

spolitej Polskiej w zakładzie opieki zdrowotnej lub w ramach praktyki indywidualnej. „Tak dosłownie to ujęto, nie przewidując wyłączenia żadnej z grup – podkreśla mecenas Nawara-Dubiel. – Dotyczy to także lekarzy wykonujących zawód w ramach tzw. etatu, czyli umowy o pracę. Szkoda, że wprowadza się teraz trzecią kategorię obligatoryjnego ubezpieczenia, poza dwiema już istniejącymi, w miejsce jednego, uniwersalnego ubezpieczenia, które objęłoby wszystkie formy aktywności lekarzy i lekarzy dentyków” – mówi Agnieszka Nawara-Dubiel.

Ubezpieczyciele w rozterce

Według interpretacji zespołu ds. ubezpieczeń Naczelnej Rady Lekarskiej, obowiązek nowego ubezpieczenia OC dotyczy wyłącznie lekarzy, którzy wykonują jakiegokolwiek inne świadczenie poza tymi już ubezpieczonymi (z art. 35 ustawy o ZOZ i w ramach kontraktu z NFZ).



Zdaniem mecenas Agnieszki Nawary-Dubiel, rozporządzenie wprowadza powszechne ubezpieczenie dla wszystkich lekarzy wykonujących zawód.

Niejednoznaczność nowego prawa utrudnia zadanie firmom ubezpieczeniowym. Poszczególne izby lekarskie rekomendują swoim członkom firmy ubezpieczeniowe, z którymi udało się wynegocjować najlepsze stawki. Teraz niektórzy lekarze zapewne chcieliby część dobrowolnego ubezpieczenia zaliczyć na poczet składek na obowiązkowe OC. Niektóre firmy ubezpieczeniowe już wysyłają sygnały o możliwości „przepisania” niewykorzystanej części polisy dobrowolnej na poczet składek OC, ale wątpliwości jest zbyt dużo, by można już precyzyjnie formułować warunki nowych umów ubezpieczeniowych. Na przykład niektóre dobrowolne

umowy zawierają wyłączenia czynności podlegających wcześniej wprowadzonemu obowiązkowemu ubezpieczeniu i teraz taka polisa może już nie obowiązywać.

Ważna jedna polisa OC?

„Moim zdaniem, w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości, zawsze należy się ubezpieczyć. To naprawdę niewiele kosztuje, biorąc pod uwagę skalę odpowiedzialności. Przy okazji warto zauważyć, iż sumy gwarancyjne wymienione w rozporządzeniu nie są wygórowane. Obecnie roszczenia pacjentów nierzadko sięgają kilkuset tysięcy złotych, a tu maksymalne gwarancje ustalono na poziomie 400 tysięcy” – zauważa mecenas Agnieszka Nawara-Dubiel.

To także może w przyszłości powodować poważne problemy. Niestety, postulat długiego okresu przejściowego, zgłaszany przez lekarzy, nie spotkał się ze zrozumieniem. Szybkie wprowadzenie nowych przepisów jest, zdaniem zespołu ds. ubezpieczeń NRL, sprzeczne z interesem publicznym i niezrozumiałe.

„Według mnie, każdy lekarz ma kontakt z pacjentem i dlatego – niezależnie od tego, za jakie środki i gdzie realizuje świadczenie zdrowotne – powinien być ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej. Ten wymóg wynika właśnie z ostatniego rozporządzenia ministra finansów. Takie ubezpieczenie powinno być też wystarczające dla wszystkich podmiotów zlecających lekarzowi wykonanie świadczenia. Na całym świecie lekarze mają jedno ubezpieczenie OC, są tylko różne zakresy tej ochrony. U nas odpowiedzialność cywilna została rozdzielona w zależności od tego, dla kogo świadczy się usługę medyczną. Uważam, że najrozsądniej by było, gdyby najnowsze rozporządzenie anulowało wszystkie wcześniejsze rozstrzygnięcia w tej sprawie. Natomiast wielkość i zakres ochrony powinno się uzależnić od rodzaju świadczeń wykonywanych przez danego lekarza i lekarza dentyka” – powiedział Pulsowi Medycyny dr hab. Andrzej Matyja, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

Jolanta Grzelak-Hodor

wania we własnym imieniu działalności gospodarczej. Działalność SP ZOZ-u ma profesjonalny charakter i cechuje się powtarzalnością działań, a SP ZOZ działa na własny rachunek i uczestniczy w obrocie gospodarczym. Przesłanki te świadczą o tym, że SP ZOZ jest przedsiębiorcą. Przeciwnie temu przemawia tylko ta okoliczność, że jego działalność nie jest podporządkowana regułom opłacalności i zysku.

SN przyjął jednak, że nie każda działalność gospodarcza musi być podporządkowana tym regułom. Wystarczy, że działalność jest prowadzona według założeń rachunku ekonomicznego, czyli zasad racjonalnego gospodarowania. O tym, że SP ZOZ prowadzi taką działalność, świadczą przepisy normujące zasady gospodarki publicznych zakładów (dział II rozdział 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) oraz kontraktowanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Linię orzeczniczą w tym zakresie można obecnie uznać za ustaloną. Dodam tylko, że SP ZOZ-y zostały określone jako przedsiębiorcy

w traktacie akcesyjnym do Unii Europejskiej.

Ważna wartość kontraktu

Po tych wyjaśnieniach mogę stwierdzić, że zarówno lekarze prowadzący praktyki prywatne, jak i SP ZOZ-y są przedsiębiorcami. Podlegają oni zasadom wykonywania działalności gospodarczej, określonym w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, w tym także wymogowi z art. 22 ust. 1, ponieważ nie ma przepisu, który by tę podległość wykluczał. Przepis taki istniał w art. 8a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale odnosił się do wcześniejszej ustawy o działalności gospodarczej, a poza tym został uchylony w 2006 r.

Konieczność założenia rachunku bankowego przez lekarza zależy od tego, czy jednorazowa wartość zawieranych przez niego transakcji będzie przekraczała podany limit. Jeżeli wartość kontraktu przekroczy ten limit, to płatności z niego wynikające muszą być dokonywane za pośrednictwem rachunków bankowych. Nie musi być to przelew na konto. Bezgotówkowe rozliczenia pieniężne można dokonywać także w formie cze-

ków rozrachunkowych albo kartą płatniczą. Zamiast rachunku bankowego można również posłużyć się rachunkiem w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (SKOK).

Slawomir Molęda

Podstawa prawna:

1) art. 4 ust. 1, art. 5 pkt 5, art. 22 ust. 1 i 2 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007 r. nr 155, poz. 1095 ze zm.);

2) art. 49a i 50c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyka;

3) art. 1 ust. 1, 34, 35b ust. 1 i 2, art. 50, 53-55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

4) art. 50 ustawy z 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U. z 2007 r. nr 168, poz. 1186 ze zm.);

5) art. 43(1) Kodeksu cywilnego;

6) art. 63 ust. 3 Prawa bankowego;

7) uchwała Sądu Najwyższego z 11 maja 2005 r., III CZP 11/05 (OSNC 2006 nr 3, poz. 48).

jeden dzień z...

Marek Stańczyk

Dr n. med. Marek Stańczyk, rocznik 1973. Od grudnia 2009 r. ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wolskiego w Warszawie. Wychowanek prof. Marka Maruszyńskiego, kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej WIM, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej. Pracę kliniczną łączy z naukową w Zakładzie Chirurgii Transplantacyjnej IMDiK PAN pod kierunkiem prof. Waldemara Olszewskiego. Prowadzi badania doświadczalne, zajmuje się m.in. immunologią nowotworów. Był stypendystą Japan Society for the Promotion of Science, odbył staże z chirurgii onkologicznej w Tokyo Cancer Institute i Tokyo Women's Medical University Daini Hospital. Żona Urszula jest stomatologiem. Mają troje dzieci: 16-letnią Maję, 11-letniego Marka i 4-letnią Olę.



Archivum

9.15 Zaczynamy operację. Najpierw operujemy chorego z rakiem esicy. Po otwarciu okazuje się, że guz nacieka pęcherz moczowy i jest prawie na granicy zstępnicy. Musimy poszerzyć zakres operacji, co znacznie wydłuża czas jej trwania. Następną operacją to również hemikolektomia.

11.45 Wracam na oddział. W sekretariacie stos papierów. Część spraw załatwiam od ręki, część zostawiam na popołudnie, mniej pilne odkładam na potem albo „ad calendas graecas”.

12.00 Biegnę do radiologii. Nie zadowala mnie sam opis badania. Zazwyczaj oglądam z radiologiem zdjęcia tomograficzne, zwłaszcza chorych, których kwalifikuję do operacji.

12.45 Obiad z kolegami. Schabowy, ziemniaki i surówka, suto zakrapiane colą, dodają sił. Niezbyt zdrowe, ale za to jak smakuje. Wzrost glikemii studzi emocje i sprzyja spokojnej rozmowie. Po rozwiązaniu problemów niedofinansowania służby zdrowia, Euro 2012 i piratów z Somalii pędzimy dalej.

13.15 Konsultacje na internie. Trzech chorych kwalifikuję na operację. Dwóch z nich, onkologicznych, od razu przenosimy na chirurgię. Staramy się, by chorzy onkologiczni nie czekali na operację dłużej niż dwa tygodnie.

14.45 Kolega prosi o zbadanie chorego z objawami zapalenia otrzewnej. To „nasz”, wcześniej operowany chory. Chirurgia bywa okrutna. Sukcesy przeplatane są porażkami. Nie ma wątpliwości, trzeba reoperować.

16.00 Zaczynamy operację. Na szczęście chory dobrze ją znosi i na salę pooperacyjną jest odwożony „na własnym oddechu”.

18.00 Lekarz dyżurny robi obchód. Razem oglądamy chorą z objawami ograniczonego zapalenia otrzewnej w prawym podbrzuszu. Mam wątpliwości, czy to ostre zapalenie wyrostka, proponuję pomoc w operacji.

18.30 Okazuje się, że to martwica jelita krętego w wyniku skrętu na zroście. Zmiany są rozległe. Wycinamy część jelita krętego i kątnice. Telefon dyżurny dzwoni i dzwoni. Do oddziału trafiają kolejni chorzy.

20.00 Telefonuje żona. Wraca z pracy. Proponuję szybki wypad do „restauracji”. Mamy ten komfort, że w domu dowodzi najstarsza córka. Spotykamy się w połowie drogi między gabinetem żony a moim szpitalem. Dwa razy Big Mac Menu, dla mnie powiększone. Ustalamy strategię na jutro, kto z kim do szkoły, przedszkola, kto kogo odbiera, gdzie zawozi.

20.30 Jadę na basen – jest pusty o tej porze. Mogę spokojnie pomyśleć o sprawach, nad którymi przebiegłem w pośpiechu dnia. Rozpiera mnie duma, że udało mi się zmusić do jakiejś aktywności fizycznej.

22.15 Wracam do domu. Cisza, wszyscy kładą się spać, poza chomikiem, który właśnie je śniadanie. A ja pod mikroskopem robię zdjęcia do publikacji, piszę prezentację na zjazd onkologiczny. I choć trauma poranka dawno już minęła – wszak jestem „sową” – to myśl o walce z budzikiem kieruje mnie do łóżka.

1.00 Zamiast baranów liczę minuty do weekendu.

6.00 Alarm! Próbuje włączyć drzemkę, ale budzik walczy jak oszalały. Poddaję się. Zaczynam gimnastykę, „up and down, up and down...”, powoli, żeby nie dostać zakwasów, najpierw prawa, potem lewa powieka. „Skowronkiem” to ja nie jestem.

6.45 Śniadanie z rodziną. Czas goni. Dobrze, że pies się sam wyprowadza, bo 5 minut spóźnienia to karna godzina w korku.

7.00 Wyjeżdżam do pracy 20-letnim mercedesem. Odwożę syna do szkoły. Córka ma dziś egzamin gimnazjalny, więc wyjdzie później. Słucham Trójki, myślę o planie operacji, czy będzie krew dla chorego...

7.30 Otwieram pocztę. Z góry spamów wyławiam ankiety badań klinicznych, informacje o zjazdach, nowe artykuły. Odpowiadam na listy. Zerkam na budżet oddziału, bieżące wydatki omawiam z oddziałową. Nasz zespół to 5 specjalistów i 5 rezydentów. Poza chorymi na oddziale, zajmujemy się pacjentami w poradniach: chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz pełnymi ostrymi dyżurami. Moją rolę można ująć jako „primus inter pares”. „Primus” oznacza dodatkową pracę administracyjną, której entuzjastą nie jestem, a „pares” – prowadzenie chorych, operacje, dyżury, pracę w poradniach.

7.45 Badam chorych operowanych wczoraj i nowo przyjętych. Staram się porozmawiać z każdym, upewnić, czy ma wiedzę o istocie swojej choroby, proponowanym leczeniu. Ten wczesny obchód pozwala mi przygotować się do odprawy i zajmować chorym podczas nieobecności lekarza prowadzącego.

8.15 Odprawa. Omawiamy dolegliwości i sposób leczenia pacjentów nowo przyjętych, operowanych wczoraj i poważniej chorych. Dzielę się z kolegami obserwacjami i uwagami, słucham opinii wszystkich, także rezydentów, bo nikt nie ma monopolu na wiedzę. Jednak w chirurgii demokracja nie do końca się sprawdza. W sytuacjach wątpliwych ostatnie zdanie należy do mnie. Na oddziale jest zasada, że uczestniczę w operacjach, reoperacjach i prowadzeniu chorych z powikłaniami lub o niepewnym rokowaniu, tzw. bad case.

8.40 Obchód. Przy łóżku chorego omawiamy dalsze leczenie, oglądamy rany operacyjne, dajemy zlecenia pielęgniarkom. Wybieramy pacjentów z ranami o utrudnionym gojeniu, których później opatruję wspólnie z pielęgniarką i lekarzem prowadzącym.

9.00 Kolokwium z rezydentem przed operacją wytworzenia żołądkowej przetoki żywieniowej sposobem Janeway. Tę, obecnie rzadko wykonywaną operację, będzie przeprowadzał po raz pierwszy. Sprawdzam, co wie o chorobie, czy dokładnie przeprowadził badania kliniczne i zna wskazania do operacji. Krok po kroku omawiamy sposób przeprowadzenia operacji i alternatywne metody leczenia podobnych stanów. Kolega jest świetnie przygotowany. Przydzielił mi „spokojną” asystę z dydaktycznym zacięciem.