

Jacek Sobczak*

W kwestii potrzeby zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w obliczu sytuacji kryzysowej wywołanej pandemią COVID-19

Streszczenie

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty bez wątpienia wymaga zmian, które powinny być wprowadzone niezwłocznie. Na potrzebę tę wskazują liczne środowiska, nie tylko medyczne. Leczenie osób, które zachorowały na COVID-19, wymaga specjalistów, a tych już od jakiegoś czasu zaczyna brakować. Ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, traktowana jako odpowiedź na zaistniałe zagrożenia wynikające z pandemii, nie spełnia pokładanych w niej nadziei. Odniesienie się do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz teleporad udzielanych przez lekarzy jest niewystarczające.

Słowa kluczowe: COVID-19, lekarz, lekarz dentysta, teleporada

* Prof. dr hab. Jacek Sobczak, Instytut Nauk Prawnych, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, ORCID: 0000-0002-2231-8824.

Stare przysłowie łacińskie głosi: „Si vis pacem, para bellum” (jeśli chcesz pokoju, przygotuj się do wojny). Paremia ta, będąca sparafrazowanym zdaniem z prologu do dzieła Publius Flavius Vegetius Renatus, pisarza i historyka rzymskiego z IV wieku n.e., zwanego także od średniowiecza jako Wegecjusz, autora dedykowanego cesarzowi Teodozjuszowi I traktatu „Epitoma rei militaris” (Zarys wojskowości) w 4 księgach. Wbrew pozorom, stwierdzenie to bardzo pasuje do sytuacji zaistniałej w Polsce w związku z pandemią COVID-19. Ten wirus, na którego nie wynaleziono, jak dotąd, ani skutecznego leku, ani szczepionki, pojawił się w Polsce, chociaż nie tu go wyhodowano, w następstwie tego, że przestrzeń obecnie gwałtownie znacząco się skurczyła. W średniowieczu, a nawet w czasach nowożytnych, przemieszczenie się tak groźnego wirusa z dalekiej Azji, z obszaru Chin, trwałoby kilka lat, a w tym czasie wirus ten mutowałby, tracąc po woli swoją zjadliwość. Dzisiaj podróż z tych samych terenów do Europy czy Stanów Zjednoczonych trwa tylko kilkanaście godzin i nosiciel wirusa, nie zdając sobie sprawy, przenosi go na odległe terytoria, do wielkich skupisk ludzi, w obszary albo całkowicie nieprzygotowane na pojawienie się pandemii, albo nieprzygotowane dostatecznie.

Rzeczpospolita Polska niewątpliwie należała do tych terenów, na których pojawienie się epidemii zupełnie zaskoczyło. Wydaje się, że władze publiczne, w szczególności zaś kierujący służbą zdrowia, nie zdawali sobie sprawy ze skali zagrożenia, liczby zachorowań i być może łudzili się, że jeżeli nawet wirus dojdzie do Polski, to nie będzie groźniejszy od corocznej epidemii grypy. Uważano także, że z nadejściem lata, cieplej pogody, wirus ostatecznie z przyczyn naturalnych straci swoją moc. Wydaje się, że zapomniano o groźnych epidemiach ospy prawdziwej, które od 1950 aż do 1971 roku wystąpiły w Belgii, Francji, Czechosłowacji, NRD i RFN, a także we Włoszech, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwajcarii i Szwecji¹. Zapomniano o epidemii ospy, która nawiedziła Wrocław latem 1963 roku, uznano, że w zasadzie choroby zakaźne zostały całkowicie zwalczone w XX wieku. Eradykacja ospy prawdziwej została ogłoszona w 1980 roku i niewątpliwie wydawało się, że w sensie globalnym grozić może ludzkości jedynie drakunkuloza i choroba Heinego-Medina.

1 E. Ristanovic i inni, *Smallpox as an actual biothreat: lessons learned from its outbreak in ex-Yugoslavia in 1972*, „Annali dell’Istituto Superiore Di Sanita” 2016, nr 52 (4), s. 587–597; J. Sasse, H. R. Gelderblom, *Lessons learnt from the German smallpox outbreaks after World War II*, „Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz” 2015, nr 58 (7), s. 730–737.

Wraz z głośzoną, jak się okazuje nieprawdziwą tezą o opanowaniu chorób zakaźnych, wyraźnie przestano „przygotowywać się do wojny” na wypadek pojawienia się epidemii. Wprawdzie 5 grudnia 2008 roku uchwalono ustawę o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi², która zastąpiła ustawę z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach³, i od strony legislacyjnej wydawałoby się, że wszystko zostało przygotowane na ewentualny wybuch epidemii, ale najlepsze nawet prawo nie rozwiązuje samo problemów, które się pojawiają, nie uzdrawia sytuacji, ani sam fakt jego istnienia nie zwalcza epidemii. Truizmem jest twierdzenie, że służba zdrowia w Polsce jest niedoinwestowana, że brak od lat szpitali, przychodni, sprzętu medycznego. Przede wszystkim brakuje odpowiedniej liczby dobrze przygotowanych i wykwalifikowanych pracowników – zarówno lekarzy, jak i tzw. średniego personelu medycznego.

Na tle sporów płacowych bezpośrednio przed rozprzestrzenieniem się pandemii na obszar Polski doszło w wielu szpitalach i miejscowościach do strajku lekarzy, zwłaszcza młodych, pełnych sił i zapału do pracy. Płacowe i organizacyjne postulaty lekarzy nie spotkały się ze zrozumieniem klasy politycznej. Wręcz przeciwnie, w dyskusji sejmowej występujący z trybuny sejmowej postawie starali się wykazać, że roszczenia finansowe lekarzy są bezpodstawne i wygórowane. Głośnym echem odbiło się wezwanie jednej z posłanek, która odnosząc się do swoistego ultimatum lekarzy, że jeżeli nie znajdą zrozumienia w swojej ojczyźnie, to wyjadą i poszukają zatrudnienia na godziwych warunkach w innych państwach, wołała dramatycznie: „To niech wyjeżdżają! Nie potrzeba ich tutaj!”. Te słowa brzmią szczególnie gorzko dzisiaj, kiedy lekarzy brakuje, a premier wzywa nie tych lekarzy, którzy wyjechali, lecz prosi lekarzy zza wschodniej granicy, żeby porzucili swoją ojczyznę w okresie pandemii i przyjechali do Polski pracować.

Przypatrując się mało efektywnym działaniom władzy publicznej, która dopiero w ostatnich dniach wpadła na pomysł, że trzeba będzie urządzić

2 Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570; t.j., Dz.U. 2020, poz. 1845.

3 Dz.U. 2001, nr 126 poz. 1384, z późn. zm. Ustawa ta zastąpiła dekret z 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. 1949, nr 51, poz. 394, z późn. zm.), ustawę z 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz.U. 1959, nr 27, poz. 170, z późn. zm.) oraz ustawę z 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. 1963, nr 50, poz. 279). Warto przypomnieć, że ta ostatnia wymieniona ustawa uchyliła ustawę z 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu (Dz.U. 1935, nr 27, poz. 198). Należy zauważyć, że ta ustawa obowiązywała w chwili wybuchu epidemii we Wrocławiu latem 1963 r.

szpitale dla osób zarażonych w pomieszczeniach tymczasowych na Stadionie Narodowym w Warszawie, w halach targowych w Poznaniu, w Centrum Kongresowym w Katowicach itd., rodzi się refleksja, że przecież mamy w gruncie rzeczy stan zbliżony do wojny. Donosi się o „ofiarach śmiertelnych” koronawirusa, o „walczących z wirusem”, czyli posługujemy się retoryką wojenną i taka też jest sytuacja. W trakcie wojny w obliczu strat w ludziach, konieczności niesienia pomocy rannym i kontuzjowanym tworzy się szpitale polowe. Dlaczego więc nie utworzono takich szpitali, zdając sobie sprawę z sytuacji porównywalnej z wojną?!

Powód w gruncie rzeczy jest jeden – zapomniano, że pokój jest stanem przejściowym. Uznano, że wraz ze zwalczaniem chorób zakaźnych pokonano w XX wieku wszystkie inne realne zagrożenia życia ludzkiego. Gdzieś u podłoża tego przekonania leży utajona myśl, że prawdziwej wojny, konfliktu zbrojnego nie będzie, bo jeżeli taka wojna miałaby nastąpić, to wybuchłaby wcześniej. Tymczasem zaprzestano kształcić lekarzy na potrzeby armii. Zlikwidowano Wojskową Akademię Medyczną w Łodzi, której mury do likwidacji w 2002 roku opuściło ponad 6 tys. wykształconych i przygotowanych do pracy w szczególnych warunkach wojska oraz w sytuacji bojowej oficerów będących lekarzami, lekarzami dentykami i farmaceutami. Łącząc Wojskową Akademię Medyczną z Akademią Medyczną w Łodzi, w dużej mierze zmarnowano całą ideę wojskowego szkolnictwa medycznego. Idea ta powstała w 1922 roku, kiedy to rozkazem Ministra Spraw Wojskowych utworzono w Warszawie Wojskową Szkołę Sanitarną, którą 3 lata później połączono z Wojskowym Instytutem Sanitarnym i Szpitalem Ujazdowskim. Jednostka ta otrzymała wówczas miano Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, a w 1928 roku nazwę tę zmieniono na Szkołę Podchorążych Sanitarnych. Po II wojnie światowej w Łodzi powstał Fakultet Wojskowo-Medyczny, który uchwałą Rady Ministrów z 7 listopada 1957 roku miał zostać przekształcony w Wojskową Akademię Medyczną. W wykonaniu tej uchwały Minister Obrony Narodowej wydał rozkaz powołujący WAM z dniem 1 lipca 1958 roku.

To krótkie odniesienie się do historii szkolnictwa medycznego wydaje się być potrzebne z dwóch powodów. Po pierwsze, w sytuacji zagrożenia pełnienia obowiązków w szpitalach i w ratownictwie medycznym zaczęto powoływać żołnierzy, nakładając na nich częstokroć trudne i odpowiedzialne obowiązki koordynowania ruchem chorych, do czego nie są przygotowani. Po drugie, trudności w delegowaniu lekarzy wykonujących pracę poza szpitalami opiekującymi się chorymi zarażonymi wirusem COVID-19 dowodzą, że gdyby istniała wojskowa służba zdrowia, a jej oficerowie podlegali rozkazom, wspomnianych

trudności zwyczajnie nie byłoby. Podkreślić należy, że Niemcy świetnie sobie radzą z pandemią dzięki dobrze funkcjonującemu państwu socjalnemu, które pełni funkcję opiekuńczą, nie tylko rozdając pieniądze mniej lub bardziej potrzebującym, lecz przede wszystkim zapewniając obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej. Należy także zauważyć, że inwestując od lat niemałe środki na służbę zdrowia, dysponują także doskonałą infrastrukturą medyczną, nawet w sytuacji pandemii mają liczne wolne miejsca w szpitalach. Jedynym utrudnieniem wydaje się być decentralizacja, w której rząd federalny krępowany jest przez mające duże uprawnienia w sprawie ochrony zdrowia rządy 16 krajów związkowych. Niemniej jednak RFN dysponuje siecią szpitali wojskowych, w których pracuje ponad 15 tys. lekarzy i pielęgniarzy wyszkolonych przez Bundeswehrę. Ten sektor został przestawiony na obsługę chorych na COVID-19. Tymczasem w Polsce, dążąc do racjonalizacji wydatków budżetowych, dbano przede wszystkim o to, żeby nie doszło do sytuacji, że jakieś miejsce w szpitalu, zwane umownie łóżkiem, nie jest wykorzystywane – stoi wolne i czeka na pacjentów, generując w ten sposób, zdaniem urzędników, straty.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry niewątpliwie wymaga niezwłocznych zmian. Na taką potrzebę zwracały uwagę liczne gremia, w tym także Naczelna Rada Lekarska i jej prezydium. Wbrew temu, co wydaje się niektórym politykom i publicystom, leczenie chorych dotkniętych COVID-19 wymaga specjalistów. Niektórzy politycy uważają, że obsługą respiratora może zająć się pielęgniarka, a nawet salowa po krótkim przeszkoleniu. Zdaniem specjalisty, urządzenie takie może być obsługiwane nawet nie przez każdego lekarza, lecz przez takiego, który zostanie poddany wieloletniemu szkoleniu. Działanie respiratora nie kończy się na jego podłączeniu.

W ustawie z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j., Dz.U. 2020, poz. 1842), która miała stanowić odpowiedź na zaistniałe zagrożenia wynikające ze zbliżającej się pandemii, próżno jednak szukać odważnych rozwiązań instytucjonalnych i organizacyjnych, które mogłyby w sposób stanowczy przeciwdziałać zagrożeniom. W art. 7 tejże ustawy, w którym odniesiono się do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz kwestii teleporad udzielanych przez lekarzy, ograniczono się do stwierdzenia, że takie świadczenia opieki zdrowotnej, w tym także świadczenia transportu sanitarnego wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentystrów

spełniających warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j., Dz.U. 2020, poz. 295), czyli w gruncie rzeczy w kwestii tej nie wprowadzono żadnych zmian, ograniczając się do stwierdzenia, że taki lekarz może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu ds. zdrowia, właściwą w zakresie systemu informacyjnego ochrony zdrowia – zwanych dalej teleporadą – z pominięciem obowiązków wynikających z art. 101 ustawy o działalności leczniczej⁴ oraz obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej wynikających z przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Dodano do tego, że działalność ta nie podlega wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Wskazano także w art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, jakie dokumenty powinien złożyć lekarz chcący uzyskać dostęp do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Określono, jakie elementy powinna zawierać karta teleporady (art. 7 ust. 7 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych), przy czym karty te miały być przechowywane tylko przez 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia. Znowelizowano także w treści art. 7 ust. 12 omawianej ustawy kwestię dotyczącą możliwości przystąpienia przez lekarza i lekarza dentyście do państwowego egzaminu specjalizacyjnego

4 W myśl tego przepisu lekarz, który zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr (a więc wojewodzie właściwemu dla jego siedziby lub miejsca zamieszkania, okręgowej radzie lekarskiej właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej, a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej – wojskowej radzie lekarskiej) wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane: imię i nazwisko lekarza; numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza; formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania; numer identyfikacji podatkowej (NIP); adres do korespondencji; posiadane specjalizacje. Wskazano także elementy, które powinien zawierać wniosek o wpis do rejestru, składany przez lekarzy zamierzających wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę lekarską oraz pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej (art. 102 ustawy o działalności leczniczej), a także fizykoterapeuci (art. 102a ustawy o działalności leczniczej).

w sesji wiosennej, stwierdzając, że taki lekarz będzie uznany za lekarza specjalistę w dziedzinie, w której złożył wniosek o przystąpienie do państwowego egzaminu specjalizacyjnego, jeżeli zaliczył on z wynikiem pozytywnym część pisemną państwowego egzaminu specjalizacyjnego w tej dziedzinie, a lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie, której dotyczył jego wniosek o przystąpienie do egzaminu specjalizacyjnego, jeżeli żadna z części takowego egzaminu nie odbyła się w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 roku. W ten sposób nastąpiło cudowne rozmnożenie specjalistów po egzaminie teoretycznym, czyli pisemnym, a nawet takich, którzy w ogóle żadnego egzaminu nie zdali. Oczywiście, twórcy takiej ustawy byli prawdopodobnie przekonani, że skoro lekarze będą leczyć przez telefon, to mogą nie mieć wiedzy praktycznej. Nie zauważono, że w sytuacji, kiedy pandemia się skończy, ci nowo powołani specjaliści nie utracą swoich uprawnień specjalistycznych. Zapomniano, że samo mianowanie kogoś na lekarza specjalistę w danej dziedzinie bez odpowiednich praktyk i egzaminów nie spowoduje, że on rzeczywiście takim specjalistą będzie, a ten sposób nominacji nie spowoduje poprawy jakości leczenia.

W art. 12 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku stwierdzono, że w razie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii od dnia ogłoszenia tego stanu zawiesza się wykonywanie obowiązków wynikających z przepisów art. 229 par. 2 ust. 1 i par. 4a w zakresie badań okresowych oraz par. 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy (t.j., Dz.U. 2020, poz. 1320) oraz z ustawy z dnia 6 września 2001 roku o transporcie drogowym (t.j., Dz.U. 2019, poz. 2140, z późn. zm.), a także art. 22b ust. 7 ustawy z dnia 28 marca 2003 roku o transporcie kolejowym (t.j., Dz.U. 2020, poz. 1043, z późn. zm.). Jednocześnie ustalono, że po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, w przypadku, gdy nie zostanie ogłoszony stan epidemii, albo po odwołaniu stanu epidemii pracownik został zobowiązany do niezwłocznego wykonania obowiązku poddania się badaniu w okresie nie dłuższym niż 60 dni od dnia odwołania danego stanu. Gdyby brakowało dostępności do lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badania wstępnego lub kontrolnego, badanie takie z mocy art. 12a ust. 3 może przeprowadzić inny lekarz.

Niestety, osoby pracujące, chociażby tylko w szkołach wyższych, wiedzą, że do odpowiednich komórek kadr przywołane wyżej przepisy chyba nie trafiły, gdyż jeszcze późnym latem kierowano nowych pracowników na badania wstępne, a pozostałych, którym kończyła się ważność takiego badania, na badania okresowe. Czasami badania te były realizowane w systemie teleporady, co potwierdza przekonanie, że przepisy prawne w Polsce mają charakter

czysto fasadowy i nie jest ważne, czy rzeczywiście kogoś przebadano czy też nie. Konieczne jest tylko to, żeby liczba zaświadczeń w teczce osobowej pracownika się zgadzała.

Lektura ustawy z dnia 2 marca 2020 roku przekonuje, że w gruncie rzeczy w zakresie świadczeń lekarskich nie uregulowano w jej treści niczego zasadniczego, wytworzono zaś, oprócz niebezpiecznego dla pacjentów systemu ułatwiającego zdobycie iluzorycznych w istocie rzeczy uprawnień specjalizacyjnych, bastion biurokratyczny przepisów, które zdają się służyć jednemu tylko celowi, a mianowicie temu, żeby lekarz przestał leczyć, a zamienił się w urzędnika wypełniającego papierki czy formularze.

Odnosząc się tylko do kwestii dotyczących opieki lekarskiej w kontekście ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wypada stwierdzić, że ustawa z 2 marca 2020 roku w tym zakresie nie zdała egzaminu. Wypada więc w tym miejscu przyjrzeć się obszernej, szczegółowej, kazuistycznej ustawie o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym, związanym z wystąpieniem COVID-19⁵. Analizując treść tej ustawy, ograniczono się w tym miejscu jedynie do kwestii, które wiążą się z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zwrócić należy w tym miejscu uwagę na zmiany, które w tekście tej ostatniej ustawy wprowadza art. 6. W pkt 1 tego przepisu otwarto możliwości wykonywania zawodu lekarza osobom, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium UE. Osobom takim można wyrazić zgodę na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty oraz przyznać prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty w określonym zakresie czynności zawodowych, wskazując także czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Rozwiązanie to jest z jednej strony nakierowane na przyciągnięcie do Polski lekarzy i lekarzy dentystów głównie zza wschodniej granicy – z terytorium Białorusi, Ukrainy, Federacji Rosyjskiej, republik Azji Centralnej, a więc Kazachstanu, Kirgistanu, Uzbekistanu, Turkmenistanu i Tadżykistanu. Nie można wykluczyć, że z tej drogi zechcą także skorzystać lekarze z odleglejszych państw, m.in.: Afganistanu, Iranu, Iraku, Turcji, Syrii, a nawet Chin. Wypada zauważyć, że niektórzy lekarze z tych odległych od Polski państw studiowali w Polsce, tu zdobyli kwalifikacje, często

5 W momencie oddawania tego tekstu, nie był znany jeszcze „Dziennik Ustaw”, w którym wspomniana ustawa została ogłoszona, a przedmiotem dalszych rozważań jest tekst tej ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu RP. Fakt, że tak ważna ustawa nie została ogłoszona, mimo upływu 8 dni od jej uchwalenia i podpisania przez prezydenta, należy uznać za niedopuszczalny i haniebny.

uprawnienia specjalizacyjne, a przy tym z natury rzeczy biegle posługują się językiem polskim, gdyż w nim najczęściej studiowali i zdawali egzaminy⁶. Nie pozostali oni w Polsce z powodu polityki migracyjnej Rzeczypospolitej, wrócili do swoich ojczyzn, gdzie okazało się, że wykonywanie zawodu lekarza czy lekarza dentystry jest znacznie utrudnione i niebezpieczne z racji konfliktów zbrojnych oraz uwarunkowań trybalistycznych.

Ubiegający się o uzyskanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry powinien złożyć oświadczenie, że wykazuje znajomość języka polskiego wystarczającą do wykonywania powierzonego mu zakresu czynności zawodowych, choć tego zakresu, składając oświadczenie, właściwie nie zna. Nikt też nie bada, czy i na ile rzeczywiście kandydat posługuje się językiem polskim w stopniu wystarczającym, zwłaszcza w zakresie terminologii specjalistycznej. Lekarz, który ukończył np. studia medyczne na Białorusi, Ukrainie czy Rosji, znający język polski z racji pochodzenia przodków, a nawet odwiedzający Polskę jako turysta i nie mający problemów z komunikacją w trakcie pobytu, nie zna jednak specjalistycznej terminologii medycznej, a nawet może nie potrafić nazwać w sposób właściwy w języku polskim narządów ciała pacjenta.

Kandydat powinien także uzyskać od podmiotu wykonującego działalność leczniczą zaświadczenie zawierające deklarację określającą wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego i czas planowanego zatrudnienia ze wskazaniem zakresu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnych z posiadanym tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Uzyskanie takiego dokumentu może być wbrew pozorom bardzo trudne, gdyż wymaga ono przybycia do Polski, czasem z bardzo odległych terenów, znalezienie samemu podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Chyba że odbywać się to będzie nieco inaczej, a mianowicie, że właściwy organ polski będzie przydzielał zgłaszającemu się lekarzowi z zagranicy skierowanie do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, najczęściej kierując się zgłoszeniem takiego podmiotu, że potrzebuje lekarzy określonej specjalności.

Ubiegający się o zatrudnienie lekarz powinien posiadać, jak wynika z ustawy, pełną zdolność do czynności prawnych, posiadać stan zdrowia pozwalający

⁶ Jedynie niektóre akademie medyczne, a potem uniwersytety medyczne i nieliczne niepubliczne szkoły wyższe prowadziły i prowadzą dla cudzoziemców studia medyczne w języku angielskim. Jednakże ze studiów w tym języku korzystają w pierwszym rzędzie obywatele Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz państw południowoamerykańskich, gdzie koszty tych studiów w ojczyźnie są wielokrotnie wyższe, a dwustronne umowy o uznawalności wyższego wykształcenia gwarantują w gruncie rzeczy prawie bezstresowe zdobycie możliwości wykonywania zawodu w kraju urodzenia bądź pochodzenia.

na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry, wykazywać nienaganą postawę etyczną oraz uzyskać prawo pobytu na terytorium Polski. Sprawdzenie posiadania przez kandydata pełnej zdolności do czynności prawnych może być potraktowane jako czysta formalność i opierać się na przekonaniu, że jeżeli ukończył lat 18, to taką zdolność ma. Jak sprawdzić nienaganą postawę etyczną – praktycznie nie ma takiej możliwości, gdyż ewentualną przeszkodą byłoby pozbawienie kandydata w jego państwie prawa wykonywania zawodu, ale przecież odebranie takiego prawa może wynikać z różnych sytuacji, np. z błędu w sztuce lekarskiej, ale także z pijaństwa, narkomanii itd. W istocie badanie tej podstawy angażowałoby sztab ludzi i trwałoby, znając biurokratyczne utrudnienia, konieczność tłumaczenia, a czasami przekazywania pytań drogą dyplomatyczną, znacznie dłużej, niż trwać będzie najsrozsza nawet pandemia. Jeżeli kryterium to ograniczy się do złożenia stosownego oświadczenia, to prawdziwość jego może budzić wątpliwości.

Kłopotem będzie także wymóg uzyskania prawa pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Twórcy ustawy wyraźnie nie zdają sobie sprawy z tego, że taki dokument bardzo trudno otrzymać, że wymaga sprawdzenia kandydata przez różne służby, od Agencji Wywiadu zaczynając. Takie sprawdzenie nie ma charakteru formalnego, a sama procedura, zgodnie z odpowiednimi wymogami, trwa co najmniej 45 dni, a w praktyce o wiele dłużej. Znacznie łatwiejsze może być uzyskanie zaświadczenia o stanie zdrowia, który pozwala na wykonywanie zawodu lekarza bądź lekarza dentystry.

Ubiegający się o otrzymanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry powinien wylegitymować się co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym, ale nie zwykłego lekarza, lecz lekarza specjalisty w danej dziedzinie. To doświadczenie powinno być uzyskane w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających wydanie takiego zaświadczenia. Starający się o uzyskanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry powinien posiadać dyplom lekarza albo lekarza dentystry, a także dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej. To zastrzeżenie jest niekorzystne dla tych obywateli państw spoza UE, którzy studiowali w Polsce, tu uzyskali dyplom lekarza oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty. Ich, niestety nie dotyczy treść ustawy. Dodatkową trudnością może być to, że nie skorzystają z możliwości stwarzanych przez ustawę np. obywatele państw spoza UE, którzy uzyskali dyplom w swojej ojczyźnie, ale specjalizację uzyskali na obszarze Unii Europejskiej – oni także nie spełnią warunków. Jest to

poważna przeszkoda w ściągnięciu takich osób do Polski, gdyż formalnie rzecz biorąc, nie mieszczą się w wyznaczonych przez ustawę ramach.

Ubiegający się o zatrudnienie może przedstawić dyplom albo jego duplikat zalegalizowany przez konsula RP, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom, i to jeżeli został wydany przez uprawniony organ właściwy dla państwa będącego stroną konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze 5 października 1961 roku⁷. W końcu kandydat powinien odbyć szkolenie specjalizacyjne odpowiadające, w istotnych elementach merytorycznych, programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Czas trwania tego szkolenia nie został określony w ustawie. Trudno także stwierdzić jak należy rozumieć pojęcie „istotnych elementów merytorycznych” oraz jak ma się ten wymóg do tego, że w Polsce uzyskanie specjalizacji trwa od 4 do 6 lat. Tym samym zagraniczny lekarz specjalista, który ma wprawdzie dyplom poświadczający, że jest specjalistą w danej dziedzinie, specjalizację polską zdobędzie prawdopodobnie w znacznie krótszym czasie niż obywatel polski.

Zgodę na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry udziela minister właściwy ds. zdrowia w drodze decyzji administracyjnej, na podstawie opinii konsultanta krajowego we właściwej dziedzinie medycyny lub w przypadku braku takiego konsultanta, przez konsultanta w dziedzinie pokrewnej albo konsultanta wojewódzkiego we właściwej dziedzinie lub dziedzinie pokrewnej, w której starający się zamierza wykonywać zawód. Konsultanci ci w terminie 7 dni od dnia przekazania im dokumentów przez ministra właściwego ds. zdrowia mają ocenić, czy osoba starająca się o zgodę na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry odbyła szkolenie specjalizacyjne odpowiadające w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Wspomniani konsultanci wydają również opinię o kwalifikacji takiego lekarza lub lekarza dentystry, a także o określonym zakresie czynności zawodowych oraz czasie i miejscu zatrudnienia.

Decyzja ministra właściwego ds. zdrowia w przedmiocie zgody jest podstawą przyznania przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu osobie, której zgoda ministra dotyczy. Wpisuje ona lekarza albo lekarza dentystę na listę wykonujących zawód. Taki lekarz albo lekarz dentysta jest zatrudniany na podstawie umowy o pracę na czas określony, ale nie dłuższy niż okres

7 Dz.U. 2005, nr 112, poz. 938.

do dnia upływu ważności prawa wykonywania zawodu. To bardzo poważnie osłabia atrakcyjność wprowadzonego w ustawie rozwiązania. Wynika z niego, że zamiarem ustawodawcy jest ściągnięcie do Polski lekarzy specjalistów, zatrudnienie ich na określony czas, a następnie rozstanie się z nimi. Co będzie, jeżeli taki lekarz nie zechce opuścić Polski, założy tu rodzinę, będzie miał dzieci? Czy wówczas władze Polskie uznają, że może pozostać, ale nie zgodzą się na to, żeby pracował w wycudzonym zawodzie⁸?

W ustawie stwierdzono, że lekarz bądź lekarz dentysta zatrudniony w podmiocie wykonującym działalność leczniczą powinien wykonywać świadczenia zdrowotne przez okres jednego roku pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie, wyznaczonego przez kierownika takiego podmiotu. W trakcie realizacji umowy lekarz bądź lekarz dentysta, który uzyskał zgodę na wykonywanie zawodu, nie może jednak wykonywać go poza podmiotem leczniczym, z którym zawarł umowę.

Z mocy prezentowanej w tym miejscu ustawy prawo wykonywania zawodu przez takiego lekarza lub lekarza dentysty wygasa w razie uzyskania przez niego prawa wykonywania zawodu w normalnym trybie. Ponadto wygasa ono wtedy, kiedy został skreślony z listy lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, z racji upływu czasu, na który takie prawo zostało wydane, a także w razie ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego, utraty prawa pobytu na terytorium RP, złożenia przez lekarza lub lekarza dentysty oświadczenia o zrzeczeniu się takiego prawa i wreszcie, co chyba naturalne, w razie śmierci.

W ustawie wskazano, że prawo wykonywania zawodu jest wydawane na okres nie dłuższy niż 5 lat, przy czym nie można przedłużyć ani wydać nowego prawa wykonywania zawodu na warunkach określonych w ustawie po upływie 5 lat od daty jego wydania. Dodać do tego należy, że okręgowa rada lekarska niezwłocznie po otrzymaniu od podmiotu, u którego taki lekarz wykonywał działalność leczniczą, powiadomienia o rozwiązaniu umowy o pracę ma obowiązek skreślić go z listy lekarzy wykonujących zawód na terenie RP.

8 Odnosząc się do polskiego projektu transferu lekarzy z Białorusi, prezydent Aleksandr Łukaszenka zagroził, że ci lekarze, którzy wyjadą do Polski i będą tam pracować, nie zostaną nigdy wpuszczeni z powrotem do swojej ojczyzny. O tym, że są to zamiary poważne może świadczyć to, że władze białoruskie odmówiły wjazdu na teren Białorusi abp. Tadeuszowi Kondrusiewiczowi, obywatelowi Białorusi, który wyjechał z kraju z ważnym paszportem białoruskim. Stwierdzono, że w czasie pobytu za granicą – w Polsce – jego paszportu stracił ważność, ale nie z racji upływu terminu ważności dokumentu, lecz na skutek decyzji Ministra Spraw Wewnętrznych, i dlatego zainteresowany powinien się poddać procedurze naturalizacji.

Omawiana ustawa nie wprowadza żadnych ograniczeń wiekowych w odniesieniu do lekarzy, którzy ubiegają się o uzyskanie zgody na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W efekcie może się okazać, że gotowość do wykonywania zawodu lekarza na warunkach opisanych w ustawie zgłoszą lekarze z obszaru Białorusi, Ukrainy i Federacji Rosyjskiej, którzy przeszli w swoich państwach na emeryturę, ale w świetle przepisów polskich, gdyby byli obywatelami RP, byłoby im jeszcze daleko do osiągnięcia wieku emerytalnego. Trudno ocenić, czy zatrudnianie takich lekarzy w Polsce jest zasadne. Niewątpliwie z racji wieku, posiadanych częstokroć stopni, a nawet tytułów naukowych są to ludzie doświadczeni, mający w swoich państwach także właściwe specjalizacje. Niejednokrotnie, a może nawet najczęściej są oni osobami sprawnymi fizycznie, a pracę w Polsce mogą traktować jako kontynuację kariery zawodowej. Jednakże ustawodawcy, z racji wskazania wymogu co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego przez ubiegających się o zatrudnienie, chodzi chyba nie o takich specjalistów, lecz o ludzi młodych, przez to mobilnych, którzy zgodzą się na pełnienie służby na pierwszej linii frontu, chcących zarobić i zdobyć doświadczenie.

Jest rzeczą ważną, ale dość charakterystyczną, że ustawa nie wspomina ani o wynagrodzeniu takich sprowadzonych z zagranicy lekarzy, ani o ich zakwaterowaniu, przysługujących im urlopach i świadczeniach socjalnych. Oczywiście można domniemywać, że w odniesieniu do nich będą miały zastosowanie przepisy kodeksu pracy. Regulacja zawarta w ustawie pomija milczeniem kwestię, co się dzieje z człowiekiem, który przybywa do Polski z zamiarem skorzystania z dobrodziejstwa ustawy i starania się o pracę w zawodzie lekarza bądź lekarza denty. Nie wiadomo, gdzie taka osoba ma przebywać, z czego ma się utrzymywać i na podstawie, jakich kryteriów będzie uzyskiwała zezwolenie na pobyt przed zatrudnieniem w zawodzie. Oczywiście, w części wątpliwości te rozwiąże konieczność odbycia przymusowej kwarantanny, ale należy wątpić, że ten okres wystarczy na załatwienie koniecznych formalności. Mankamentem ustawy jest to, że oprócz opinii konsultanta brak w jej treści jakichkolwiek terminów, w których sprawa starającego się o zatrudnienie powinna zostać załatwiona. Nie ma także wyraźnego stwierdzenia, że taki starający się może zaskarżyć odmowną decyzję ministra właściwego ds. zdrowia, który w drodze decyzji administracyjnej odmówi udzielenia zgody na dopuszczenie do wykonywania zawodu.

Warto na marginesie jedynie zauważyć, że uregulowano także ważną kwestię dotyczącą lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy, a nie uzyskali prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezłożenia z wynikiem

pozytywnym egzaminu LEK lub LDEK. Uznano przy tym, że lekarze biorący udział w zwalczaniu epidemii będą uznawani za lekarzy w trakcie stażu podyplomowego, którzy wykonują zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu. Przedstawienie zawiłości tych dwóch regulacji przekracza zakres niniejszego opracowania.

Reasumując, należy stwierdzić, że optymistyczne założenia ustawodawcy, który liczy na to, że ściągnie do Polski niezliczone rzesze wysoko wykwalifikowanych lekarzy spoza UE, którzy natychmiast przystąpią do pracy, mogą się rozbić o gruby mur przeszkód biurokratycznych, którymi najeżone są przepisy nowelizujące ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Dodać do tego należy, że nie przewidziano w żaden sposób kolportażu rozwiązań ustawowych wśród lekarzy z państw pozaunijnych. Czy mają się oni dowiadywać o ustawie ze źródeł niepewnych? Czy zakłada się, że potencjalni kandydaci mają dostęp do internetowych stron sejmowych albo programów polskich stacji telewizyjnych?

Bibliografia

- Ristanovic E. i in., *Smallpox as an actual biothreat: lessons learned from its outbreak in ex-Yugoslavia in 1972*, „Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita” 2016, nr 52(4).
- Sasse J., Gelderblom H.R., *Lessons learnt from the German smallpox outbreaks after World War II*, „Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz” 2015, nr 58(7).

On the need to amend the Act on the professions of physician and dentist amidst the COVID-19 pandemic

Abstract

The Act on the professions of physician and dentist undoubtedly requires urgent amendments. This need has been raised by many communities, not only medical. Treating COVID-19 patients requires specialists, and there has been a shortage of them recently. Drafted in response to the pandemic-related threats, the Act on special measures to prevent and counteract COVID-19 and other infectious diseases, including associated crisis situations, failed to deliver on the hopes that it raised. It is not sufficient to provide a directory of entities providing healthcare services to counteract COVID-19 and to introduce telehealth services rendered by physicians.

Key words: COVID-19, physician, dentist, telehealth