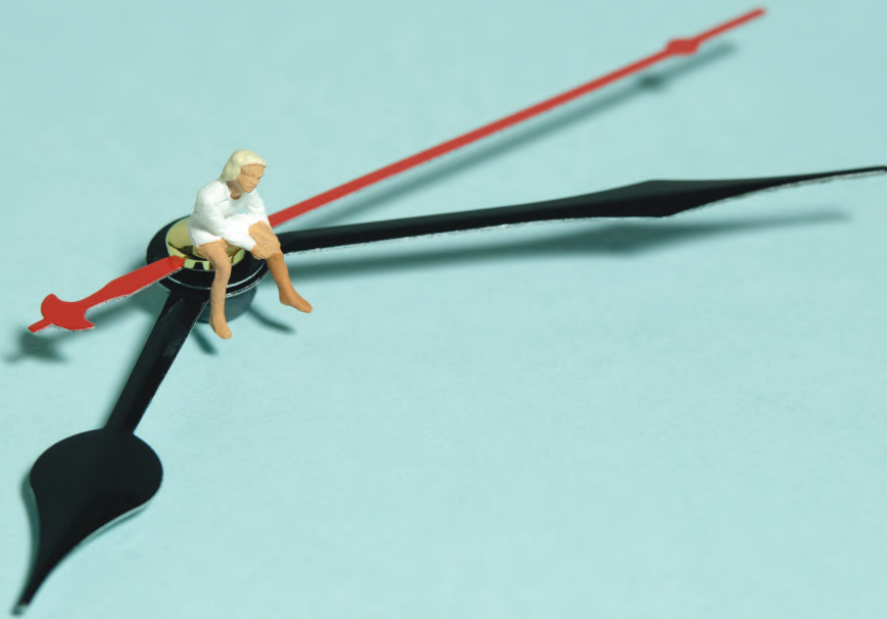
Ale to nie wszystko. Jeśli izby lekarskie nie pomyliły się w sprawie jakości przygotowania zawodowego lekarzy z dyplomami spoza UE, prawdopodobieństwo, że nie mylą się również, formułując obawy i zastrzeżenia wobec mnożenia kierunków lekarskich, można uznać za ekstremalnie wysokie. I nie ma to nic wspólnego z, jak zwykł mówić minister zdrowia, „obroną interesów korporacyjnych”. To przede wszystkim wyraz odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo leczenia. Poważne obawy samorządu lekarskiego podzielają, coraz wyraźniej, rektorzy akademickich uczelni medycznych. – *Poselska propozycja nowelizacji Karty Nauczyciela i innych ustaw dopuszcza kształcenie lekarzy na uczelniach, które nie spełniają wymogów akredytacyjnych, jedynie zatrudniają nauczycieli akademickich prowadzących badania z dziedziny nauk o zdrowiu. Tymczasem nauki o zdrowiu to np. kultura fizyczna* – mówił w czerwcu, w wywiadzie dla „Menedżera Zdrowia”, prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący KRAUM, komentując najnowszy pomysł posłów (a tak naprawdę ministra edukacji i nauki Przemysława Czarnka) na kolejne już obniżenie wymagań stawianych szkołom wyższym chcącym kształcić lekarzy.

– *Dziś mówimy nie o tym, czy na wsi Janem Kowalskim będzie zajmował się wybitny specjalista, tylko o tym, czy Jan Kowalski w ogóle będzie miał szansę dostać się do lekarza* – uzasadniał w ostatnich tygodniach swoje decyzje minister Czarnek, według którego w Polsce brakuje 30–60 tys. lekarzy, a niedobory kadrowe obniżają jakość usług zdrowotnych, ponieważ... brakuje konkurencji. W efekcie „niektórzy lekarze” zostawiają pacjentów, by w godzinach pracy zmieniać opony. – *Niestety, wciąż funkcjonuje przekonanie, że lekarza można dobrze wykształcić tylko w centrum wielkiego miasta, w centrum Warszawy, Krakowa, Gdańska. Jak powstawała Akademia Medyczna w Białymstoku, też się z tego śmiano, a dziś kształci na bardzo wysokim poziomie* – podkreślał w rozmowie z „Rynkiem Zdrowia”.

To bardzo ciekawe skojarzenie, można powiedzieć wręcz: freudowskie. Akademia Lekarska w Białymstoku powstała w roku 1950, co było geopolityczną koniecznością po stracie w 1945 Wilna i tym samym Uniwersytetu Stefana Batorego z jego wydziałem lekarskim. Wpisywała się (nie tylko ona, oczywiście) w plany Układu Warszawskiego, które Polsce przydzieliły rolę zaplecza medycznego podczas przygotowywanego ataku na państwa NATO.

I trudno zaprzeczyć: białostocki ośrodek akademicki stosunkowo szybko nadrobił dystans, a w drugiej połowie lat 80. XX w. zasłynął pionierskimi zabiegami zapłodnienia *in vitro*. To tam przyszło na świat pierwsze polskie dziecko poczęte tą metodą. ●

# Jutro, później, nigdy



Fot. licencja OIL w Warszawie

- MAMO, A CO TO JEST PROKRASTYNACJA?
- PROKRASTYNACJA?... YYY... WYJAŚNIĘ CI JUTRO.

PROKRASTYNACJA TO NAWYK ODKŁADANIA WYKONANIA CZYNNOŚCI NA PÓŹNIEJ. ODWLEKANIE TO NIE JEST ZAPLANOWANE ANI CELOWE I MOŻE MIEĆ DLA PROKRASTYNATORA NEGATYWNE KONSEKWENCJE. DLACZEGO PROKRASTYNUJEMY, RYZYKUJĄC ZAWALENIEM WAŻNYCH DLA NAS SPRAW? PRZYCZYN JEST MNÓSTWO, PEWNIENIE TYLKO, ILE PROKRASTYNUJĄCYCH OSÓB, ALE MOŻNA JE POGRUPOWAĆ W KILKA WĄTKÓW.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

**W** przykładach pokazuję procesy psychologiczne, które w rzeczywistości mogą być podświadome. Mechanizmy obronne osobowości zabezpieczają nas przed dyskomfortem i sprawiają, że my sami możemy sytuację widzieć inaczej, pozornie logicznie i sensownie, nie mając świadomości swoich wewnętrznych, ukrytych motywów.

Co ciekawe, opisuje się pewne trendy kulturowe mające wpływ na zjawisko odwlekania: w kulturach zachodnich prokrastynacja częściej wiąże się z lękiem przed niespełnianiem własnych wysokich standardów, a w innych – z lękiem przed negatywną oceną, kompromitacją przed innymi.

## PRZYCZYNY PROKRASTYNACJI

### 1. Perfekcjonizm i lęk przed porażką

Mamy wdrukowane wysokie oczekiwania wobec samych siebie, windujemy sobie poprzeczkę, chcemy, by to, co robimy i tworzymy, było idealne. Ciągłe mamy poczucie, że nie jesteśmy w pełni

przygotowani, wciąż czegoś nam brakuje. Boimy się, że nie wykonamy zadania idealnie, odsuwamy je w czasie. Nie przeżyjemy rozczarowania sobą ani porażki, jeśli czegoś nie zrobimy. Jeśli nie podejść w ogóle do egzaminu albo nie będę się do niego uczyć, moje niezdanie nie będzie świadczyć o mojej niewielkiej wiedzy. Gdybym miała czas, mogłabym się przygotować i z pewnością zdałabym śpiewająco. A tak – nie uczyłam się, bo nie było czasu, nie moja wina. Poczucie wartości ocalone! Kiedy wiem, że napisanie artykułu naukowego i wysłanie go do wydawnictwa będzie skutkowało poddaniem go ocenie, czuję, że to moja osobista wartość będzie oceniana. Jeśli mnie to przeraża, odsuwam pisanie w czasie albo zaczynam i nie jestem w stanie dokończyć. Artykuł wprawdzie nie ukaże się, ale unikam dyskomfortu związanego z oceną.

### 2. Przemęczenie, przeładowanie

Niby sprawa dość oczywista, ale i tutaj bywamy zaskakująco ślepi na to, co się dzieje. Człowiek zmęczony, przeciążony obowiązkami,

pozbawiony odpoczynku, będzie funkcjonował w trybie „minimum”, robiąc tylko to, co w danym momencie niezbędne, czego nie można już ani trochę odłożyć. Albo wręcz będzie „gasił pożary”, rozpaczliwie nadrabiając zaległości, robiąc rzeczy, których wykonanie zaniebdał i z tytułu których ma już problemy. Taki sposób funkcjonowania jest skrajnie wyczerpujący, powinien więc zapalać nam wszystkie lampki alarmowe (i zwykle zapala, ale jesteśmy nauczeni po mistrzowsku je ignorować) i często wiąże się z objawami psychosomatycznymi, depresyjnymi.

### 3. Złe nawyki, rozpraszcze, brak umiejętności wykorzystania czasu

Planowanie, organizowanie i umiejętne wykorzystanie czasu powinno być w programie nauczania w szkole podstawowej (podobnie jak efektywne uczenie się, wystąpienia publiczne i zasady konstruktywnej komunikacji). Niestety, nie uczymy się tego na żadnym etapie edukacji i większość z nas po prostu takich umiejętności nie posiada. Niektórzy mają szczęście dostać je w paczeczce z kindersztubą od rodziców, inni poszukują w książkach o osobistej produktywności, a większość stara się funkcjonować tak, jak umie. Nadmiar zadań, piętrzące się zaległości, zalewające nas bodźce, bezustanny szum informacyjny, nieumiejętność dzielenia większych zadań na etapy, konieczność godzenia intensywnej pracy i życia rodzinnego, problemy osobiste i zdrowotne nie ułatwiają nam zadania. W efekcie działamy chaotycznie, w napięciu, bez planowania, hierarchii ważności. W tym bałaganie często okazuje się, że ważne sprawy są odkładane w nieskończoność.

### 4. Brak konkretnych celów, własnej wizji tego, do czego dążymy w dalszej perspektywie

Tu wchodzimy głębiej w zastanawianie się nad swoim życiem, motywacjami, celami. Trudno motywować się do różnych działań, jeśli nie mamy szerszej perspektywy. Łatwiej się zabrać do nauki, jeśli mamy zaplanowany egzamin; motywacja będzie jeszcze większa, ponadto uważamy, że ten etap naszej drogi umożliwi dalsze, (najlepiej) konkretne działania i otworzy przed nami nowe ścieżki – właśnie te, którymi chcemy iść. Słynne „coachingowe” pytania: „Gdzie chcesz być za 5, 10 lat? Kim chcesz być, co umieć, co robić?”, mogą nas śmieszyć i irytować w powodu „korporacyjnych” skojarzeń, ale są dobrym punktem wyjścia do kierowania swoim życiem. Jak często je sobie zadajemy?

### 5. Zaburzenia psychiczne i inne uwarunkowania psychologiczne

To ważne, by pamiętać, że prokrastynacja może być bardziej wyraźna lub nasilać się w niektórych zaburzeniach zdrowia psychicznego. Najczęściej w tym kontekście przywołuje się ADHD i depresję.

Osoby z zaburzeniami koncentracji uwagi, z nadrucliwością (która może być zinternalizowana, a co za tym idzie niewidoczna dla otoczenia) mają problemy ze skupieniem się na zadaniach, szczególnie tych, które wymagają większego wysiłku, systematyczności. Instynktownie będą więc tego rodzaju zadania odkładać lub przerywać. ADHD sprawia, że planowanie, organizacja, rozkładanie zadań na etapy i szacowanie czasu są zaburzone, a impulsywność zwiększa prawdopodobieństwo rozproszenia się tym wszystkim, co nas otacza i odciąga od działania. Dysregulacja emocjonalna zwiększa amplitudę przykrych emocji i utrudnia wyciszenie pojawiających się frustracji, niechęci, spadku motywacji, a wieloletnie doświadczanie skutków ADHD i często negatywnej reakcji otoczenia obniża poczucie wartości, skuteczności, wiary w możliwość pokonania trudności.

Z kolei osoba w epizodzie depresyjnym może mieć problemy z koncentracją, podobne jak u osób z ADHD, ale działań nie podejmuje także z powodu spadku napaędu, uczucia braku siły, trudności z rozpoczęciem aktywności i motywacją. Depresyjne zniekształcenia myślenia prowadzą do negatywnej oceny własnych możliwości, kompetencji i wartości, pesymistycznej oceny sytuacji, braku perspektyw i nadziei na przyszłość. W takim stanie umysłu trudno cokolwiek zrobić. Dodatkowym negatywnym czynnikiem jest bezsenność lub nadmierna senność, spowolnienie myślenia, nasilony lęk, brak wiary w możliwość działania.

Wyobrażam sobie, że niektórzy czytelnicy mogą mieć wątpliwość, czy wszystko, o czym piszę, nie jest szukaniem na siłę wytłumaczenia dla zwyczajnego lenistwa. Może nie trzeba szukać usprawiedliwień, tylko „ogarnąć się” i wziąć do roboty? Śpieszę z wyjaśnieniem: oczywiście możemy myśleć o sobie, że jesteśmy „po prostu leniwi”, możemy złościć się na siebie i nie lubić siebie za to. Ale „lenistwo” jest pojęciem nacechowanym pejoratywnie, bo zakłada intencjonalność, brak woli i inne paskudne przymioty, których nasza kultura nie ceni. Takie myślenie o sobie raczej nie pomoże nam w przewyżczeniu odwlekania, bo jest dyskredytacją, a nie próbą zrozumienia i zadziałania. Każdy decyduje, jak będzie się do siebie zwracał, a tym samym, jak się będzie sam z sobą czuć.

Lubię definicję, na którą kiedyś się natknęłam, a która wyraźnie oddziela prokrastynację od lenistwa: „*Leniuchowanie to nicnierobienie i czerpanie z tego przyjemności*”. Fajna, prawda? Takiego poleniuchowania od czasu do czasu życzę nam wszystkim. ●

Może nie trzeba szukać usprawiedliwień, tylko „ogarnąć się” i wziąć do roboty?

#### Słynni prokrastynatorzy:

- Leonardo da Vinci
- Isaac Newton
- Charles Darwin

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

# Szkiełko, oko i... spryt

ZAUFWANIE DO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH MOŻE ZWIĘKSZYĆ SZTUCZNA INTELIGENCJA. ALE NAJPIERW MUSI TEGO CHCIEĆ INTELIGENCJA „ANALOGOWA”.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

**30** maja 2023 r. Elizabeth Holmes przekroczyła próg teksańskiego więzienia, w którym spędzi 11 lat. Najpoważniejsze serwisy informacyjne, od BBC i CNN po „The New York Times”, relacjonowały to prozaiczne zdawałoby się wydarzenie, którego bohaterką była zdegradowana do roli kryminalistki założycielka i szefowa firmy Theranos. W brązowym pulowerze i okularach nie przypominała siebie sprzed dziewięciu lat, kiedy pokazywała się na licznych konferencjach prasowych obowiązkowo w czarnym golfie, dobrze kontrastującym z jej blond fryzurą. Ten strój, z którego uczyniła swój znak firmowy, przejęła od Stevena Jobsa, legendarnego twórcy firmy Apple. Idąc śladami człowieka, który był ojcem wielu innowacji, postanowiła zrewolucjonizować medycynę, upraszczając badania diagnostyczne.

Wszystko zaczęło się od pomysłu, na którego realizację zebrała olbrzymie pieniądze, by z kropli krwi pobranej z palca wykonać 200 testów laboratoryjnych. Założyła spółkę, wokół której skupiła grono znanych postaci, z generałem Colinem Powellem i Henrym Kissingerem na czele, mających uwiarygodnić przedsięwzięcie. Przekonywała, że jej metoda analizy jest szybsza, tańsza, każdy będzie mógł samodzielnie się przebadac, korzystając z prostych aparatów rozlokowanych w sieciach drogerii i aptek. Amerykanie byli zachwyceni, bo muszą za badania płacić o wiele więcej niż Polacy, nie mówiąc o szerokim zakresie testów, które Holmes zaproponowała w ramach swojego wynalazku. Ale wszystko to okazało się bujdą. Dziennikarze po żmudnym śledztwie odkryli, że wyniki były fałszowane, a próbki testowano na innych maszynach niż te, które sprzedawała. W styczniu 2023 pomysłodawczynię diagnostycznej rewolucji skazano w Kalifornii za poważne oszustwa. Choć jej los stał się tematem książki, dokumentu HBO, filmu oraz serialu telewizyjnego, z tej historii nasuwa się tylko

jeden wniosek: diagnozowanie chorób w oparciu o biomarkery i parametry krwi nie jest tak proste, jak może się wydawać komuś, kto nie jest specjalistą, choćby nawet podjął studia – jak Elizabeth Holmes – na Stanfordzie (szybko je porzuciła).

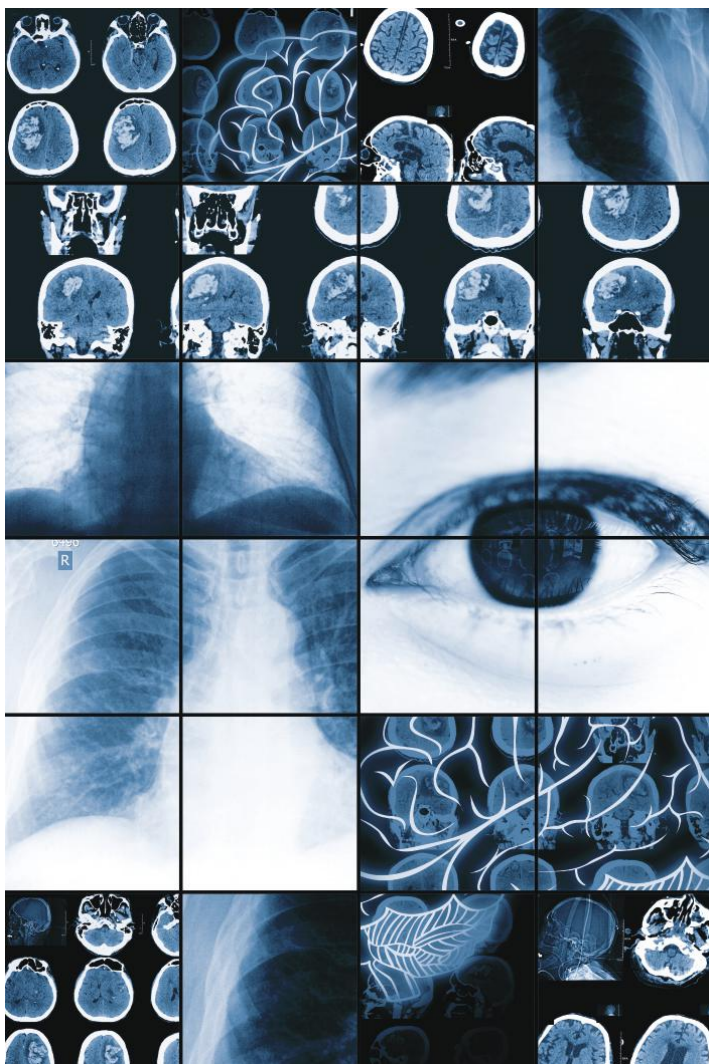
Wbrew pozorom medycyna z większym trudem przyswaja nowe technologie niż np. bankowość. Wymaga bowiem dłuższych badań sprawdzających, czy nowatorski system będzie skuteczny i przyniesie pożądane efekty. Nie da się ukryć, że apostołom nowoczesnych aplikacji sposób zdobywania informacji o naszym stanie zdrowia wydaje się dość archaiczny. Pomijając aspekt świetnych aparatów, w które dziś wyposażane są laboratoria (aby szybciej otrzymywać wyniki), fakt, że procedura przebiega podobnie jak 50 lat temu, jest trudny do pojęcia. W ostatnim czasie wyłamała się z tego diabetologia, gdyż przezskórne systemy mierzące poziom glikemii nie wymagają już od pacjentów klucia palca. Badania większości parametrów naszego zdrowia dokonuje się jednak nadal staromodnymi metodami.

Ale to nie z powodu technologii wyniki nieraz okazują się niewiarygodne, lecz ludzi, którzy wykorzystują naiwność pacjentów lub luki systemu, by na diagnostyce jak najwięcej zarobić. A pazerność w medycynie może być tak samo zgubna jak jej unowocześnianie na siłę, choć niewielu robi to na tak olbrzymią skalę, jak próbowała założycielka Theranosa, i niewielu można przyłapać na gorącym uczynku.

Wykonanie morfologii, oznaczenie poziomu cholesterolu czy cukru należą do podstaw diagnostyki, by opierając się na biochemicznym obrazie krwi i moczu, zaproponować strategię leczenia. Ale kto uwzględni, że wyniki mogą zostać pomyłkowo zawyżone albo w efekcie niewłaściwego pobrania lub transportu próbek wypaczone w laboratorium?

Co ma zrobić pacjent (lub jego lekarz), kiedy w dwóch punktach wykonujących badanie identycznej próbki wyniki różnią się o kilkanaście procent, a w ciągu trzech dni poziom cholesterolu „wzrasta” ze 161 do 260 mg/dl? Można oczywiście brać pod uwagę pomyłkę lub niewłaściwe przygotowanie pacjenta. Laboratoria wykorzystują różne metody oznaczeń, różną aparaturę i odczynniki. Jednak brak nadzoru ma również istotne znaczenie, podobnie jak skrajnie pojęty liberalizm. Liczy się cena, a nie jakość.

Dzielenie laboratoriów na przyszpitalne, dobrze działające, i prywatne, które dopuszczają się wykroczeń, byłoby pewnie niesprawiedliwe. A jednak, czy to nie dziwne, że coraz



Fot. licencja OLL w Warszawie

częściej lekarze przyjmujący pacjentów do szpitali wyrzucają plik przyniesionych z miasta wyników do kosza i wołają powtórzyć je u siebie? Nie mamy zaufania – brzmi uzasadnienie. To w dużej mierze kwestia uczciwości zawodowej. Jeśli ktoś dopuszcza wpisywanie wziętej z sufitu wartości jakiegoś parametru, bo akurat zabrakło odczynnika, a laboratorium nie chce stracić klientów i za wszelką cenę pragnie wywiązać się

z zadania, trudno o większy skandal. Mimo to oszustwo uchodzi na sucho, bo niełatwo złapać sprawcę za rękę.

Gdy kilkanaście lat temu środowisko diagnostów laboratoryjnych uzgadniało szczegóły procedur badań laboratoryjnych, podzielili je m.in. czas przeprowadzania analizy próbki moczu od otrzymania do badania. Czy mają to być 4 godziny czy 8? I od razu było wiadomo, kto gdzie pracował – w mniejszej placówce czy w dużej sieci, gdzie potrzeba więcej czasu na zebranie próbek z licznych przychodni w mieście lub nawet w województwie. A nie jest przecież tajemnicą, że na niektóre parametry wpływa transport i przechowywanie próbek. Zwożenie ich z odległych stron w jedno miejsce, by zaoszczędzić na odczynnikach, odbija się więc na wiarygodności wyników. Można szczegółowo wytłumaczyć pacjentowi, jak ma zebrać poranny moc, ale przecież i tak nie będzie miał wpływu na ostateczną porę wykonania analizy ani na to, czy jego próbka nie zostanie przewieziona na drugi koniec Polski.

W każdym laboratorium powinna rano odbywać się kontrola aparatury w celu sprawdzenia na wzorcowym materiale, czy wszystkie parametry będą oznaczane prawidłowo. Nie wszyscy jednak są tak pilni. Ale czy przy większym zaangażowaniu lekarzy lecznictwa otwartego, którzy dość rzadko weryfikują jakość badań laboratoryjnych, łatwiej byłoby wysledzić oszustów? Można przecież spotkać się z zarzutem, że skierowań na tego rodzaju testy i tak wydaje się za dużo. To już kwestia zawodowej etyki medyków, choć w dzisiejszych czasach, gdy wzorem Stanów Zjednoczonych prawnicy uwieszeni są na klamkach gabinetów lekarskich, podkładka w postaci zleconych badań może być bezcenna na wypadek skarg pacjentów lub procesu sądowego.

Lekarze toną w papierach, chorzy tracą czas w kolejkach, a i tak mało kto się zastanawia, czy diagnostyka zawsze ma sens. Wątpliwość ta dotyczy również radiologii, bo według specjalistów tej dziedziny kilkanaście procent skierowań jest wydawanych na wyrost. A w wielu wypadkach zlecający zdjęcie lub tomografię lekarze nie myślą o gradacji ryzyka. Jeżeli jest podejrzenie torbielej nerki, po co od razu wykonywać TK, skoro wartościową metodą jest USG. Jeśli wstępne rozpoznanie dotyczy guza mózgu, nie trzeba zaczynać diagnostyki od zdjęcia RTG. Nie w każdym przypadku zwapienia w płucach należy chorego kierować na tomografię. Inną zgorą jest zdawkowość skierowań, ponieważ ich autorzy zapominają sprecyzować nawet to, co dolega pacjentowi. Efektem jest np. obserwacja głowy, stawu bez wskazówek, które pomogłyby technicznie zaplanować badanie lub wpłynąć na ostateczny opis. Za konsekwencje znów płacą chorzy, bo albo długo czekają na wynik, albo muszą wrócić na powtórkę badania.

Czy wszystkie te problemy rozwiąże wyczekiwana w medycynie sztuczna inteligencja? Niewykluczone, gdyż nie będzie kierować się pobudkami, które niestety można przypisać ludziom. Dobrze odegra swoją rolę jednak tylko pod warunkiem, że nikt z inteligencją „analogową” nie wpadnie na pomysł, by odciąć ją od zasilania. Celowo. Aby wszystko zostało po staremu. ●

# Cóż tam, panie, w polityce?

## Czyli ochrona zdrowia w kontekście zbliżających się wyborów parlamentarnych



WSZYSCY MYŚLAMI SĄ JUŻ NA URLOPACH, TYMCZASEM DO NASZEJ REDAKCJI NAPŁYNĘŁY WYPOWIEDZI KOLEJNEJ PARTII POLITYCZNEJ. PRZYPOMNIJMY ZATEM, O CO CHODZI.

Fot. licencja OIL w Warszawie

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Redakcja „Pulsu” przygotowała zestaw pytań odnoszących się do najgorętszych problemów, z którymi boryka się ochrona zdrowia w naszym kraju. Wysłaliśmy je, z prośbą o udzielenie odpowiedzi, do sześciu najbardziej liczących się ugrupowań polskiej sceny politycznej. W tym numerze prezentujemy odpowiedzi komitetu Nowej Lewicy. Do dziś na naszą inicjatywę nie zareagowały Prawo i Sprawiedliwość, Koalicja Obywatelska oraz Konfederacja. Jeśli dotrą do nas odpowiedzi od tych partii, będziemy je publikować sukcesywnie.



### FINANSOWANIE

1. Czy Państwa zdaniem środki obecnie przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia są wystarczające? A jeśli nie, to jak uzyskać większe?

Lewica przez całą kadencję stoi na stanowisku, że środki przeznaczone na ochronę zdrowia są niewystarczające. Posłanka Marcelina Zawisza złożyła projekt ustawy o dofinansowaniu systemu do poziomu 7,2 proc. PKB i urealnieniu sposobu obliczania wartości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia.

W początkowym okresie (po wprowadzeniu proponowanych przez nas zmian) dodatkowe pieniądze z całą pewnością będą musiały pochodzić z budżetu państwa. To realnie około 100 mld zł. Podobna była skala środków na wsparcie przedsię-

biorców w czasie pandemii, na które przecież nasze państwo bez większego problemu mogło sobie pozwolić.

W dalszej perspektywie musimy przedyskutować, czy utrzymać w Polsce system składkowy (wtedy należałoby opracować ścieżkę dojścia do odpowiedniej wysokości składek), czy też przejść na bardziej elastyczny pod względem źródeł finansowania system budżetowy. Niewykluczone też, że hybrydowy system: składki plus znaczne dofinansowanie z budżetu państwa, się sprawdzi. O tym jednak dyskusować trzeba po tym, jak wzrost finansowania przełoży się na większą dostępność ochrony zdrowia, a wraz z nią – na społeczne zaufanie do publicznego systemu. Zaufanie, którego bardzo potrzebujemy.

2. Jaki procent PKB chcą Państwo przeznaczyć na finansowanie ochrony zdrowia?

Brak odpowiedzi

3. Czy składki zdrowotne powinny być zależne od dochodu płatnika, czy jednakowe dla wszystkich?

Kluczowa podczas dyskusji o systemie składkowym, budżetowym lub hybrydowym jest jednak polityczna decyzja o konieczności sprawnego zwiększenia finansowania systemu.

Wprowadzenie liniowej, prostej składki zdrowotnej byłoby w Polsce dużym postępem. Niestety, wysokość składki zdrowotnej została ustanowiona, jeszcze za czasów rządów post-solidarnościowych, na zbyt niskim poziomie i dziś zbieramy owoce pomysłów Leszka Balcerowicza.

## KSZTAŁCENIE

1. Czy Państwa zdaniem faktycznie istnieje potrzeba tak drastycznego zwiększenia liczby lekarzy kosztem jakości ich kształcenia?

Istnieje potrzeba przeglądu długofalowych skutków takiego ruchu, a także dyskusji nie tylko o podaży, ale i popycie na pracę lekarzy. Komisja Europejska już w 2019 r., w raporcie o przenoszeniu i podziale zadań między profesjonalistami medycznymi, wskazywała, że istnieje wiele obszarów, w których zaprzęgnięcie do pracy lekarza specjalisty jest nieefektywne. W polską debatę trwale wpisały się już sekretarki medyczne. Jesteśmy przekonani, że w toku ustaleń z izbami zawodowymi byłibyśmy w stanie wskazać wiele (chcianych i niechcianych) zadań, w wykonywaniu których lekarze mogliby uzyskać pomoc. Sprawiłoby to, że zapotrzebowanie na ich pracę byłoby mniej palące i pozwoliło na zachowanie jakości kształcenia.

2. Czy w kontekście jakości przyszłych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjentów należy podnieść wymogi stawiane uczelniom niemedycznym prowadzącym kierunki lekarskie?

Brak odpowiedzi

## WSPÓŁPRACA Z MEDYKAMI

1. Czy widzą Państwo potrzebę zacieśnienia współpracy z samorządem lekarskim oraz innymi instytucjami medycznymi?

Tak, przeprowadzanie reform bez dialogu społecznego to tryb pracy rządu, z którym należy po prostu skończyć. Potencjał izb zawodowych i organizacji związkowych medyków trzeba zaprząć do planowania długofalowych reform, np. dotyczącej efektywnego podziału zadań w warunkach niedoboru kadr, ich ilości i jakości.

2. Jak Państwa zdaniem powinna wyglądać współpraca rządu z samorządem lekarskim?

Wszystkie narzędzia dialogu są już dostępne. Można odnieść wrażenie, że obecny rząd lubi budować fundamenty zmian

w ochronie zdrowia saperką, mając pod ręką wykwalifikowaną ekipę budowlańców.

3. W jakim zakresie widzą Państwo potrzebę współpracy?

To bardzo szeroki zakres – głos profesjonalistów jest ważny przy każdej zmianie kształtu systemu ochrony zdrowia.

## PUBLICZNA OCHRONA ZDROWIA

1. Jak powinien być rozłożony ciężar zadań systemowych między prywatną i publiczną ochroną zdrowia?

Stoimy na stanowisku, że najlepsze rezultaty przynosi dobrze pomyślany i dofinansowany system publiczny.

## BIUROKRACJA

1. Jak zamierza Państwo ograniczyć mnogość zadań czysto biurokratycznych, jakimi obciążeni są lekarze?

Zacząć trzeba choćby od uregulowania zawodu sekretarki medycznej. Mimo lat obecności w świadomości i debacie publicznej ten zawód pod względem prawnym nie istnieje, nie ma szczególnej ścieżki kształcenia, rozwoju zawodowego, nie jest osadzony w siatce płac, nie ma też dobrze przedyskutowanych zadań w systemie. Sekretarki oczywiście pracują, ale czas, gdy ich miejsce i płaca to wypadkowa partyzanckich działań w trybie „co się komu wydaje”, powinien odejść w przeszłość.

## CUDZOZIEMCY

1. Czy należy chronić polski rynek medyczny przed napływem niewykwalifikowanych pracowników z innych krajów? Dlaczego tak/dlaczego nie?

Polski rynek medyczny warto byłoby przede wszystkim chronić przed emigracją personelu, który już na nim funkcjonuje. Mamy dobry zestaw wymagań dotyczących nostryfikacji dyplomów i uprawnień, a jednocześnie stosunkowo niewielką liczbę starających się o ich uznanie.

## MINISTERSTWO ZDROWIA

1. Czy minister zdrowia powinien być lekarzem praktykiem?

Minister zdrowia powinien być przede wszystkim sprawnym politykiem. Zdolność prowadzenia dialogu społecznego, wazenia racji i kierowania się interesem publicznym to kompetencje, które może posiadać zarówno lekarz praktyk, jak i były prezes NFZ. Niestety, nie zawsze je posiada.

\*\*\*

Z dotychczas uzyskanymi odpowiedziami, od ugrupowań Polska 2050 oraz PSL, mogą się Państwo zapoznać w czerwcowym numerze miesięcznika „Puls” oraz na naszej stronie internetowej, do czego gorąco zachęcamy. ●



# Rodzinnie z OIL w Warszawie w Parku Julinek

– TO BYŁA PIERWSZA TAK DUŻA IMPREZA W HISTORII OIL W WARSZAWIE, ZORGANIZOWANA DLA CAŁYCH RODZIN LEKARSKICH. SPOTKALIŚMY SIĘ Z KOLEGAMI I KOLEŻANKAMI, KTÓRYCH NIE WIDZIELIŚMY OD DŁUŻSZEGO CZASU, MOGLIŚMY POWSPOMINAĆ I WSPÓLNIE SPĘDZIĆ MIŁE CHWILE. MAMY SYGNAŁY, ŻE IMPREZA ZOSTAŁA ODEBRANA WYJĄTKOWO POZYTYWNIEM, I WIERZĘ, ŻE LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI CHĘTNIE WEZMĄ UDZIAŁ W KOLEJNYCH – PODKREŚLA PIOTR PAWLISZAK, PREZES OIL W WARSZAWIE.

tekst **PIOTR KOŁCZYK**

**P**od koniec maja w Parku Julinek przygotowaliśmy wiele atrakcji dla młodszych i starszych gości, m.in. wesołe miasteczko, pole do minigolfa, ściankę wspinaczkową, kącik dla maluchów. Mamy nadzieję, że zdjęcia z fotobudki jeszcze długo będą przypominać Wam ten dzień.

Sylvia Szewczak, dyrektor Biura OIL w Warszawie, mówi: – Nie ukrywam, że spotkanie w Parku Julinek było dużym wyzwaniem organizacyjnym. Pierwszy raz w historii OIL w Warszawie przygotowaliśmy imprezę na prawie tysiąc osób. Cieszy mnie, że zdołaliśmy sprostać zadaniu i sprawić, że lekarskie rodziny bawiły się świetnie.

*Spotkanie miało szczególne znaczenie, ponieważ zorganizowaliśmy je, by wspólnie spędzać czas przeznaczony dla rodziny. Reakcje i opinie uczestników były niezwykle pozytywne. Wierzę, że zrodziła się między nami więź i umocniły wcześniejsze relacje.*

*Impreza odniosła tak duży sukces, że widzimy potrzebę integracji środowiska z rodzinami. Dlatego planujemy cykliczne spotkania. O kolejnych będziemy informować w naszych mediach społecznościowych, zachęcamy więc do ich śledzenia. ●*





Fotografie: OIL w Warszawie

# Campeones FC Stylus



PIERWSZY SEZON ROZRYWEK LIGI MISTRZÓW OIL W WARSZAWIE  
ZAKOŃCZYŁ SIĘ TRYUMFEM ZESPOŁU FC STYLUS.

relacja **MICHAŁA NIEPYTALSKIEGO**

**D**rugie miejsce zajęło Dynamo Wołoska, które miało tyle samo punktów, co Healers United, ale wynik bezpośredniego spotkania między tymi drużynami zepchnął HU na najniższy stopień podium. Musiała to być gorzka pigułka, bo healersi mieli najlepszy bilans bramkowy w lidze. Strzelili aż 70 goli w dziewięciu meczach, a stracili tylko 22 bramki. Dla porównania mistrzowie zdobyli 58 bramek przy 27 straconych.

Losy mistrzostwa ważyły się do ostatniego spotkania. Stylusi mieli tylko trzy punkty przewagi nad Wołoską, ale przegrali (była to ich jedyna porażka w rozgrywkach). Gdyby w dziewiątej kolejce ulegli OIL w Warszawie, a Dynamo zgarnęło komplet punktów, z mistrzostwa cieszyliby się „resortowi”. Izbowa drużyna nie dała jednak rady powstrzymać FC Stylus, który efektowne zwycięstwo 14:1 przypieczetował bramką godną światowym stadionów, zdobytą nożycami po precyzyjnym podaniu na pole karne z prawego skrzydła.

Dopiero czwarte miejsce zajęli Najlepsi, chociaż po pierwszych kilku kolejkach wydawało się, że nikt im nie zagrozi. Jednak porażka właśnie ze Stylusem w piątej kolejce zakończyła ich zwycięską passę, a rozpoczęła cykl przegranych spotkań (trzech). To zadecydowało, że znaleźli się tuż za podium.

Tytuł króla strzelców zdobył Filip Szulecki z Healers United (25 goli), deptał mu po piętach kolega z drużyny Bartłomiej Rotuski (21). Trzecim najskuteczniejszym strzelcem ligi okazał się Kacper Jackowicz (17 bramek, Dynamo Wołoska).

Jesienią planowane jest wznowienie rozrywek. O zasadach rejestracji będziemy informować na internetowej stronie izby.

Komplet rezultatów wiosennych rozrywek na: [superliga6.pl/oil/](http://superliga6.pl/oil/). ●



# Mistrzostwa w półmaratonie



Z CZASEM 1:28:15 LEKARZ PSYCHIATRA MARCIN WALENCIK WYGRAŁ 9. MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY W PÓŁMARATONIE, KTÓRE ODBYŁY SIĘ 18 CZERWCA W RADOMIU.

**Z**awody lekarzy rozegrano w ramach XI Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76, upamiętniającego tzw. wydarzenia radomskie – ogromne demonstracje antyrządowe, związane z drastycznymi podwyżkami cen żywności, brutalnie spacyfikowane przez władze komunistyczne.

Drugie miejsce w klasyfikacji „open” lekarskich mistrzostw zajęła studentka medycyny Natalia Gospodarczyk, która na metę wbiegła dwie minuty za dr. Walencikiem. Ten rezultat dał jej też zwycięstwo w grupie kobiet do 20. roku życia

w klasyfikacji ogólnej Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76.

W mistrzostwach wzięli ponadto udział przedstawiciele Sekcji Biegowej OIL w Warszawie. W różnych klasyfikacjach udało im się zająć dwa drugie i dwa trzecie miejsca.

Współorganizatorem mistrzostw była OIL w Warszawie i Delegatura Radomska OIL w Warszawie. W ceremonii wręczenia medali wziął udział wiceprezes ORL w Warszawie Karol Stępniewski. ●



## Refundacja szkoleń i materiałów edukacyjnych

Do 1000 zł raz na 2 lata

Szczegóły na [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl) w zakładce „Punkty edukacyjne”



Fot. licencja OLL w Warszawie

# Vademecum lekarza przedsiębiorcy

W ŻYCIU NIEMAL KAŻDEGO PRZEDSIĘBIORCY PRZYCHODZI MOMENT, W KTÓRYM DECYDUJE SIĘ NA ZATRUDNIENIE PRACOWNIKA. KANDYDACI NAJCHĘTNIEJ WYBIERAJĄ PRACODAWCĘ OFERUJĄCEGO UMOWĘ O PRACĘ. ZE WZGLĘDU NA KORZYŚCI, JAKIE NIESIE TA FORMA ZATRUDNIENIA, NIE MA SIĘ CZEMU DZIWIĆ.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## CZYM JEST UMOWA O PRACĘ?

**N**ajprostsza definicja wyjaśnia, że to umowa zawierana między pracodawcą a pracownikiem, na podstawie której pracownik zobowiązuje się do wykonywania określo-

nego rodzaju pracy na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonych przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem.

## FORMA UMOWY

Umowę o pracę sporządza się na piśmie, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Musi zawierać przede wszystkim:

- określenie stron umowy,
- rodzaj umowy,
- datę zawarcia umowy,
- warunki pracy i płacy, takie jak:
  - rodzaj pracy,
  - miejsce wykonywania pracy,
  - wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy, ze wskazaniem jego składników,
  - wymiar czasu pracy,
  - termin rozpoczęcia pracy.

➤ Jeżeli umowa o pracę nie została zawarta na piśmie, przed dopuszczeniem do niej pracownika należy potwierdzić mu na piśmie ustalenia co do:

- stron umowy,
- rodzaju umowy,
- warunków umowy.

**Uwaga!** Nieokreślenie stron umowy oraz rodzaju wykonywanej pracy unieważnia umowę. Jeśli rodzaj umowy nie został określony, w świetle prawa pracy jest to umowa na czas nieokreślony. W przypadku niepodania miejsca wykonywania pracy uważa się za nie siedzibę pracodawcy.

## NA OKRES PRÓBNY, OKREŚLONY I NIEOKREŚLONY

Umowy o pracę dzieli się na trzy rodzaje ze względu na czas, na jaki zostały zawarte. Dla każdego rodzaju umowy obowiązują inne zasady rozwiązywania odnoszące się do okresu wypowiedzenia.

➤ **Umowa na okres próbny** jest zawierana w celu sprawdzenia kwalifikacji pracownika i oceny, czy warto go zatrudnić na dłużej.

- Nie może zostać zawarta na dłużej niż trzy miesiące.
- Jeśli po okresie próbnym planuje się zatrudnienie pracownika na czas określony, krótszy niż sześć miesięcy, umowa na okres próbny nie może być zawarta na dłużej niż miesiąc.
- Jeśli po okresie próbnym planuje się zatrudnić pracownika na czas określony, dłuższy niż sześć miesięcy, ale krótszy niż 12, umowa na okres próbny nie może być obowiązywać dłużej niż dwa miesiące.
- Można przedłużyć umowę o pracę na okres próbny o czas urlopu lub innej usprawiedliwionej nieobecności pracownika (np. choroby), jeżeli umowa zawiera taką zasadę.

➤ **Umowa na czas określony** – zawiera się jedną taką umowę na okres nieprzekraczający 33 miesięcy lub trzy umowy, które łącznie obowiązują nie dłużej niż 33 miesiące.

➤ **Umowa na czas nieokreślony**, jak wskazuje jej nazwa, jest umową bezterminową i obowiązuje do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia. Strony mogą ją rozwiązać za wypowiedzeniem albo bez zachowania okresu wypowiedzenia w określonych przepisami sytuacjach.

W ciągu 30 dni od dnia dopuszczenia pracownika do pracy pracodawca musi poinformować go (pisemnie lub drogą elektroniczną):

- o nazwie instytucji zabezpieczenia społecznego, do której wpływają jego składki,
- o ochronie związanej z zabezpieczeniem społecznym, zapewnianej przez firmę, np. o dodatkowym ubezpieczeniu emerytalnym, PPK.

## BADANIA WSTĘPNE, OKRESOWE I KONTROLNE

Wydaje się trzy egzemplarze skierowania na badania – dla placówki medycznej, dla przyszłego pracownika, a trzeci umieszcza się w aktach osobowych.

Nie wolno dopuścić do pracy osoby bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Pracownik ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim. Odmowa wykonania polecenia jest podstawą rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia, z powodu ciężkiego naruszenia zasadniczych obowiązków pracownika.

**Uwaga!** Pracownik musi poddawać się okresowym i kontrolnym (po co najmniej 30 dniach nieobecności w związku z chorobą) badaniom lekarskim. Jeśli ze swojej winy nie poddał się badaniu lekarskiemu i nie otrzymał orzeczenia o zdolności do pracy, za czas niewykonywania pracy z powodu choroby nie otrzyma wynagrodzenia. Badania lekarskie pracownik wykonuje **na koszt pracodawcy i, w miarę możliwości, w godzinach pracy.**

## SZKOLENIA BHP

W przypadku przyjmowania nowego pracownika pracodawca ma obowiązek:

- zapewnić mu przeszkolenie w zakresie BHP przed dopuszczeniem go do pracy; odbycie szkolenia ogólnego oraz na swoim stanowisku pracownik potwierdza na piśmie w karcie szkolenia wstępnego, która jest przechowywana w jego aktach osobowych;
- zapoznać pracownika z oceną ryzyka zawodowego oraz zasadami ochrony.

**Uwaga!** Niestosowanie zasad BHP w firmie może skutkować karą grzywny **od 1 tys. do 30 tys. zł.** ●

# Przerywanie ciąży w Polsce: pułapka na pacjentki i lekarzy

KOBIETY ŻYJĄ W SKRAJNEJ NIEPEWNOŚCI, CZY BĘDĄ BEZPIECZNE W CIĄŻY. LEKARZE NATOMIAST W KLASYCZNYM POTRZASKU: PRZERWANIE CIĄŻY ALBO ZWŁOKA GROŹNA DLA KOBIETY. W OBU PRZYPADKACH – PROKURATOR NA KARKU. SYTUACJA PRAWNA, GDYBY RZETELNIE PODEJŚĆ DO PRZEPISÓW, NIE JEST JEDNAK AŻ TAK BEZNADZIEJNA, GDY KOBIECIE W CIĄŻY ZACZYNA ZAGRAŻAĆ NIEBEZPIECZEŃSTWO.

tekst **MIKOŁAJ MAŁECKI**



Fot. P. Urbartczyk

Przypomnijmy, że w aktualnym stanie prawnym jedynie w dwóch przypadkach dozwolone jest dokonanie aborcji. Pierwszy to zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Klasyczny stan wyższej konieczności, opisany w specjalnym przepisie rozstrzygającym, któremu dobru prawnemu lekarz ma dać pierwszeństwo (przerywa ciążę, ratując życie lub zdrowie kobiety). Drugi wskazuje art. 4a ust. 1 pkt 3 ustawy o planowaniu rodziny mówiący, że ciąża może być przerwana przed upływem 12. tygodnia, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że powstała w wyniku czynu zabronionego. Nie można poddawać kobiety torturze psychicznej i zmuszać ją do ponoszenia skutków popełnionego na niej przestępstwa (najczęściej) gwałtu.

W ustawie nie ma już przesłanki embriopatologicznej, zgodnie z którą przerwanie ciąży było dopuszczalne, jeżeli „*badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu*”. Doprowadziło to do trudnych do zrozumienia przypadków, kiedy lekarze zwlekali z interwencją medyczną mimo pogarszania się stanu zdrowia kobiety, bojąc się oskarżenia o przerwanie ciąży wbrew regulacjom prawnym. „*Dorota z Nowego Targu nie żyje, bo polskie prawo antyaborcyjne zabija, a z lekarzy czyni politycznych sługusów zamiast ekspertów od ochrony zdrowia*” – napisali organizatorzy protestu wywołanego śmiercią jednej z kobiet w ciąży.

Ustawową przesłanką pozwalającą na przerwanie ciąży jest zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Przepis mówi o zagrożeniu bardzo ogólnie. Z takiego ustawowego określenia wypływa kilka wniosków.

Po pierwsze, przerwanie ciąży może być dokonane, nawet jeśli nie zagraża ona życiu matki. Wystarczy zagrożenie dla jej zdrowia.

Po drugie, ustawa nie wymaga doprowadzenia do uszczerbku na zdrowiu kobiety. Mowa jedynie o stanie zagrożenia dla zdrowia. Zagrożenie nie musi być bezpośrednie. W praktyce powinno to oznaczać, że nie trzeba czekać na drastyczne pogorszenie się stanu zdrowia kobiety, by podjąć decyzję o przerwaniu ciąży. Jeśli względy medyczne uzasadniają stwierdzenie, że stan ciąży stwarza rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia kobiety, przesłanka aborcyjna jest spełniona. Pomocne może być tu określenie „zagrożenie dla życia”. Nie trzeba przecież czekać na śmierć kobiety, by stwierdzić zagrożenie dla życia, ustawa opisuje etap wcześniejszy, zanim dojdzie do zgonu.

Po trzecie, w przepisie mowa: „*gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety*”. Wskazane w nim jest źródło zagrożenia (ciąża) oraz to, co z niego wynika: zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety. Użyto czasu teraźniejszego: „*stanowi zagrożenie*”, więc oczywiście chodzi o wszelkie odbiegające od medycznej normy stany organizmu kobiety,

zagrożające jej jeszcze w czasie trwania ciąży, w momencie, gdy podejmowana jest decyzja o dalszym sposobie postępowania.

Widać zatem, że mamy do czynienia z bardzo pojemną przesłanką. Przykładowo, nie powinno być wątpliwości, że sepsa jest już zagrożeniem dla zdrowia kobiety w rozumieniu art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny. Zakażenie organizmu to w gruncie rzeczy już zmaterializowany uszczerbek, to już konkretna choroba – myśląc kategoriami z zakresu kodeksu karnego. Tymczasem ustawa nie wymaga oczekiwania na uszczerbek. Pozwala przerwać ciążę, zanim uszczerbek nastąpi.

Przerwanie ciąży jest dozwolone również wtedy, gdy zdrowiu lub życiu kobiety zagraża uszkodzony lub upośledzony płód (dawna przesłanka embriopatologiczna). We wcześniejszej sytuacji prawnej taki stan płodu uzasadniał przerwanie ciąży bez względu na jego oddziaływanie na dobrostan matki. Nie trzeba było dodatkowo wykazywać wpływu ciąży na zdrowie czy życie kobiety. Wykreślenie przesłanki embriopatologicznej oczywiście nie oznacza, że wadliwa ciąża nie może mieć wpływu na zdrowie kobiety ciężarnej. Rzecz jasna może i sytuację taką objął przepis mówiący o zagrożeniu dla zdrowia.

Nie jest więc uzasadnione następujące myślenie: „*Skoro zniknęła z ustawy przesłanka dopuszczająca przerwanie ciąży, gdy płód jest nieodwracalnie uszkodzony, lekarz nie może już nigdy legalnie przerwać ciąży*” lub: „*Muszę czekać, aż płód obumrze, by nie narazić się na odpowiedzialność za naruszenie warunków ustawy*”. To błędne myślenie jest alternatywą rozłączną: albo przesłanka zagrożenia dla zdrowia, albo przesłanka embriopatologiczna. Nic takiego nie wynikało ani nie wynika z obowiązujących przepisów. Mówimy o regulacjach, które się zająbiają, bo wspomniane sytuacje medyczne mogą na siebie „zachodzić”. Dlatego przepisy powinny być rozumiane możliwie jak najbardziej elastycznie.

Sztuką jest racjonalna interpretacja obowiązujących regulacji, by zwiększyć bezpieczeństwo medyczne i prawne kobiet w ciąży. Elastyczność przepisu ma swoją cenę – może być naciągany w różne strony, w zależności od politycznego zapotrzebowania. Prawo przenika się dzisiaj, jak nigdy wcześniej, z brutalną polityką. Lekarz decydujący o przerwaniu ciąży znajduje się w zasadzie w sytuacji bez wyjścia. Każda decyzja obarczona jest ryzykiem oskarżenia go o popełnienie przestępstwa.

Przedwczesne przerwanie ciąży może zrodzić podejrzenia o naruszenie warunków ustawy i prowadzić do prokuratorskich zarzutów dokonania nielegalnej aborcji (art. 152 kodeksu karnego). Utrzymywanie ciąży w oczekiwaniu na obumarciu płodu stanowi ryzyko dla zdrowia i życia kobiety, lekarz musi się liczyć z postawieniem zarzutów narażenia jej na niebezpieczeństwo i nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 160, art. 155 k.k.). Niezależnie od tego, co zrobi lekarz, prokurator zawsze może zakwestionować słuszność jego działania. W praktyce lekarz przestaje kierować się wyłącznie wiedzą medyczną, lecz zaczyna myśleć o represjach ze strony aparatu



Fot. licencja OIL w Warszawie

państwa, które go mogą osiągnąć bez względu na to, jaką podejmie decyzję. Wiemy, jak obecny minister sprawiedliwości – zwierzchnik wszystkich prokuratorów – potrafi potraktować lekarzy. Nie ma to nic wspólnego ze standardami państwa prawa.

Prawo aborcyjne w Polsce zostało realnie zaostrzone. Widać, jakie są skutki. To pułapka zastawiona na kobiety i lekarzy. Obecna sytuacja wymaga szybkiego naprawienia, by nigdy więcej nie doszło do śmierci, której można było uniknąć, i każda kobieta w ciąży czuła się bezpiecznie. Lekarz zaś powinien działać zgodnie z fachową wiedzą i kierować się doświadczeniem, bez obawy o postawienie w stan oskarżenia, niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Dopóki stan prawny nie ulegnie zmianie, cała nadzieja w rzetelnej wykładni przepisów i ich odważnym wcielaniu w życie. Również w praktyce lekarskiej. ●

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.

# Klauzula sumienia a Kodeks

**T**ragiczne wydarzenia ze szpitala w Nowym Targu, które zakończyły się śmiercią pacjentki, wywołały lawinę dyskusji. Bez oczekiwania na ostateczne rozstrzygnięcia odpowiednich organów śledczych i kontrolnych w dyskursie politycznym zaczęły pojawiać się oceny i wnioski, m.in. dotyczące likwidacji klauzuli sumienia. W „Pulsie” prezentujemy zatem podstawowe fakty dotyczące tego pojęcia prawnego, opisanego w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Pojęcie klauzuli sumienia znalazło się już w pierwotnej treści ustawy, która obowiązuje od 1997 r. Wówczas art. 39 brzmiał następująco:

*„Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”.*

Mimo wielokrotnych nowelizacji ustawy, przepis nie ulegał istotnym zmianom przez kolejne 23 lata. Dopiero w 2020 r. wprowadzono modyfikację, jaką wymógł wyrok Trybunału Konstytucyjnego z października 2015 r. TK stwierdził wówczas, że obowiązek wskazywania innego lekarza, który wykona świadczenie, jest niezgodny z Konstytucją RP. W ustawie pojawiło się m.in. sformułowanie: *„egzekwowanie tego obowiązku w dłuższej perspektywie prowadzi do wykluczenia z zawodu osób, które chcą się na nią powołać, i godzi w fundament pluralistycznego i demokratycznego państwa”.* Z przepisu wykreślono zatem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce.

Działanie w zgodzie z własnym sumieniem jest uwzględnione także w Kodeksie Etyki Lekarskiej. O omówienie tego zagadnienia poprosiliśmy filozofa dr. Adama Skowrona z Zakładu Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Oprac. **Michał Niepytalski**

WARTOŚCI STANOWIĄ FUNDAMENT WIĘKSZOŚCI SYSTEMÓW ETYCZNYCH. JEŚLI DZIAŁANIE PROWADZI DO REALIZACJI JAKIEJŚ WARTOŚCI, ZAZWYCZAJ OKREŚLANE JEST JAKO „MORALNIE DOBRE”, „SŁUSZNE” LUB „WŁAŚCIWE”. ANALOGICZNIE – JEŚLI CZYN (BĄDŹ JEGO ZANIECHANIE) NARUSZA PRZYJĘTĄ WARTOŚĆ, MOŻNA UZNAĆ GO ZA „MORALNIE ZŁY”, „NIEWŁAŚCIWY”.



Fot. archiwum

tekst  
**ADAM SKOWRON**



**Z**ależność ta występuje również w etyce lekarskiej. Można wyznaczyć szereg wartości, na których opiera się lekarski model etyczny: życie i zdrowie, dobrostan psychofizyczny pacjenta, wolność/autonomia (zarówno lekarza, jak i pacjenta), dyskrecja (wynikająca z koncepcji tajemnicy lekarskiej), prawdomówność, zaufanie oraz wiele innych. Wartości te są oczywiście hierarchizowalne. Niektóre mają status wartości autotelicznych (nadrzędnych, centralnych; np. wartość życia i zdrowia pacjenta), inne natomiast są wartościami instrumentalnymi, tzn. takimi, które służą realizacji wartości wyższego rzędu (przykładowo prawdomówność, która wydaje się niezbędna, aby w relacji lekarz – pacjent pojawiło się pełne zaufanie).

W szczególnych sytuacjach może się jednak zdarzyć, że między dwiema wartościami wystąpi konflikt. Praktyczne wskazówki odnośnie do rozwiązywania takich sytuacji znajdują się w Kodeksie Etyki Lekarskiej.



# Etyki Lekarskiej

W pkt 2 art. 2 KEL odnajdziemy wskazanie, którą z wymienionych wyżej wartości należy uznać za najistotniejszą: „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto* (...)”. W praktyce oznacza to, że w przypadku dylematu moralnego lekarz powinien zadać sobie pytanie: jaką decyzję muszę podjąć, aby zrealizować ową wartość nadrzędną, tj. dobro chorego?

Powróćmy teraz do rozważań na temat klauzuli sumienia. W kontekście tegoż zagadnienia wspomniany dylemat powsta-

W szczególnych sytuacjach może się jednak zdarzyć, że między dwiema wartościami wystąpi konflikt. Praktyczne wskazówki odnośnie do rozwiązywania takich sytuacji znajdują się w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

*ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”;*

– oraz w art. 7: „W szczególności uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu

*inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”* (w szerokim zakresie, mowa jest tu bowiem o działaniach zawodowych).

Zwróćmy jednak uwagę, że w żadnym z przytoczonych przypadków nie ma mowy o niczym nieograniczonej samowoli. Gdy np. lekarz odstępuje od leczenia, powoławszy się na art. 7, zostaje zobowiązany do zapewnienia opieki medycznej innego lekarza (przypomnijmy zarazem, że artykuł ten nie ma zastosowania w sytuacjach nagłych, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie życia, niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia). Nie może w tym przypadku pozostawić pacjenta „samemu sobie”, ale zobowiązuje się do przedstawienia mu innej możliwości leczenia.

Sytuacja może wyglądać nieco inaczej, gdy lekarz odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego niebędącego leczeniem. Przypomnijmy, że w art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zapisano możliwość odmowy wykonania właśnie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem lekarza. Rozważając zatem kwestię korelacji między prawem stanowionym a prawem moralnym, należy wskazać już nie art. 7 KEL (gdyż ten dotyczy *stricte* leczenia), ale art. 4 KEL, w którym mowa o „*swobodzie działań zawodowych*”. Różnica dotyczy jednak następstw zastosowania danego artykułu. Zwróćmy bowiem uwagę, że w przypadku powołania się na art. 7 KEL lekarz zobowiązany jest do „*wskazania choremu innej możliwości uzyskania pomocy lekarskiej*”, zapisu takiego nie ma już w art. 4 KEL.

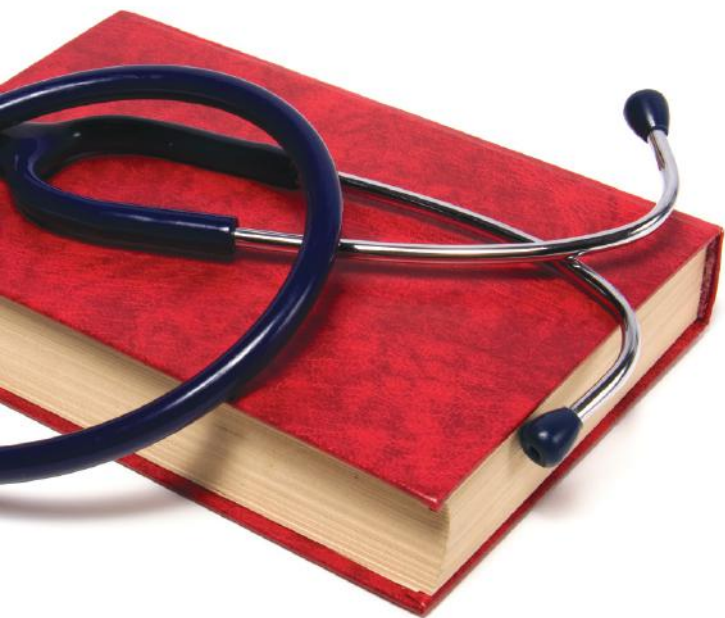
Koncepcja klauzuli sumienia stanowi pewnego rodzaju etyczny kompromis. Jego brak mógłby doprowadzić do absolutyzacji autonomii pacjenta, powodując sytuacje, w których lekarz byłby zmuszony do poddania się woli pacjenta wbrew swojemu sumieniu. A przecież, jak mawiał wybitny polski lekarz i etyk Władysław Biegański, „*nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem*”. Trudno zaś być dobrym człowiekiem, nie mając czystego sumienia. ●

je wówczas, gdy zachodzi konflikt między wartością nadrzędną (dobro chorego) a wartością autonomii lekarza, ewentualnie w sytuacji konfliktu między wartością autonomii pacjenta oraz – ponownie – wartością autonomii lekarza.

Możliwość realizacji tej drugiej zagwarantowana jest w KEL w kolejnych artykułach:

– art. 4: „*Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną*” (w szerokim zakresie, mowa jest tu bowiem o działaniach zawodowych);

– art. 6: „*Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak*



Fot. licencja OIL w Warszawie

Dr Adam Skowron, adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego CMKP.

# Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

## USTAWA O PAŃSTWOWEJ KOMISJI DS. BADANIA WPŁYWÓW ROSYJSKICH A TAJEMNICA LEKARSKA

**S**ejm uchwalił, a prezydent podpisał ustawę o Państwowej Komisji ds. Badania Wpływów Rosyjskich na Bezpieczeństwo Wewnętrzne Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2007–2022.\* Zadaniem komisji jest prowadzenie postępowań wyjaśniających działalność funkcjonariuszy publicznych lub członków kadry kierowniczej wyższego szczebla, którzy pod rosyjskim wpływem działali na szkodę Rzeczypospolitej Polskiej. Nowo powołany organ jest m.in. uprawniony do przesłuchiwania świadków i biegłych, w tym osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, lekarskiej i dziennikarskiej. Warunkiem prowadzenia przesłuchania we wspomnianym zakresie jest jego niezbędność do

ochrony ważnych interesów Rzeczypospolitej Polskiej lub bezpieczeństwa wewnętrznego i wówczas, gdy ustalenie okoliczności na podstawie innego dowodu byłoby nadmiernie utrudnione. Świadek lub biegły, który mimo prawidłowego wezwania nie stawił się na posiedzenie komisji bez uzasadnionej przyczyny, bez zezwolenia kierującego rozprawą opuścił ją przed zakończeniem lub bezzasadnie odmówił złożenia zeznania albo wydania opinii, może być ukarany grzywną do 20 tys. zł, a w razie ponownego niezastosowania się do wezwania – do 50 tys. zł.

Wspomniany akt prawny, uchwalony w bardzo krótkim czasie i bez właściwych konsultacji społecznych, wzbudził wątpliwości wielu środowisk. Przytoczone przepisy umożliwiają uchylanie tajemnicy lekarskiej, a zatem dostęp do dokumentacji medycznej organowi, łączącemu funkcje śledcze i sądowe, nad którego działaniem kontrola ma charakter niemal wyłącznie polityczny. Powołanie komisji może rodzić więc sprzeciw lekarzy, którzy pod groźbą kar finansowych mogą być zobowiązani do ujawniania faktów objętych tajemnicą zawodową, a także pacjentów, których zdrowia okoliczności te dotyczą.

## PROJEKT NOWELIZACJI USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

18 maja 2023 r. wpłynął do Sejmu projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw.\*

To projekt poselski, co oznacza, że będzie zapewne procedowany w szybkim tempie. Akt jest zarazem powtórzeniem części regulacji, jakie zawierała (odrzucona w kwietniu 2023) ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Omawiana ustawa wprowadzić ma system pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistnienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Projekt definiuje zdarzenie medyczne jako zaistniałe podczas udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, których z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę. Wysokość świadczenia kompensacyjnego należnego pacjentowi lub osobom dla niego najbliższym z tytułu jednego zdarzenia medycznego określono w przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym oraz uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na kwotę od 2 tys. do 200 tys. zł, śmierci pacjenta na kwotę od 20 tys. do 100 tys. zł. Kwoty te mają podlegać corocznej waloryzacji. Wnioski o wypłatę świadczenia kompensacyjnego należy składać w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zdarzeniu medycznym, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. Postępowanie w zakresie rozpoznania wniosku i wypłaty świadczenia będzie prowadził rzecznik praw pacjenta. Środki na wypłatę rekompensat pochodzą z majątku powołanego w tym celu Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

Do projektu uwagi zgłosiło Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.\* W stanowisku z 25 maja 2023 r. wskazano, że samorząd lekarski w pełni aprobuje ideę wdrożenia nowego modelu pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów. Proponowana regulacja wymaga jednak korekty. W szczególności zwrócono uwagę, że nowy system kompensacji szkód obejmie tylko zdarzenia medyczne będące następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu. Czyni to regulację niepełną, ponieważ wyklucza chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych, które nie są finansowane ze środków publicznych. Kolejne zastrzeżenie dotyczy pominięcia podmiotu leczniczego, w którym udzielano świadczeń, w postępowaniu dotyczącym wypłaty świadczenia. Zdaniem samorządu szpital w takiej procedurze powinien mieć status strony.

W stanowisku PNRL podkreślono, że niektóre uwagi zgłaszane przez środowisko lekarskie zostały uwzględnione w projekcie nowej regulacji. Dotyczy to przede wszystkim corocznej waloryzacji wysokości przyznawanych pacjentom świadczeń oraz gwarancji, że w skład działającego przy rzeczniku praw pacjenta Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych wchodzić będzie odpowiednia liczba lekarzy. Zwrócono jednak uwagę, że wykluczenie z zespołu może być oparte na niedookreślonej przesłance „zaistnienia okoliczności, które wpływają na niezależne sprawowanie funkcji członka zespołu”, a zatem stanowić podstawę nieuzasadnionych zmian w jego składzie.

## WYROKI W SPRAWACH Z UDZIAŁEM RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Biurowo Rzecznika Praw Pacjenta poinformowało o dwóch istotnych wyrokach, jakie w ostatnim czasie zapadły w sprawach z udziałem rzecznika. W wyroku z 25 kwietnia 2023 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie\* potwierdził, że

pacjent ma prawo do nawiązania kontaktu telefonicznego z przychodnią rodzinną. Podstawą dla orzeczenia był przypadek przychodni, której pacjenci borykali się z niemożnością nawiązania połączenia z rejestracją. Odbierano tam jedynie co piąte połączenie. Pacjenci mieli zatem duże trudności, żeby zapisać się na wizytę lekarską, co w opinii rzecznika naruszało ich zbiorowe prawa. Sąd potwierdził to stanowisko, wskazując, że niezapewnienie pacjentom realnego kontaktu telefonicznego z przychodnią narusza prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością.

Wyrok Sądu Najwyższego z 28 lutego 2023 r.\* dotyczy prawa pacjenta do uzyskania odrębnego zadośćuczynienia za krzywdę związaną z zawinionym naruszeniem praw pacjenta. Sąd podzielił stanowisko rzecznika, który działał w sprawie na rzecz poszkodowanej pacjentki, że roszczenia z tytułu ustawy o prawach pacjenta\* oraz kodeksu cywilnego dotyczące rozstroju zdrowia\* są całkowicie odrębne, zatem sąd powinien wskazać oddzielnie kwotę każdego zadośćuczynienia. Podstawą do takiego orzeczenia był stan faktyczny, w którym pacjentka zgłosiła się do szpitala na operację w związku z niezłośliwym nowotworem prawego jajnika. Przed operacją nie została poinformowana o podwyższonym ryzyku zabiegu związanym z wcześniej przeżyтыми operacjami. Usunięto jej macicę i lewy jajnik, na co pacjentka nie wyrażała zgody. Straciła zatem możliwość zajścia w ciążę i urodzenia dziecka. Zabieg wywołał też powstanie przetoki. Doszło także do zakażenia, w wyniku którego konieczne było długotrwałe i uciążliwe leczenie, m.in. przeprowadzenie kilku operacji naprawczych. Sąd Apelacyjny w Poznaniu przyznał pacjentce dwie różne kwoty zadośćuczynienia. Jedną, w wysokości 100 tys. zł – za krzywdę wynikającą z uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia oraz drugą, w wysokości 50 tys. zł – za naruszenie praw pacjenta. Sąd Najwyższy oddalił kasację pozwanego szpitala. ●

\* Źródła:



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

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

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

◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

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

**SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

## RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

# Analiza przypadku

TYM RAZEM CHCEMY PAŃSTWU ZAPREZENTOWAĆ SPRAWĘ Z ZAKRESU GINEKOLOGII, KTÓRA BYŁA PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA SĄDOWEGO. ZARZUTY DOTYCZYŁY NIEPRAWIDŁOWEGO POSTĘPOWANIA LEKARZA GINEKOLOGA PODCZAS DYŻURU MEDYCZNEGO.

tekst

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



Fotografie: archiwum

Pani N.S. spodziewała się narodzin drugiego dziecka. Podczas ciąży była pod stałą opieką medyczną i przechodziła niezbędne badania, które potwierdzały dobrostan płodu. Termin porodu został określony na 3 lutego 2017 r. 8 lutego o godz. 16.30 pacjentka została przyjęta na oddział położniczy szpitala w P. z powodu słabszego odczuwania ruchów dziecka. Był to 41. tydzień ciąży, skurcze nie występowały, wody płodowe nie odeszły. Po przyjęciu pani N.S. na oddział wykonano wskazane badania, w tym badanie kardiograficzne KTG. Wyniki nie dawały powodów do niepokoju. Tego dnia pacjentce wykonano także badanie czystości wód płodowych (amnioskopię), które wykazało, że wody są czyste.

Następnego dnia w godzinach porannych pacjentka została zbadana przez lekarza R.B., który zlecił założenie cewnika Foleya w celu preindukcji porodu. Około godz. 13.00 pacjentka zgłosiła bóle brzucha. Jej mąż poinformował lekarza L.W., który wówczas pełnił dyżur na oddziale, o dolegliwościach małżonki. Lekarz dyżurny po pobieżnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną zbadał pacjentkę w gabinecie zabiegowym i zdecydował o usunięciu cewnika. Następnie zalecił dalszą obserwację pani N.S. O godz. 15.00, na jego polecenie, pod-

łączono ciężarną do KTG. Badanie prowadzono do godz. 15.40. Wynik KTG oskarżony lekarz L.W. ocenił jako prawidłowy. Zlecił podanie pacjentce dwóch ampulek leku rozkurczowego. W tym czasie pani N.S. znajdowała się pod opieką położnej E.J. O godz. 17.00 pacjentka zgłosiła jej nasilające się skurcze. Po badaniu wewnętrznym E.J. zdecydowała o przeniesieniu pani N.S. na salę porodową.

O godz. 17.30 pękł pęcherz płodowy i odeszły wody owodniowe koloru zielonego. Położna E.J. poleciła drugiej położnej A.C., aby poinformowała o tym lekarza dyżurnego L.W., który w tym czasie przebywał w pokoju lekarskim. Położna przekazała wszystkie informacje, również o 8–9 cm rozwarcia. Lekarz nie udał się jednak do sali porodowej i nie przejął porodu od położnej, pozostał w pokoju lekarskim. O godz. 18.00 nastąpiło pełne rozwarcie i rozpoczął się drugi okres porodu. Badanie akcji serca płodu przez położną wykazywało, że była ona prawidłowa. O godz. 18.26 pacjentka urodziła. Stan noworodka był ciężki. Dziecko nie dawało oznak życia. Nie oddychało samodzielnie, było zasinione i wiotkie. Położna przyznała noworodkowi trzy punkty w skali A. Dziecko przekazano pielęgniarce przybyłej z oddziału noworodkowego R.U. oraz E.B., które roz-

poczęły akcją resuscytacyjną. Przyszła także wezwana z oddziału dziecięcego lekarka S.M. Dziecko zostało przeniesione na salę intensywnego nadzoru noworodków i połączone do respiratora. Z uwagi na bardzo ciężki stan zostało przetransportowane do szpitala wojewódzkiego w S. W następstwie długotrwałego niedotlenienia wewnątrzmacicznego dziewczynka doznała ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – zespołu mózgowego porażenia dziecięcego pod postacią obustronnego niedowładu połowicznego z małogłowieciem i zaburzeniami rozwoju psychoruchowego oraz ciężką padaczką lekooporną. Dziecko, mimo rehabilitacji, nie jest zdolne do samodzielnej egzystencji i wymaga całodobowej opieki.

Po porodzie położna E.J. sporządziła dokument, w którym opisała przebieg porodu i złożyła pod nim podpis. Z dokumentem tym zapoznał się następnie oskarżony lekarz L.W., który podpisał go w pozycji: „podpis i pieczęć lekarza obecnego przy porodzie”, choć faktycznie przy porodzie nie był obecny.

Prokuratura złożyła akt oskarżenia przeciwko lekarzowi L.W., zarzucając mu niedopełnienie obowiązku opieki nad pacjentką i niewdrożenie monitorowania kardiokograficznego stanu płodu. Mimo otrzymania informacji o zielonych wodach owodniowych nie udał się do rodzącej, nie dokonał oceny jej stanu, nie podjął decyzji o rozwiązaniu ciąży cięciem cesarskim, w następstwie czego dziecko doznało długotrwałego niedotlenienia wewnątrzmacicznego. W ten sposób oskarżony nieumyślnie spowodował u narodzonego w sposób naturalny dziecka uszczerbek na zdrowiu stanowiący ciężkie kalectwo.

Po przeprowadzonym postępowaniu sąd uznał lekarza L.W. za winnego występku z art. 156 §2 kk i wymierzył mu karę

ośmiu miesięcy pozbawienia wolności. W ocenie sądu „Zgodnie z przyjętą w orzecznictwie i w doktrynie wykładnią, lekarz – jako gwarant życia i zdrowia – jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, a nie tylko do tego, aby go nie zwiększać. Ma obowiązek wdrożyć wszystkie działania, które w danych warunkach są wymagane, jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy też neutralizację niebezpieczeństwa”.

**Pytanie redakcji:** Czy często sprawy karne kończą się dla lekarza karą pozbawienia wolności?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Nie mamy takich statystyk. Gdy lekarz zostaje skazany, najczęściej jest to kara w zawieszeniu, a kara bezwzględnego pozbawienia wolności zdarza się stosunkowo rzadko.

**Pytanie redakcji:** Co ma wpływ na wymierzoną karę?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Wymierzając karę, sąd bierze pod uwagę m.in.: motywację i sposób zachowania się sprawcy, rodzaj i stopień naruszenia podjętych przez niego obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, sposób życia lekarza przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu, zwłaszcza starania o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowanie się pokrzywdzonego. ●

Podsiadły  Powierża  
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

**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

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

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



# Sprawdzam

## Szczepienia przeciw HPV

W RAMACH PROGRAMU BEZPŁATNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIW HPV OD 1 CZERWCA ZASZCZEPIONO W POLSCE BLISKO 11 TYS. DZIEWCZYNEK I CHŁOPCÓW W WIEKU 12 I 13 LAT – POINFORMOWAŁ W POŁOWIE MIESIĄCA MINISTER ZDROWIA ADAM NIEDZIELSKI. DODAŁ, ŻE KOLEJNYCH PONAD 15 TYS. UPRAWNIONYCH NASTOLATKÓW ZAPISANO NA SZCZEPIENIE. AKCJA, KOMENTOWAŁ WE WPISIE W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH, PO DŁUGIM CZERWCOWYM WEEKENDZIE „ROZPĘDZA SIĘ”.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

**P**elen optymizmu przekaz towarzyszy akcji szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego od początku, przekraczając wszelkie granice rozsądku. Otóż 26 maja minister zdrowia i premier ogłosili wspólnie, że rozpoczynając program bezpłatnych, dobrowolnych szczepień przeciw HPV, Polska dołącza do elity, do grona najlepszych... Sęk w tym, że programy szczepień przeciw HPV prowadzi się w ponad 100 krajach na świecie, m.in. wszystkich unijnych. Dobrze, że podjęliśmy realizację programu, ale robienie tego w otocze sukcesu? Zdecydowanie nie, zwłaszcza że sukces nie jest wcale przesadzony.

Dwa roczniki, które mają być zaszczepione jako pierwsze, liczą razem 800 tys. osób. W Narodowej Strategii Onkologicznej przyjęto, że w perspektywie kilku lat osiągniemy poziom 60 proc. wyszczepialności roczników. Mówimy o setkach tysięcy dzieci, nie o tysiącach. To maraton, nie sprint. W maratonie liczy się dobre przygotowanie fundamentów, nie zryw. Fundamentem programu powinna być edukacja i informacja – tymczasem lekarze (ale też wiele organizacji pacjentów) zwracają uwagę, że nie ma ani jednego, ani drugiego. POZ nie dostały materiałów informacyjnych (ulotek, plakatów), w szkołach nie organizuje się spotkań z rodzicami i uczniami poświęconych szczepieniom, a wkrótce wakacje, więc ten kanał informacyjny w naturalny sposób zamknie się na ponad dwa miesiące. Spot reklamujący szczepienia przeciw HPV koncentruje uwagę na niemowlętach i małych dzieciach, podczas gdy szczepienie dotyczy „młodszej młodzieży”. I choć przekaz ma trafić przede wszystkim do rodziców, nie powinien pomijać również dzieci wkraczających w wiek, gdy własną autonomię ceni się szczególnie.

Ale są też kwestie logistyczno-organizacyjne. W pierwszym przetargu kupiono – według oficjalnych dokumentów – nieco ponad 200 tys. dawek, w tym połowę (105 tys.) szczepionki dziewięciowalentnej, połowę – dwuwalentnej. Z danych, jakie przedstawiciele rządu przekazali podczas posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia poświęconego szczepieniom ochronnym, wynika, że zainteresowanie szczepionką dziewięciowalentną jest kilka razy większe niż szczepionką dwuwalentną, co nie zaskakuje. Już na początku czerwca placówki sanepidu zgłosiły zapotrzebowanie na więcej niż połowę „dziewiątki” i niespełna 10 proc. puli dawek „dwójki”. Co będzie, gdy pula szczepionki dziewięciowalentnej się wyczerpie? Lekarze POZ słyszą w sanepidach, że powinni oferować obydwie preparaty, bo jedno z głównych założeń programu brzmi: „Rodzice powinni mieć wybór, jaką szczepionką szczepić”.

Mają też wybór: szczepić dzieci czy nie. Szczepienie przeciw HPV nie zostało włączone do szczepień obowiązkowych. Pozostaje szczepieniem zalecanym, choć finansowanym ze środków publicznych. ●



# Nie wszyscy wiedzą, że praca kosztuje

WŚRÓD ŻARTÓW O PATOLOGICZNYCH PRACODAWCACH POJAWIA SIĘ TAKI:

„BYŁY KIEDYŚ TAKIE CZASY, ŻE CZŁOWIEK PRACOWAŁ ZA DARMO I CIESZYŁ SIĘ, ŻE JEST ROBOTĄ”. NA SZCZĘŚCIE TAKIE CZASY DAWNO ZA NAMI. NIEKTÓRYM CHYBA JEDNAK ZA NIMI TĘSKNO. WNIOSKUJĘ TO Z FAKTU, ŻE NADAL TRAFIAJĄ DO MNIE SPRAWY LEKARZY, KTÓRYM PRACODAWCY NIE WYPŁACAJĄ NALEŻNYCH WYNAGRODZEŃ.

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



Fot. K. Bartyzel

**W** jednym z warszawskich szpitali, gdzie w związku z interwencją RPL przeprowadzono kontrolę Państwowej Inspekcji Pracy, potwierdzono występowanie nieprawidłowości, o jakich informowali nas lekarze. Podstawą działań inspektorów było zgłoszenie jednego z lekarzy rezydentów zatrudnionych w placówce. Kontrola wykazała m.in. zaniżanie wynagrodzenia za pierwsze 7 godz. i 35 min sobotnich dyżurów medycznych. W dodatku w badanym okresie spotykało to nie tylko zgłaszającego, ale wszystkich rezydentów.

Lekarz, który zwrócił się do samorządu o pomoc, wskazał także fakt niewypłacania wynagrodzenia (zarówno podstawowego, jak i dodatkowego) za niektóre dni pracy w niedziele i święta. Dopiero po dłuższym czasie udało mu się wywalczyć wypłatę wyrównania z odsetkami.

W sumie działania kontrolne inspekcji przyniosły: jeden nakaz i trzy wystąpienia zawierające 30 wniosków w zakresie prawnej ochrony pracy i 23 wnioski dotyczące nieprzestrzegania przepisów BHP. Część wskazanych nieprawidłowości wynika z potrzeby zaktualizowania aktów wewnętrzzakładowych, takich jak: regulamin pracy, zasady wynagradzania oraz regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Ponadto niektóre dotyczą także innych grup zawodowych niż lekarze, np. łączenie umów o pracę i zlecenia bez zachowania odpoczynków dobowych i tygodniowych. Wśród wykrytych nieprawidłowości dotyczących bezpośrednio lekarzy znalazły się takie, które nie dotyczą wprost finansów, ale są bardzo niepokojące, m.in. łączenie dyżurów medycznych w bloki powyżej

24 godzin, a nawet w jednym przypadku powierzenie pracy przekraczającej kodeksowe normy, mimo braku w umowie klauzuli *opt-out*.




Warto dodać, że zgodnie z informacją, jaka została nam przekazana w korespondencji z Państwową Inspekcją Pracy, szpital został zobowiązany do wypłaty zaległych należności i zaprzestania naruszeń praw pracowników, a osoby odpowiedzialne za nieprawidłowości zostały ukarane indywidualnie. Konkretnie decyzje w kwestii wysokości kar nie są jawne, ale przepisy podają, jakie inspektor może zastosować „widelki”. Za wspomniane wykroczenia grozi 1–2 tys. zł mandatu. W przypadku recydywy – 5 tys. Gdyby natomiast sprawa została skierowana do sądu, pracownikowi odpowiedzialnemu groziłaby grzywna od 1 tys. do nawet 30 tys. zł.

Niestety, zbyt często spotykamy się z traktowaniem budżetów publicznych placówek zgodnie z powiedzeniem, że jak coś jest publiczne, to znaczy, że jest niczyje. I jeśli kary płaci placówka, nikt się tym zbytnio nie przejmuje. W omawianym przypadku jest inaczej. Cieszę się, że mimo pewnych zawirowań Inspekcja Pracy szczegółowo zbadała problem, a nałożenie kar indywidualnych uważam za istotną przestrożę dla osób, które nie szanują praw pracowników. Mam nadzieję na dalszą współpracę także w sprawie dodatków covidowych. Liczę na to, że PIP da się przekonać, iż dodatki te stanowią część wynagrodzenia. Zwłaszcza że potwierdza to Zakład Ubezpieczeń Społecznych i orzecznictwo sądów powszechnych. ●

# PRACA DLA LEKARZY



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

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

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)



# Kultura synkretyczna

**L**iryka jako inspiracja dla sztuk wizualnych i obrazowe impulsy twórczości literackiej. Taki – zgodnie z niedawnymi zapowiedziami Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie – model działania przyjmują zrzeszeni w niej twórcy.

Majowy wiersz miesiąca Katarzyny Wierzbickiej przewrotnie stał się kanwą dla naszych twórców – izbowych malarzy. Podczas czerwcowego Ostrego Dyżuru Literackiego za wiersz miesiąca uznano „Zabawę ze słońcem” **Moniki Szymczakowskiej**. Natomiast najnowszym obrazem miesiąca, wybranym przez członków Komisji ds. Kultury, jest praca **Anny Boszko**. Wiersz miesiąca publikujemy obok, a obraz przedstawiamy poniżej. ●

## Zabawa ze słońcem (Do Dziadka)

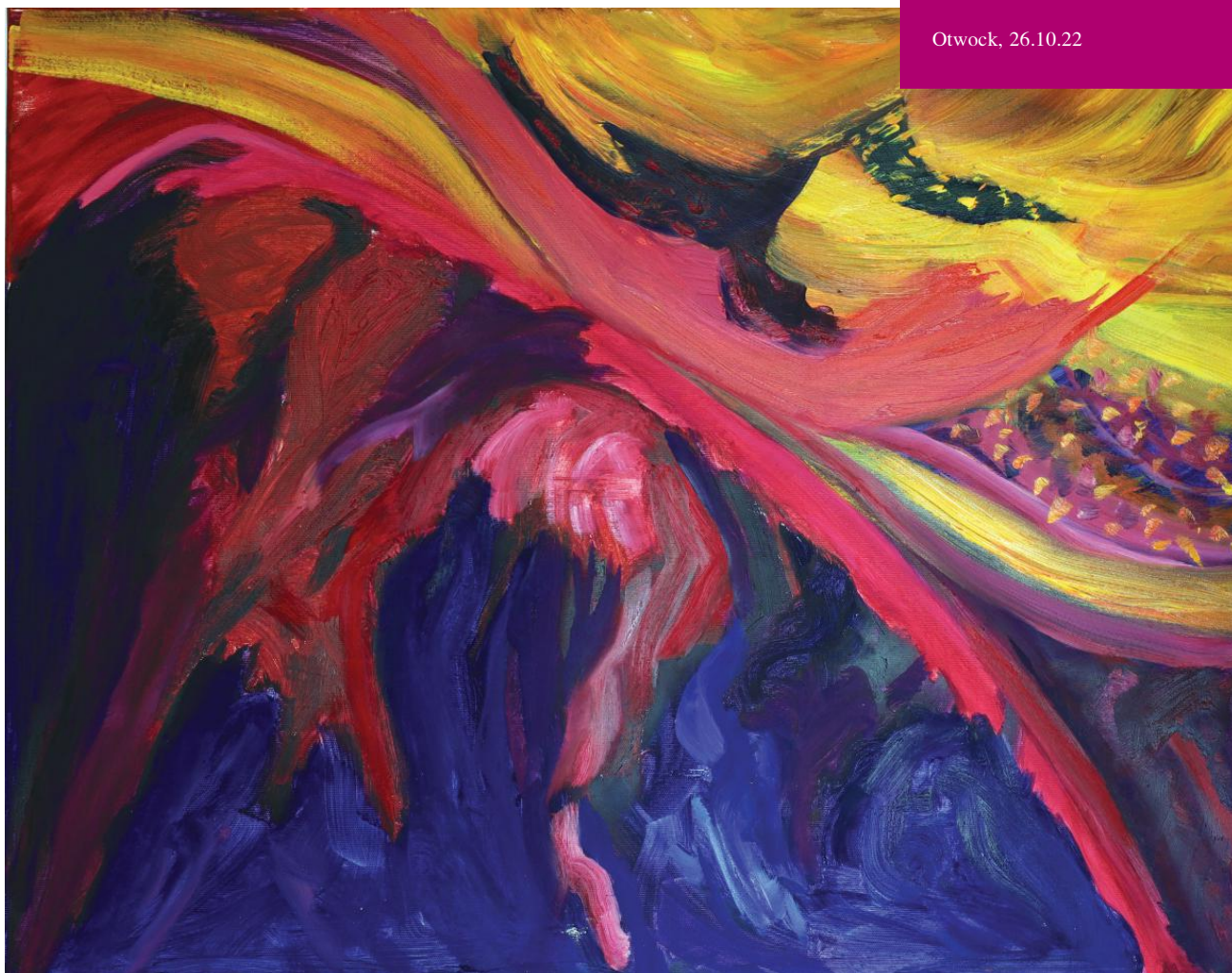
Nie zdążyłam na zaćmienie  
Zniknęło słońce  
Nie było mnie

Nie zdążyłam na Ciebie  
Odszedłeś  
Ja zostałam tu

Nigdy w czas

Takie życiowe gierki

Otwock, 26.10.22



## KALENDARZ KOMISJI DS. KULTURY NA NAJBLIŻSZE TYGODNIE:

**31 sierpnia**

– ostateczny termin przesyłania zgłoszeń do konkursu poetyckiego

**30 września**

– ostateczny termin przesyłania zgłoszeń  
do III Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Szczegółowe informacje na [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl) w zakładce Komisji ds. Kultury.



# Kroniki pitawalowe

Fot. NAC

POLSKIE SĄDY DORAŻNE, CZYLI KARA ŚMIERCI LUB UNIEWINNIECIE. TO SZALEŃCZY PARADOKS NIESPOTYKANY W SKALI EUROPY. MIAŁY BYĆ TYMCZASOWYM ROZWIĄZANIEM PIĘTRZĄCYCH SIĘ PROBLEMÓW Z PRZESTĘPCZOŚCIĄ I BRAKIEM ZAUFANIA DO ORGANÓW ŚCIGANIA. ABY UTEMPEROWAĆ RZEMIESZKÓW ORAZ POZYSKAĆ PRZYCHYLNOŚĆ PRAWORZĄDNYCH OBYWATELI, PRZEPROWADZANO EKSPRESOWE PROCESY. JEDYNIENIE WNIKLIVY, A ZARAZEM SZYBKO DZIAŁAJĄCY LEKARZ SĄDOWY MÓGŁ KOGOŚ OCALIĆ LUB WRĘCZ PRZECIWNIE.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bartyzel

## NĘDZA Z BIEDĄ

**W**arszawa z tymczasowym – nietymczasowym Dworcem Wiedeńskim to tygiel, w którym mieszały się bogactwo z ubóstwem, pełny szukających szczęścia ludzi bez grosza oraz podłych schronisk oferujących im odpłatny nocleg. Nie tylko nowo przybyli nie mieli się gdzie podziać. Co czwarty warszawiak mieszkał u kogoś kątem. Nawet Maciej Rataj – marszałek Sejmu i trzeci, a w chwilach kryzysów konstytucyjnych wręcz pierwszy człowiek w państwie. Z podrzędnego hoteliku przeniósł się... do dwóch pokojków przy obcej rodzinie, z prawem do używania kuchni.

Ustępy w podwórkach, brak bieżącej wody i elektryczności, chaos polityczno-gospodarczy

i galopująca inflacja. Specjalne daniny przekraczające wysokością wszelkie podatki płacone od czasów przed I wojną światową. Powszechne protesty. Żebracy na ulicach, porzucane niemowlęta, prostytutka i nieletni bezdomni, znikomy dostęp do opieki lekarskiej. Nawet na rozświetlonej, reprezentacyjnej ul. Marszałkowskiej nie dało się ukryć nędzy. Wymarzone warunki dla działalności przestępczej. Dziwić może jedynie, jak niewielkie wrażenie na mieszkańcach robiły morderstwa.

## KOLEJNY NIEBOSZCZYK VS PĘKNIĘTA RURA

W stolicy trup ścielił się gęsto. Nie było dnia bez prasowej wzmianki o śmierci w nienaturalnych okolicznościach. Ktoś wyskakiwał z okna, inny łykał truciznę albo się wieszał.

Ludzie ginęli pod kołami samochodów, potrąceni przez tramwaje lub zabici przez pociągi. Tracili życie z rozrąbaną lub podziurawioną kulami głową, poderżniętym gardłem. Jednak śmierci nie poświęcano zbytnej uwagi, jakby jej znaczenie się zdewaluowało. W spokojniejszych czasach chętnie czytano kroniki kryminalne, ale nagle pitawałowa tematyka stała się zwykłym elementem codzienności. Większym zainteresowaniem cieszyły się informacje choćby o pękniętej rurze, która zalała dwie sklepowe piwnice, doprowadzając handlarza tekturą Pinkusa Finkelkrauta do rozpacz.

## PRZEDSIĘBIORCZE MAŁŻEŃSTWO NA CYTADELI

Było pochmurno i zimno, temperatura ledwie przekraczała 0 st.,\* gdy o 6.35 ciało Szczepana Paśnika osunęło się tuż obok jego martwej już żony Józefy. Nie będzie to romantyczna historia. Ot, zostali rozstrzelani na stokach Cytadeli Warszawskiej 7 kwietnia 1922 r. Nie przez miłość, nie z powodów politycznych. Za morderstwa, które popełnili. Szczepan i Józefa Paśnikowie to pierwsi w Polsce seryjni mordercy, przynajmniej tacy, których wykryto. Józefa była również pierwszą kobietą skazaną na karę śmierci. Prawa łaski wobec niej nie zastosowano. Naczelnik państwa Józef Piłsudski szykował się do odbioru Wielkiej Wstęgi Orderu Leopolda, zbliżały się Święta Wielkanocne. Słowem nie był to czas i nie miejsce na prośbę o ułaskawienie, której rezydujący w Belwederze prawdopodobnie nawet nie widział.

Warto wspomnieć, że śmierć na Cytadeli nie była wyróżnieniem. Po odzyskaniu niepodległości, po wszelkich wielkich uroczystościach odkurzono szafoty i przypisano im inną rolę. Miejsce kaźni polskich bohaterów, więźniów politycznych przez bardzo długi czas służyło do wykonywania kary śmierci na pospolitych przestępcach, których następnie grzebano w wykopanych obok mogiłach. Prawo polskie nie przewidywało funkcji kata, więc wyroki wykonywali młodzi poborowi. W latach funkcjonowania sądów doraźnych pracy mieli w bród.

Paśnikowie mamil młode dziewczyny wizją pracy i schronienia, mordowali, a następnie ich ubrania i skromny dobytek sprzedawali na Kercelaku. Swoją rolę w procesie miał ojciec warszawskiej medycyny sądowej Wiktor Grzywo-Dąbrowski (więcej o historii medycyny sądowej w „Pulsie” z listopada 2022 r.). Dziś powiedzielibyśmy, że nieźle namieszał. Wtedy opinia eksperta tej rangi mogła – przy ciągłym męczeniu przez podejrzanego – skierować proces na inne tory. Grzywo-Dąbrowski podważył opinię innego specjalisty, dr. Malkiewicza, co do sposobu odebrania życia jednej z ofiar. Pierwszy twierdził, że zmarła została uduszona rękami lub paskiem od spodni, drugi uznał, że obiektywnie nie da się stwierdzić, z jakiego powodu nastąpiła śmierć, choć uduszenia nie wykluczał. A jeśli już jesteśmy przy spodniach... Pozostawało do ustalenia tło przestępstwa oraz *modus operandi*. Również w tym przypadku profesor wydał odmienną opinię. Kwestią niewyjaśnioną było to, czy inną ofiarę zgwałcono przed, czy już po odebraniu jej życia. Dr Malkiewicz podczas sekcji ustalił, że

została zgwałcona przed śmiercią. Z kolei Grzywo-Dąbrowski uznał, że do defloracji nie doszło za życia. Jednak trudno powiedzieć, czy profesor kierował się wynikami sekcji, czy swoim przekonaniem, że wątpliwe jest istnienie takiego zjawiska jak przemoc seksualna, ponieważ jego zdaniem niemal każda dorosła kobieta potrafi obronić się przed gwałtem.\*

Mimo wielu zawirowań parę skazano na rozstrzelanie w dzień po wydaniu wyroku. Józefy Paśnik raczej nie pokrzepiała myśl o plamie pierwszeństwa ani słowa otuchy męża: – *Nie płacz, stara! Myślą o nas, już szlafroki nam szykują.*

## CIASTECZKOWY POTWÓR

– *Ile waży najlepsza teściowa?*

– *Kilogram, z urną.*

Bohater tej historii powinien uśmieć się z zartu o teściowej. A może i nie, bo analizując zbrodnie sprzed 100 lat, można dojść do dwóch wniosków. Po pierwsze, niekiedy mordercy wykazywali wielką kreatywność, choć statystycznie ulubionym narzędziem pozostawała siekiera. Po drugie, motywy ich zbrodni dowodziły, że szalenie poważnie podchodzili do życia, podczas gdy samo życie nie miało takiej wartości jak dzisiaj. Historia zaczyna się niewinnie: młodzi ludzie pobierają się, matka panny młodej obiecuje nowożeńcom sporą część swojego majątku. Czas mija, lecz teściowa nie dotrzymuje słowa. Zięć zgrzyta zębami, a nieraz posuwa się do gróźb i rękoczynów. Teściowa pozostaje niewzruszona. 10 lutego 1928 r. mężczyzna posyła nieletnią sąsiadkę po ciastka do cukierni, a następnie jedno z ciastek zawija w papier i poprosi, aby zaniosiła je teściowej, nie mówiąc kto je przysyła. Pozostałe ciastka darowuje dziewczynie za fatygę. Nazajutrz, mimo kilkakrotnego wzywania lekarza, teściowa umiera. Przed śmiercią sugeruje, że została otruta. Następnego dnia po zgonie odbywają się oględziny ciała.



Fot. NAC

*„Zwłoki kobiety lat około 40., prawidłowej budowy, stężenie pośmiertne wyraźne, plamy opadowe zaznaczone od tyłu. Żadnych zewnętrznych śladów gwałtownej śmierci nie znaleziono. Usta nieco spieczone, jama ustna czysta. Oględziny wewnętrzne: przełyk czysty. W żołądku – znaczna ilość płynu; w pewnym miejscu ścianka żołądka jest nadżarta i przepuszcza szarą ciecz. Wątroba – nieco blada, na oko normalna. Nerki normalnej wielkości. Serce – wielkości normalnej, z małą zawartością krwi w obu komorach. Zastawki normalne. W lewej komorze skrzepy włóknikowe. Do badania chemicznego zarezerwowano w słojach: żołądek, nerkę, 2 kawałki grubego jelita; wszystkie te narządy zalano spirytusem denaturowanym i przesłano do odpowiedniego zakładu w celu ustalenia, czy i jaka znajduje się w nich trucizna”.\**

Do analizy przesłano również: wymiociny zmarłej, papier, w który było zawinięte ciastko, łyżkę oskarżonego i zeskrobany z niej proszek, a także kawałek ciastka, które zjadła denatka. Narządy wewnętrzne, wymiociny i papier zawierały arsenik w postaci tlenku, reszta przedmiotów – nie. Oskarżonego uznano za winnego i skazano na 12 lat więzienia. Nie poddawał się jednak i złożył apelację. Prof. Grzywo-Dąbrowski w swej opinii zaznaczył, że nie można z zupełną pewnością oprzeć się na oględzinach zwłok, które były jego zdaniem „niezmiernie powierzchowne i nie odpowiadały tym wymaganiom, którym musi zadość uczynić protokół”, ani na wynikach badania chemicznego narządów ciała, ponieważ umieszczono je w słojach ze spirytusem denaturowanym.

Chemicz nie miał próbki porównawczej i nie mógł wykluczyć, że ów spirytus nie zawierał arsenu. Dzięki tej opinii przed skazanym otworzyła się szansa na niewinność, bo sąd apelacyjny odroczył sprawę. Zarządzono ekshumację ciała 15 miesięcy po pochówku. We wrześniu 1929 r. w pobranych do badania resztkach narządów zmarłej znaleziono arsenik. Sąd apelacyjny podtrzymał wyrok. Grzywo-Dąbrowski podkreślał, że „błąd popełniony u zarania śledztwa (wadliwy protokół i użycie spirytusu denaturowanego) znacznie przedłużył sprawę”. Pomyłka mogła mieć też poważniejsze konsekwencje. Dlaczego? Gdyby zięć użył innej trucizny niż arsenik (a dostępność takich substancji była powszechna), prawdopodobnie odzyskałby wolność, bo podczas powtórnego badania nie udało się ich wykryć. Należy jednak zaznaczyć, że morderca – sfrustrowany zięć – zbrodnię dobrze przemyślał.

## POBIŁ CZY ZABIŁ

Bójki toczono z najbliższych powodów: ktoś kogoś potrafił łokciem, nadepnął na sukienkę, rzucił ordynarne słowo, posłał krzywy uśmiech, komuś przeszkadzała kura sąsiada. Pewien osiemnastolatek został pobity przez dwóch braci za popchnięcie żony jednego z nich. Bójka nie wyróżniała się niczym szczególnym, gdy emocje opadły, panowie się rozeszli. Kilka dni później młody chłopak zaczął coraz bardziej skarżyć się na ból brzucha. 11. dnia zmarł. Bracia zostali skazani przez sąd za pobicie ze skutkiem śmiertelnym. Złożono apelację. Raport z oględzin zwłok brzmiał:



Fot. „Gazeta Tajny Detektyw”



*„(...) znaleziono stan zapalny otrzewnej, jedna z pętli cienkich jelit była połączona ze ścianką brzuszną w okolicy pępka mocnym pasem tkanki łącznej (prawdopodobnie zarośnięty uchylek Mekella), przez który była przerucona jedna z pętli jelita cienkiego; w tym miejscu kiszka była zagięta, przelamana, ciemnowiśniowego koloru, poza tym część jelit była przesunięta pod korzeniem kreski jelit i dość mocno tam uciśnięta. Brak zmian w innych narządach”.*

Biegli orzekli, że nie istnieje związek między pobiciem a śmiercią denata, ponieważ przez kilka dni pracował i nie skarżył się na żadne silniejsze dolegliwości. Rozstrzygającym był wynik oględzin zwłok, wykazujący, że zapalenie otrzewnej i niedrożność jelit powstała w wyniku wady rozwojowej. Bracia zostali uniewinnieni i ukarani jedynie za naruszenie nietykalności osobistej zmarłego.

## WĘDKARZ Z WYOBRAŹNIĄ

Tym razem nie doszło do autopsji, ale to przypadek dowodzący wielkiej kreatywności przestępców. Szesnastoletnia dziewczyna, nazwijmy ją Wanda, w 1929 r. wychodzi za mąż. Pożycie zdaje się dobrze układać, pewnego razu jednak mąż

przemocą usiłuje włożyć palce do jej pochwy. Od tego czasu Wanda odczuwa kłujący ból i znajduje w pochwie... haczyk do łowienia ryb. Mąż nie odpuszcza i wielokrotnie powtarza to samo. Wanda wyjmuje z pochwy kawałek papieru gazetowego z zawiniętymi zdechłymi muchami i dwie igły (jedną złamaną). Trafia do szpitala z wysoką gorączką, która utrzymuje się przez pewien czas. W ścianie jej pochwy po lewej stronie wykryto ranę, a w pobliżu ciała obce – igłę zwróconą ostrzem na zewnątrz.

Mąż nie przyznał się do uszkodzenia ciała żony, choć sąsiedzi zeznawali, że wielokrotnie twierdził, iż Wanda szybko umrze. Skierowano go na badanie psychiatryczne, które nie wykazało odchylenia od normy. Sąd ostatecznie nie ustalił, co kierowało oskarżonym, bo, że on był sprawcą, ustalono bez większych problemów. Odrzucono wersję samogwałtu, tym samym uznając go za winnego. Rozważano różne motywy, od „zбочzonego popędu”, zaspokajanego zadawaniem bólu kobiecie, po nader wymyślny sposób ostatecznego pozbycia się żony. Cokolwiek by o tym myśleć, 100 lat temu w Polsce żyli przestępcy z bogatą wyobraźnią. ●

\* Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”.



# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

W ramach przygotowań do rozpoczęcia drugiego roku działalności  
Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”

**19 września 2023 r. o godz. 11.00** spotkamy się w Ogrodzie Botanicznym Polskiej Akademii Nauk w Powsinie.  
O tej porze roku będziemy mogli m.in. skosztować dawnych odmian jabłek  
o smakach znanych z naszego dzieciństwa.  
Spotykamy się przy wejściu głównym do ogrodu.

**23 września 2023 r.** w Teatrze Narodowym obejrzymy operetkę wszech czasów „Zemsta nietoperza”.  
Odbiór biletów w holu teatru o godz. 18.15.

**10 października 2023 r.** prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak zaprasza  
na inaugurację roku akademickiego Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.  
Uroczystość rozpocznie się o **godz. 11.00** w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.  
Wykład inauguracyjny „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej”  
wygłosi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

## TERMINY I TEMATY WYKŁADÓW, KTÓRE PLANOWANE SĄ W I SEMESTRZE II ROKU AKADEMICKIEGO (2023/2024)

- 10.10.2023, godz. 11.00** Inauguracja roku akademickiego 2023/2024.  
Wykład inauguracyjny: „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej”,  
– dr n. med. Łukasz Jankowski, prezes NRL
- 24.10.2023, godz. 11.00** „Profilaktyka szczepień” – dr Ewa Duszczyk
- 7.11.2023, godz. 11.00** „Rehabilitacja osób starszych” – dr Barbara Dobies-Krześniak
- 21.11.2023, godz. 11.00** „Stan przyzębia jamy ustnej – współczesne wyzwania”  
– dr hab. n. med. Maciej Czerniuk
- 5.12.2023, godz. 11.00** „Jedz zdrowo, żyj długo! Jak dieta wpływa na długowieczność”  
– mgr Anna Gałązkiewicz
- 12.12.2023, godz. 11.00** Spotkanie przedświąteczne
- 9.01.2024, godz. 11.00** „Kampinoski Park Narodowy” – mgr Konrad Malec
- 21.01.2024, godz. 11.00** „Historia samorządu lekarskiego” – dr Sebastian Stykowski
- 6.02.2024, godz. 11.00** „Warto rozmawiać. Rola komunikacji społecznej w życiu człowieka”  
– płk Leszek Laszczak

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

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



FUNDACJA  
PRO SENIORE  
Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie

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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

**30 września 2023 r.**



FUNDACJA  
PRO SENIORE  
Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie

## Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

**30 września 2023 r.**

# 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:**  
Dorota Mazur  
dorotamazur05@gmail.com  
730 191 916



## 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.  
(w sierpniu przerwa wakacyjna)**

**Dodatkowe informacje:**  
Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 30.



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

**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-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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

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



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że zmarła nasza Koleżanka

**dr n. med.**

**Joanna Kielska-Bolek**

lekarz pediatra, neonatolog.

Wyrazy współzucia

Mężowi **dr. Marcinowi Bolkowi** i Rodzinie

składa dr n. med. Alicja Powoniak,  
kierownik Oddziału Neonatologii MSS wraz z zespołem,  
oraz Zarząd Oddziału Radomskiego  
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego  
z całym środowiskiem pediatrów i neonatologów.



**Dr. Marcinowi Bolkowi**

wyrazy współzucia  
z powodu śmierci

**Żony**

**dr n. med.**

**Joanny Kielskiej-Bolek**

w imieniu własnym

oraz radomskiego środowiska lekarskiego  
składa

Karol Stępniewski,

wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,  
przewodniczący Delegatury Radomskiej.



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

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





## Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

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

### Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

#### Ubezpieczamy:

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

### Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



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



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



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



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



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



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



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



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

### Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



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

**Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę [ins-med.pl](https://ins-med.pl).**

## ins INS Services

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



22 494 36 50, 577 930 370,  
577 930 380, 577 930 560  
(opłata zgodna z taryfą operatora)



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



Punkt obsługi:  
OIL w Warszawie, ul. Puławska18  
(Biuro Obsługi Lekarza)

# Dzika prywatyzacja

„STARE ZWYCZAJE TEŻ KTOŚ KIEDYŚ WPROWADZIŁ” – TO REFLEKSJA TEWJI MLECZARZA ODNOSZĄCA SIĘ DO KONTESTOWANIA PRZEZ JEGO CÓRKI ŻYDOWSKIEJ TRADYCJI. OSTATNIO CIĄGLE MI SIĘ PRZYPOMINA, KIEDY MYŚLĘ O POSTĘPUJĄCEJ PRYWATYZACJI OCHRONY ZDROWIA.

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



Fot. K. Bartyzel

**D**la wytłumaczenia tego dość odległego skojarzenia przytoczę jeszcze jeden cytat: „*To wynika z jednej strony z pewnego wzorca przyzwyczajenia, z drugiej strony – nie widzimy aż takiego oczekiwania, szczególnie ze strony dorosłych, by był to segment publiczny. To pewnego rodzaju wybór, który dokonał się wiele lat temu*”. Tymi słowami Adam Niedzielski komentował w wywiadzie dla „Faktu”, udzielonym w ubiegłym roku, minimalne finansowanie usług stomatologicznych przez NFZ.

W przeciwieństwie do mleczarza z Anatewki minister zdrowia nie tylko nie podważa sensu tradycji nieprzystającej do potrzeb społecznych, ale nawet rozszerza jej zasięg. Jeszcze przed wielką liberalizacją przepisów o prowadzeniu studiów na kierunkach lekarskich na łamach „Pulsu” alarmowaliśmy, że rząd chwali się

zwiększeniem liczby studentów medycyny, ale właśnie studentów obciąża kosztami nauki, limity miejsc zwiększono bowiem na studiach płatnych. Obniżenie kryteriów dydaktycznych dotyczących kierunków lekarskich stawia na uprzywilejowanej pozycji uczelnie (także prywatne), które otwierają wydziały lekarskie teraz – finansowy próg wejścia w „biznes” i utrzymania się w nim mają znacznie niższy niż funkcjonujące od dawna, bez wyjątku państwowe uniwersytety medyczne.

Minister zdrowia przekonuje, że ostateczne „sito”, odsiewające nieprzygotowanych do zawodu, i tak stanowić będzie Lekarski Egzamin Końcowy. (Poziom trudności tego egzaminu to temat na oddzielną dyskusję.) Tyle że bez względu na poziom trudności jego zdanie może się okazać kwestią... ceny. Nie mam na myśli korupcji, ale kursy przygotowawcze. Tajemnicą poliszynela jest, że np. do egzaminu adwokackiego przygotować się można na kosztownych prywatnych lekcjach organizowanych przez wyspecjalizowany ośrodek chlubiący się niezwykle wysokim odsetkiem zdawalności uczestników swych kursów. Część z nich niewątpliwie stosuje zasadę 4Z – zapłacić, zakuć, zaliczyć, zapomnieć.

Tymczasem prywatne wydatki Polaków na leczenie wynoszą około jednej piątej wszystkich wydatków na ochronę zdrowia (także publicznych).

Biorąc pod uwagę, że najbardziej kosztowne są usługi wysokospecjalistyczne świadczone podczas hospitalizacji, a więc przede wszystkim w ramach państwowej ochrony zdrowia, nie trudno wysnuć wniosek, że ciężar finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej został przeniesiony na prywatne portfele Polaków.

Problemowi dostępności publicznej AOS ma teoretycznie zaradzić zwiększenie liczby absolwentów studiów lekarskich. Oni jednak specjalistami zaraz po studiach nie będą, chyba że dojdzie do kolejnej liberalizacji przepisów i specjalistyczne procedury będą mogli wykonywać posiadacze certyfikatów umiejętności. Zdobytch na komercyjnych kursach, rzecz jasna.

To kolejny przykład „stomatologizacji” innych dziedzin i aspektów medycyny. Problem polega na tym, że choć stomatologów mamy świetnych, w unijnych statystykach dotyczących zdrowia jamy ustnej Polska znajduje się na dole tabeli. Nic dziwnego, skoro do dentysty statystyczny Polak chodzi wtedy, kiedy go bolą zęby, czyli kiedy jest już naprawdę źle. Tym bardziej w okresach kryzysu gospodarczego, który wszak przydarza się co kilka czy kilkanaście lat. System ochrony zdrowia powinien być na nie odporny, tak jak na ekonomiczne zawirowania powinna być odporna infrastruktura energetyczna. Ona jednak pozostaje pod ścisłą kontrolą państwa, a medycynę państwo wypuszcza z rąk.

Dlatego, jeśli politycy (pytanie, czy tylko obecnie rządzący?) nie zejną z obranej drogi, za jakieś 30 lat kolejny minister zdrowia stwierdzi, że zły stan zdrowia Polaków to konsekwencja: „*pewnego rodzaju wyboru, który dokonał się wiele lat temu*”, czyli zwyczaju, który też ktoś kiedyś wprowadził. ●



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-Luczkiewicz** 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

KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32 | [staz@oilwaw.org.pl](mailto:staz@oilwaw.org.pl)

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 MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI 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