

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

# puls

GRUDZIEŃ 2022 – STYCZEŃ 2023  
(nr 332–333)

TEMAT NUMERU:

## GWIAZDKA NADZIEI

- » *Quo vadis*, onkologio?
- » Z Warszawy najbliższej będzie do Siedlec
- » Czy mogę zaśpiewać wam piosenkę?

» Słowa, słowa, słowa

» Fematywy

» Przyjdź, ja cię uzdrowię

TEMAT NUMERU:

## **GWIAZDKA NADZIEI**

### **3 To jeszcze nie koniec**

Michał Niepytalski

### **4 Quo vadis, onkologio?**

Kamila Hoszcz-Komar

### **8 Z Warszawy najbliżej będzie do Siedlec**

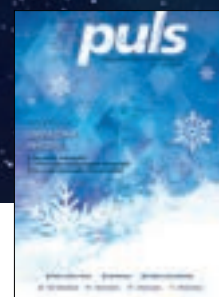
z Pawłem Żukiem  
rozmawia Adrian Boguski

### **12 Czy mogę zaśpiewać wam piosenkę?**

Kamila Hoszcz-Komar

### **26 Żyjemy**

Dariusz Paluszek



Graf. na okładce: K. Matsumoto

## SPIS TREŚCI

w numerze m.in.:

### DZIŚ I JUTRO

#### **3 Słowa, słowa, słowa**

Piotr Pawliszak

### W KONTRZE

#### **17 Fematywy**

Apel ORL w Warszawie

#### **18 Dlaczego chirurżka podnosi ciśnienie?**

Marta Chojnacka-Kuraś

#### **19 Lekarka**

Jerzy Bralczyk

### PSEUDOMEDYCYNĄ

#### **22 Przyjdź, ja cię uzdrowię**

Paweł Walewski

### SYSTEM

#### **24 Jest dobrze, jest dobrze**

Małgorzata Solecka

### PRAWO

#### **28 System *no-fault* a śmierć pacjenta**

Mikołaj Małeckie

#### **30 Analiza przypadku**

Karolina Podsiadły-Gęsikowska,  
Aleksandra Powierża

#### **34 Szpitale nie chcą dodatków za walkę z epidemią?**

Michał Niepytalski

### IZBA DLA LEKARZY

#### **40 „Inflacja prawa” – jak ją zatrzymać?**

z Krzysztofem Koźmińskim  
rozmawia Olga Rasińska

#### **42 Świąteczny nastrój... Start!**

### NA PRZESTRZENI LAT

#### **46 O Tworach nieznanym**

Adrian Boguski

# ZMIANA WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Zgodnie z decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej  
od 1 stycznia 2023 r. wysokość składki członkowskiej wynosi:

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

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

Dotychczasowe subkonta do opłat składek członkowskich pozostają bez zmian.

Pod adresem <https://izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/>  
można wygenerować indywidualny numer rachunku.

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod adresem e-mailowym [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)  
oraz pod numerami telefonów: 22 542 83 38, 22 542 83 39.

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

- ubezpieczenia OC (więcej informacji na [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)  
lub 577 930 370/380),
- opieki prawnej dla członków OIL w Warszawie (konsultacje  
telefonicznie w godzinach pracy pracowników, pod nume-  
rem telefonu: 728 988 518 oraz pod adresem [prawnikdla-  
lekarza@oilwaw.org.pl](mailto:prawnikdla-<br/>lekarza@oilwaw.org.pl)),
- Funduszu Samopomocy (becikowego, pożyczek socjalnych  
i szkoleniowych, zapomóg losowych, odpraw pośmiertnych;  
informacje: 22 542 83 33 oraz [fundusz@oilwaw.org.pl](mailto:fundusz@oilwaw.org.pl)),
- szkoleń (informacje: 22 542 83 75/76 oraz [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)),
- dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych, zakupu wyrobów  
medycznych w ramach działalności Fundacji Pro Seniore  
(informacje: 22 542 83 30, [proseniore@oilwaw.org.pl](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)),
- dofinansowania obiadów dla lekarzy seniorów w Klubie  
Lekarza (informacje: 22 542 83 06),
- stypendiów/dofinansowań do 5 tys. zł, w ramach działalności  
Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL (tel. 22 542 83 90),
- dofinansowania szczepień ochronnych dla członków OIL  
w Warszawie w ramach działalności Zespołu ds. Szczepień  
ORL (informacje: [szczepienia@oilwaw.org.pl](mailto:szczepienia@oilwaw.org.pl)),
- udziału w koncertach, wernisażach, wystawach i konkursach  
w ramach działalności Komisji ds. Kultury ORL,
- prób oraz występów w chórze Medicantus (informacje:  
22 542 83 30),
- publikacji ogłoszeń dotyczących zatrudnienia lekarzy  
w ramach działalności Centrum Kariery Lekarza (informacje  
w zakładce „praca dla lekarzy” na stronie izby).

Zachęcamy do systematycznego odwiedzania strony [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) oraz social mediów  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.



Z okazji świąt Bożego Narodzenia  
życzymy wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom  
szczęśliwych chwil spędzonych z najbliższymi.  
Niechaj ten czas pozwoli Wam spojrzeć z nadzieją w przyszłość,  
tchnie w umysły pozytywne myśli i przekonanie, że dzięki Waszej pracy  
zachodzą dobre zmiany, marzenia przybliżają lepsze jutro,  
a w ochronie zdrowia wiele się poprawia.

Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie, oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Fot. M. Najdzik

# Słowa, słowa, słowa

**PIOTR PAWLISZAK**, prezes ORL w Warszawie

Aktualna retoryka polityczna oznacza, że wkraczamy w okres kampanii wyborczej. Pewne wypowiedzi dotyczące naszego środowiska są nużąco przewidywalne i populistyczne. Można uznać za kuriozalny fakt, że działacz partii politycznej, wykonujący zawód, który w rankingu społecznie poważanych zawodów jest drugi od końca (tuż przed tzw. influencerami), sili się na atakowanie reprezentantów zawodu plasującego się na podium. Odnoszę jednak wrażenie, że z coraz mniejszym sukcesem i wbrew nastrojom społecznym.

Ostatnie spotkanie z przedstawicielami samorządów zawodów zaufania publicznego zmusiło mnie do sięgnięcia do źródeł samorządności w Polsce, a zgromadzonymi informacjami chciałbym podzielić się w niniejszym tekście.

Art. 17 Konstytucji RP odnosi się do możliwości formowania samorządów zawodów zaufania publicznego. Trybunał Konstytucyjny zajmował się problematyką tych zawodów, stwierdzając, że zawód zaufania publicznego posiada m.in. następujące cechy: szczególną doniosłość związaną z koniecznością zapewnienia ochrony konstytucyjnych praw jednostki, wysokie zaufanie społeczne, niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej, posiadanie sformalizowanej etyki zawodowej oraz rękojmi należytego wykonywania gwarantowanej m.in. przez wysokie bariery dostępu do zawodu. Jednocześnie podkreślano, że wykonywaniu zawodu zaufania publicznego powinno towarzyszyć **realne** zaufanie publiczne, a jednym z jego przejawów jest przy-

znanie samorządowi przez państwo szeregu uprawnień, w tym wydawania PWZ i prowadzenia pionu odpowiedzialności zawodowej.

Na kanwie wydarzeń ostatnich miesięcy i lat nasuwa się kilka gorzkich wniosków:

1. naruszone wymienione zasady przez uproszczenie trybu przyznawania PWZ obcokrajowcom,
2. potwierdzeniem zaufania państwa do samorządu zawodowego powinna być natychmiastowa implementacja realnych rozwiązań opartych na systemie *no-fault*,
3. alternatywą dla obecnego kształtu samorządu są gremia, w których zasiadać będą nominaci polityczni i urzędnicy państwowi; zrozumienie tego aspektu sprawiło, że sam kilka lat temu przestałem uważać izby lekarskie za zbędne.

O te kwestie toczy się (od co najmniej kilku lat) walka, którą będziemy kontynuować. Niezależnie od okoliczności zewnętrznych pozostajemy elitą intelektualną, która rozumie swoją doniosłą rolę w ochronie najwyższych konstytucyjnych dóbr każdego człowieka. Nie dajmy sobie wmówić, że jest inaczej! ●



Fot. K. Bortyzel

# To jeszcze nie koniec

**MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Słowa te mają niespodziewanie pozytywny wydźwięk. Zgodnie z powiedzeniem „w końcu wszystko będzie dobrze. A jeśli nie jest dobrze, to znaczy, że to jeszcze nie koniec”. Dlatego w tym numerze staramy się spojrzeć na rzeczywistość pogodniej niż zwykle. Szukamy zjawisk i faktów, które wprawiają czytelników w pozytywny nastrój. Pokazujemy, że czasem można lepiej, efektywniej. Że, choć zwykle stan ochrony zdrowia porównuje się do ruin, to przecież ruiny mają fundamenty, na których da się zbudować coś nowego.

Piszemy o jaskółkach wiosny w onkologii, o tym, że opieka koordynowana jest rozwią-

zaniem sensownym, bez względu na to, czy ministerstwo ma pomysł, jak się do jej zastosowania zabrać. Pokazujemy środowisko medyczne, jak – mimo przepracowania i niedostatku czasu wolnego – potrafi się dzielić zasobami z dławioną przez Rosjan Ukrainą. I że nie tylko takie sytuacje pozwalają szukać nadziei na poprawę przede wszystkim w Was samych, a nie w obietnicach złotoustych ulubieńców kamer.

Może niektórzy czytelnicy uznają takie podejście za zaklanie rzeczywistości, ale w końcu grudzień to czas magii. Poza tym nadchodzi koniec. Roku. Ale nie koniec świata. ●

# *Quo vadis,* onkologio?



NA DRUGIM MIEJSCU W PONURYM RANKINGU PRZYCZYN ZGONÓW W POLSCE SĄ CHOROBY NOWOTWOROWE. A WEDŁUG PROGNOZ JUŻ W 2025 R. MOGĄ STAĆ SIĘ NAJCZĘSTSZYMI POWODAMI ŚMIERCI. MIMO TO NA PYTANIE, CZY LEPIEJ LECZYĆ SIĘ ZAGRANICĄ, LEKARZE ODPOWIADAJĄ: NIE MA TAKIEJ POTRZEBY. JAKA PRZYSZŁOŚĆ CZEKA POLSKICH ONKOLOGÓW I ICH PACJENTÓW W SYSTEMIE, KTÓRY BORYKA SIĘ Z CIĄGŁYM NIEDOFINANSOWANIEM, BRAKAMI KADROWYMI I ZŁĄ ORGANIZACJĄ? CZY JEST SZANSA NA ZMIANY? A MOŻE MAŁYMI KROCZKAMI JUŻ IDZIEMY KU LEPSZEMU?

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## NA KOGO WYPADNIE, NA TEGO BĘC

**P**rzeciwny Polak potrafi wymienić przynajmniej sześć, siedem osób z najbliższego otoczenia, które chorowały lub chorują na nowotwór złośliwy. To przygnębiające, ale onkolodzy podkreślają, że statystycznie taka jest norma. Zachorowalność na nowotwory ciągle wzrasta. Szacuje się, że w Polsce żyje około miliona chorych onkologicznie. Co roku diagnozuje się blisko 170 tys. nowych przypadków, a ponad 100 tys. osób umiera na tę chorobę. Podstępny zabójca nie ma preferencji: na nowotwory zapadają w równym stopniu kobiety i mężczyźni. Nie oszczędza też dzieci: około 1,2 tys. co roku słyszy taką diagnozę. Mimo to choroba wciąż jest niedostrzegana przez polityków. Wydatki na leczenie nowotworów w Polsce należą do najniższych w Europie (około 96 euro na jednego mieszkańca według danych Szwedzkiego Instytutu Zdrowia i Ekonomii Medycznej IHE z 2019 r.). Za relatywnie niski uważa się wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe w naszym kraju, wynoszący 267 na 100 tys. mieszkańców. Ostatnio odnotowaliśmy jego wzrost, co można uznać za pozytywny, bo prawdopodobnie wynika z poprawy diagnostyki. Z kolei wskaźnik umieralności, choć spadł, nadal plasuje nas na czwartym miejscu w krajach OECD,\* gdyż – jak podano w raporcie Health at a Glance 2021 – wynosi 228 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

Niezwykle istotna jest statystyka pięcioletnich przeżyć w przebiegu określonych typów nowotworów złośliwych. Dane nie są pocieszające: jesteśmy na przedostatnim miejscu w przypadku przeżywalności pacjentek z rakiem szyjki macicy (niemal co druga chora nie przeżywa pięciu lat). We wszystkich krajach OECD rak

piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Z tego powodu wiele państw wdrożyło programy badań przesiewowych, w których bierze udział coraz więcej kobiet. Dzięki temu wzrasta wykrywalność na wczesnym etapie choroby i spada śmiertelność. Niestety, w Polsce obserwujemy odwrotny trend – śmiertelność z powodu raka piersi rośnie, a wskaźnik wczesnych jego wykryć plasuje nas prawie na końcu rankingu krajów OECD.

Rodacy najczęściej zapadają na raka płuc, jelita grubego oraz piersi (kobiety) i prostaty (mężczyźni). W obliczu tych statystyk trudno się dziwić, że zdiagnozowanie nowotworu większość obywateli uważa za wyrok śmierci.

## LECZYĆ SIĘ W POLSCE, CZY WYJECHAĆ ZAGRANICĘ?

To pytanie nurtuje wielu chorych. Liczni mieszkańcy naszego kraju są przeświadczeni o tym, że w Polsce nie ma szans na nowoczesne leczenie. Nie dziwi taka postawa ludzi, którzy mierzą się ze śmiertelną chorobą, a przez większość życia doświadczali mniejszych bądź większych rozczarowań polskim systemem ochrony zdrowia. – *Raz na jakiś czas zdarza się nowy pacjent, który prosi o szczerą radę: czy ma jechać do Niemiec lub Kanady, bo kolidację rodzinne mu na to pozwalają. Mogę naprawdę szczerze odpowiedzieć, że nie ma takiej potrzeby – mówi Krzysztof Ostaszewski, specjalista onkologii klinicznej z Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Narodowym Instytucie Onkologii. – Oczywiście, nie dotyczy to każdej dziedziny onkologii, ale nie jest tak, jak myśli większość pacjentów. Poziomem terapii nie odbiegamy od reszty świata, szczególnie w zakresie najczęstszych nowotworów.*



Fot. K. Bartyzel

► „Program lekowy to świadczenie gwarantowane. Leczenie w ramach programu odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów” – czytamy w serwisie gov.pl.

To właśnie programy lekowe są uznawane zarówno przez lekarzy, jak i organizacje działające na rzecz pacjentów za ułatwienie korzystania z nowych terapii w przypadku wielu rodzajów nowotworów. Dzięki staraniom onkologów kryteria, które muszą spełniać pacjenci, aby zostać zakwalifikowani do nowoczesnych terapii, są modyfikowane. Część z nich bowiem zdaniem lekarzy odbiega od codziennej praktyki klinicznej i zaleceń towarzystw naukowych, przez co blokuje dostęp pacjentom, którzy z tych terapii powinni skorzystać. Przed wprowadzeniem programów lekowych pacjent pragnący poddać się niestandardowemu leczeniu powinien był złożyć w Ministerstwie Zdrowia wniosek, w którym lekarze wymieniali wytyczne towarzystw naukowych polskich i zagranicznych oparte na konkretnych badaniach *etc.* Miało to przekonać ministerstwo, że chory kwalifikuje się do terapii i może odnieść z niej korzyść. Poza tym merytorycznie oceniał takie pismo konsultant krajowy, ale decyzja wciąż należała do ministerstwa. – *Ocena mogła być pozytywna lub negatywna, ale odmowę uzasadniano: nie i już. I to był prawdziwy dramat dla lekarza, bo co miał powiedzieć pacjentowi, któremu odmawia się leku* – mówi Krzysztof Ostaszewski.

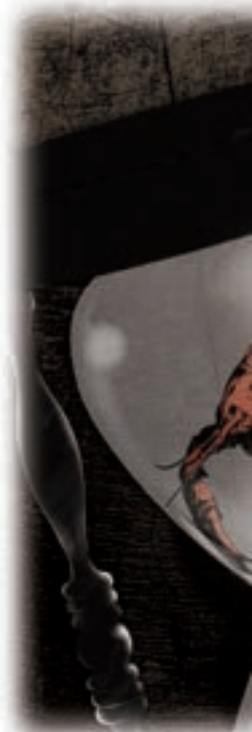
Program lekowy usystematyzował ten proces. Jednak każdy kij ma dwa końce. Jeśli pacjent spełnia kryteria, nie ma problemu i nie trzeba czekać na rozpatrywanie pism. Jednak jeśli ich nie spełnia, składanie wniosku do Ministerstwa Zdrowia staje się bezzasadne, bo większość odpowiedzi jest odmowna. Ale Krzysztof Ostaszewski podkreśla, że i tak obecne rozwiązanie jest lepsze dla pacjentów. – *Programy lekowe dotyczą terapii, których miesięczny koszt wynosi kilkanaście lub kilkadziesiąt tysięcy złotych, a leczenie może trwać nawet kilka lat. Dlatego kryteria są wyśrubowane. Programy przyniosą korzyści, jeśli systematycznie i sprawnie będą poszerzane o kolejne leki. Kiedyś miały dużą latencję. Jeździliśmy na kongresy, gdzie słuchaliśmy o nowych terapiach, a potem wracaliśmy ze świadomością, że wcześniej niż za rok nie będzie szans na wykorzystanie ich w leczeniu polskich pacjentów. Ale to już się zmienia, okres oczekiwania jest coraz krótszy. I oby tak dalej.*

A co program oznacza dla onkologa oprócz tego, że może zaproponować pacjentowi metodę leczenia na światowym poziomie? To już druga strona medalu. Lekarze wskazują aspekt finansowy: nie poprawiły się kryteria wyceny pracy onkologów podczas realizacji programów lekowych, oraz biurokratyczny: czekają na uproszczenie raportowania realizacji programów lekowych do NFZ. Podkreślają również konieczność weryfikacji listy obowiązkowo zlecanych badań diagnostycznych, a przede wszystkim monitorowania dostępności programów lekowych dla pacjentów, w zależności od miejsca ich zamieszkania.

## AUREA MEDIOCRITAS

Zapytany, co uważa za najważniejszą pozytywną zmianę w polskiej onkologii, dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii, bez wahania wskazuje przyjęcie rekomendowanej przez środowisko lekarzy onkologów Narodowej Strategii Onkologicznej, a tym samym dostrzeżenie potrzeby wzmocnienia polskiej onkologii. NSO to program na lata 2020–2030 przyjęty przez Radę Ministrów w drodze uchwały 4 lutego 2020 r. Wśród jego założeń znajduje się przede wszystkim poprawa edukacji, profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Okretem flagowym NSO ma być utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej, która podniesie dostępność kompleksowej opieki onkologicznej i zlikwiduje jej zróżnicowanie w zależności od regionu kraju. Pilotaż KSO trwa od kilku lat w czterech województwach: dolnośląskim, podlaskim, pomorskim i świętokrzyskim. Zgodnie z zapowiedziami, ustawa o KSO znacznie obowiązywać 1 stycznia 2023 r., choć oficjalny raport z wynikami programu pilotażowego pojawi się dopiero pod koniec marca 2023. Dyrektor Maciejczyk jest dobrej myśli, jego zdaniem system został przygotowany na wprowadzenie wypracowanych w pilotażu narzędzi i standardów. Studzi jednak emocje, podkreślając, że nie wszystko od razu będzie świetnie działać. Dlaczego? Po wprowadzeniu KSO w całym kraju ośrodki onkologiczne muszą mieć czas na przystosowanie się do zmian. Wdrożenie koordynowanej opieki onkologicznej wymaga stopniowych, dobrze zaplanowanych działań. Współpraca wojewódzkich ośrodków monitorujących z NFZ oraz konsekwentne wsparcie ze strony MZ na rzecz poprawy standardów diagnostyki i leczenia onkologicznego pozwolą uniknąć ryzyka braku konsekwencji, który jest największym problemem przy tego typu zmianach w organizacji. Monitoring jakości procesów organizacyjnych musi być prowadzony na podstawie rzetelnie zebranych i analizowanych danych klinicznych. Tylko wtedy działania będą w pełni klarowne.

KSO zakłada dobrowolność przystąpienia ośrodka do sieci. W ustawie jest zapis mówiący, że realizacja refundowanych przez NFZ świadczeń onkologicznych możliwa będzie jedynie w ramach sieci. Wyjątek będą stanowiły zdarzenia pilne, np. wystąpienie u pacjenta objawów niedrożności jelit czy krwawienia z drzewa oskrzelowego. W czasie pilotażu na Dolnym Śląsku usługi realizowało 16 podmiotów, które deklarowały chęć leczenia onkologicznego. Placówki, które zgłosiły gotowość pracy w KSO, mają być weryfikowane pod względem jakości wykonywanych usług. W wypadku wątpliwości dotyczących diagnostyki czy terapii każdy ośrodek powinien przekierować chorego do szpitala o wyższej referencyjności. W opinii przewodniczącego Krajowej Rady ds. Onkologii pacjent musi mieć pewność, że szpital, do którego się zgłasza, potrafi przeprowadzić odpowiednią diagnostykę i leczenie onkologiczne.





Co poprawi i jakie korzyści przyniesie pacjentom Krajowa Sieć Onkologiczna? Zgodnie z założeniami, KSO pacjenta stawia w centrum systemu. Wdrożone mają być rozwiązania organizacyjne: uruchomienie ogólnopolskiej infolinii onkologicznej i zapewnienie wsparcia koordynatora, który zajmie się pacjentem od momentu powzięcia przez lekarza podejrzenia nowotworu przez diagnostykę po leczenie. Planuje się również wprowadzenie procesów zapewniających poprawę realizacji standardów opieki onkologicznej, np.: standaryzację opisów badań patologicznych i checklisty kompletności realizacji ścieżek diagnostycznych. Głównym celem KSO jest poprawa dostępności dobrej jakościowo, kompleksowej opieki onkologicznej. Chodzi o wszystkich pacjentów, bez względu na miejsce ich zamieszkania.

*– To rozwiązania, na które czekają i o które od lat walczą pacjenci – mówi Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. – Jednak na razie wyrażają ograniczony entuzjazm. Wiele razy coś im obiecywano, a potem realizacja obietnic pozostawiła wiele do życzenia. Założenia są bardzo dobre, ale chcemy zobaczyć, jak KSO będzie działała w praktyce, poznać wyniki programu pilotażowego. Pacjent nie musi rozumieć systemu. On chce być przez ten system otoczony opieką, a nie z nim walczyć. Wystarczy, że musi walczyć z chorobą.*

## POSTPANDEMICZNA ONKOLOGIA

To, co działo się w służbie zdrowia w czasie pandemii, znajduje odzwierciedlenie w onkologii. Krzysztof Ostaszewski informuje, że odsetek osób w zaawansowanym stadium nowotworu złośliwego trafiających do gabinetów onkologicznych jest nieporównywalnie większy niż przed marcem 2020 r. Utrudniony dostęp do lekarzy, a zatem do diagnostyki i leczenia, zbiera

ponure żniwo. Wielomiesięczne zwlekanie z diagnostyką i leczeniem, przerwa w terapii w przypadku choroby onkologicznej prowadzą do rozpoczęcia procesów, których nie da się już na pewnym etapie cofnąć ani zatrzymać. Kolejne statystyki onkologiczne będą więc znacznie gorsze niż dotyczące okresu przed COVID-19. – *Hasło „Zostań w domu” pamiętamy wszyscy – wyjaśnia Dorota Korycińska. – Jednak nikt nie powiedział głośno: „Teraz możesz wyjść. Idź do lekarza”. Dlatego nie wychodzili, a teraz mamy tego skutki.*

Pandemiczne doświadczenia zdaniem Krzysztofa Ostaszewskiego przyniosły jedną korzyść: oswojenie się pacjentów z teleporadami. Dzięki usprawnieniu tego rozwiązania wiele osób oszczędza mnóstwo czasu i pieniędzy. – *Mam pacjentów z całej Polski, także ze Szczecina i Zakopanego – mówi Krzysztof Ostaszewski. – Do tej pory musieli wziąć wolne, przyjechać, nierzadko z bliskimi, zarejestrować się rano, oczekiwać nawet do godziny 15.00 tylko po to, żeby dostać skierowanie na tomografię. Teraz zdzwaniamy się i załatwiamy*

*sprawę. Ponadto, jeśli coś nie jest w porządku, dostają telefon z pracowni z prośbą o wystawienie poprawnego dokumentu, pacjent nie musi się już tym kłopotać. To usprawnia naszą pracę, a choremu zamiast trzech „wycieczek” do Warszawy zostaje jedna. Wpisujemy się w ten sposób w trend eko – ograniczamy ilość spalin – śmieje się.*

## CO Z NAMI BĘDZIE?

Pałących kwestii, wymagających zmiany lub usprawnienia, jest jeszcze wiele. Najbardziej zaniedbana wydaje się profilaktyka. Jej nieskuteczność to ogólny problem społeczny. Nadal odnotowuje się niską frekwencję w badaniach przesiewowych, które są podstawą wczesnej wykrywalności nowotworów. Ten złożony problem wymaga rozwiązania. Za krok w dobrą stronę Dorota Korycińska uważa wprowadzenie szczepień ochronnych przeciw HPV: – *To ważna zmiana. Należy też mocno podkreślić, że powinny być to szczepienia dla nastolatków obu płci. Społeczeństwo musi mieć tego świadomość. Dlatego wielka szkoda, że szczepieniami mają być objęte w przyszłym roku zaledwie dwa roczniki dziewcząt. To stanowczo za mało, by mówić o szybkim zmierzaniu w kierunku ograniczenia w przyszłości zachorowań na raka szyjki macicy, ale również wiele innych nowotworów.*

W Polsce istnieje sieć ośrodków onkohematologii dziecięcej współpracujących z oddziałami i klinikami chirurgii dziecięcej. Radioterapię małym pacjentom zapewniają odpowiednio wyszkoleni radioterapeuci w dużych ośrodkach onkologicznych. Koordynacja pracy specjalistów przebiega sprawnie, a standardy kompleksowych świadczeń oparte są na międzynarodowych protokołach diagnostyczno-terapeutycznych. Ta gałąź onkologii radzi sobie lepiej. Jednak i tu są obszary wymagające zmiany. W opinii Adama Maciejczyka wiele należy poprawić w zakresie dostępu do dobrej jakościowo diagnostyki obrazowej, patologicznej i molekularnej. Do rozwiązania zostaje także problem opieki nad ozdrowieńcami, czyli dorosłymi, którzy przebyli w dzieciństwie skuteczną terapię onkologiczną, ale potrzebują specyficznej, dobrej jakościowo diagnostyki w ramach kontroli po leczeniu.

Środowisko onkologów od lat apeluje także o modyfikację karty DiLO. Chodzi m.in. o likwidację w jej zapisach sztucznego podziału na diagnostykę wstępną i pogłębioną oraz o uzupełnienie danych o informację na temat rodzaju nowotworu, z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby. Zdaniem przewodniczącego Krajowej Rady ds. Onkologii pozwałoby to wyciągnąć ważne pod względem organizacyjnym i jakościowym wnioski.

Co dalej? Jaka będzie przyszłość polskiej onkologii? Na razie pozostaje nam życzyć, aby potrafiła tak szybko adaptować się do zmian systemu i potrzeb pacjentów, jak nowotwory, z którymi walczy. ●

\* Organization for Economic Co-operation and Development, czyli Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju – międzyrządowa organizacja gospodarcza, powołana do życia w 1960 r. na mocy Konwencji Paryskiej. Skupia 35 państw, a jej siedziba znajduje się w Paryżu.

# Z Warszawy najbliżej będzie do Siedlec

**ZWIĘKSZENIE EFEKTYWNOŚCI LECZENIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO O 50 PROC. JEST O WIELE SKUTECZNIEJSZYM SPOSOBEM ZAOSZCZĘDZENIA PIENIĘDZY DLA SYSTEMU NIŻ WYKONYWANIE KOLEJNYCH 150 PRZESZCZEPÓW SERCA. PIENIĄDZE DO RACJONALNEGO WYDANIA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA MOŻNA ZNALEŹĆ W KOMPLEKSOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W POZ – PODKREŚLA PAWEŁ ŻUK, LEKARZ KARDIOLOG, PREZES I WSPÓŁTWÓRCA CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNEGO W SIEDLCACH, W ROZMOWIE M.IN. O POTRZEBACH PACJENTÓW, ZARZĄDZANIU FIRMA MEDYCZNĄ, DZIAŁANIU POZ I OPIECE KOORDYNOWANEJ Z PRAWDZIWEGO ZDARZENIA.**

rozmawia **ADRIAN BOGUSKI**

**Zacznijmy od tego, jakie braki dostrzegaliście w ochronie zdrowia końca lat 90. XX w.?**

**Jaką alternatywę chcieliście zaproponować pacjentom ówczesnych ZOZ?**

**Z**dr. Arturem Prusaczykiem (wiceprezesem centrum) spotkaliśmy się w latach 90. podczas stażu w Szpitalu Miejskim w Siedlcach. Rozmawialiśmy o swoich doświadczeniach związanych z ówczesną ochroną zdrowia, która nam się nie podobała. Miałem wówczas za sobą kilkunastomiesięczną pracę w szpitalach w Wielkiej Brytanii, a dr Prusaczyk – w Finlandii. Dzięki temu wiedzieliśmy, jak może wyglądać opieka nad pacjentem, czy raczej świadczenie usług medycznych na najwyższym poziomie. Widzieliśmy szybkie przemiany w sektorze bankowym, telekomunikacji i dostrzegaliśmy opóźnienie sektora medycznego. Doszliśmy do wniosku, że potrzebna jest placówka, która przyczyni się do poprawy opieki nad pacjentem. Dziś patrzę na to zagadnienie z perspektywy 25 lat działalności CMD, wtedy jednak pracowaliśmy zgodnie z przeświadczeniem, że nie należy zniekształcać celu

zawodu lekarza. Problem bowiem polega na tym, że niestety wielu ludzi skupia się na splendorze wykonywania zawodu lekarza, co nie pozwala im znaleźć prawdy o profesji, której wykonywania się podjęli. Niektórzy próbują zgrywać „wielkiego doktora”, a nie pracować dla dobra pacjenta. To bardzo nam przeszkadzało, kiedy zaczynaliśmy myśleć o swojej praktyce. Stwierdziliśmy, że taki model trzeba ze swojej świadomości wyrzucić. Zdaliśmy sobie sprawę, że pracujemy z klientem, jesteśmy usługodawcą i walczymy o to, by ów klient, czyli pacjent, był nasz.

**Co pan rozumie przez określenie „nasz pacjent”?**

Niektórzy mogą sądzić, że wystarczy, by pacjent był zadowolony. Zadowolony może być przez chwilę, ponieważ został dobrze obsłużony. Żeby był „nasz”, musi mieć postawioną diagnozę i wiedzieć, jaki będzie następny etap leczenia, musi otrzymać usługę o określonej trwałej wartości zdrowotnej. Na tym oparliśmy pomysł utworzenia Centrum Medyczno-Diagnostycznego. Kolejną ideą, która wówczas nam przyświecała, było zbudowanie kompletnie

go systemu opieki dla związanej z naszym ośrodkiem populacji, a nie skupianie się na pojedynczej relacji pacjent – lekarz. Nie możemy być mistrzami „jednego numeru”, pracujemy bowiem w miejscu, w którym dana grupa stale będzie szukać pomocy.

**Czym różniście się od innych ośrodków?**

Jak wspominałem, stawialiśmy na dobrą pomoc medyczną. Dlatego, choć wówczas tego nie wiedzieliśmy, zapisali się do nas najciężej chorzy, którzy potrzebowali częstej i dobrej opieki. Pierwsze 10 tys. naszych pacjentów wymagało bardzo dużej liczby badań. Stwierdziliśmy, że niezależnie od tego, co będzie się działo, nie będziemy blokować dostępu do diagnostyki, ale podamy ten proces racjonalizacji. Model się sprawdził, co sprawiło, że otrzymaliśmy oferty z innych miejsc. Otworzyliśmy przychodnię w Oleśnicy i Serocznynie, dwóch miejscowościach w gminie Wodynie pod Siedlcami, kolejną w Mińsku Mazowieckim. Zaczęliśmy poszerzać ofertę, w 2004 r. zajęliśmy się opieką długoterminową, podpisywaliśmy kontrakty specjalistyczne.



### **Jak długo wypracowywaliście metody zarządzania, które stosujecie?**

W 2011 r. zatrudnialiśmy 200–300 osób pracujących w 8 lub 10 oddziałach. Mój telefon nie milkł. Wtedy zrozumieliśmy, że musimy stworzyć skuteczniejsze sposoby zarządzania i organizacji. Skorzystaliliśmy z metod oceny ryzyka, którymi posługują się towarzystwa

ubezpieczeniowe. Zaczęliśmy przydzielać pacjentów do jednorodnych grup zmniejszonego i podwyższonego ryzyka. Nie pamiętam, jak do tego doszło, ale wówczas zetknęliśmy się z Towarzystwem Farmakoeconomiki, któremu przewodniczył prof. Tomasz Hermanowski. Profesor opowiedział nam o instytucjach zajmujących się opieką koordynowaną. W 2015 r. pojechaliliśmy do Edynburga na pierwszy zjazd

International Foundation for Integrated Care. Przybyli tam medycy z całego świata. Wszyscy, bez względu na to, czy byli ze Stanów Zjednoczonych, Nowej Zelandii lub RPA, mówili o tych samych wadach systemu, co brzmiało dla nas bardzo znajomo. Różniliśmy się od nich jedynie podejściem do rozwiązywania problemu. Wtedy zdaliśmy sobie sprawę, jaką drogę chcemy wytyczyć w opiece nad pacjentami w naszym centrum.

### **Dzięki temu wzięliście udział w pilotażowym programie POZ Plus.**

Pośrednio dzięki temu. W 2016 r. Polska otrzymała duży grant na budowę nowego modelu POZ, który został rozdysponowany przez Ministerstwo Zdrowia, a głównym realizatorem był Bank Światowy. Zespół powołany do pracy nad wykorzystaniem tego grantu pracował prawie rok, ale nie osiągnął spodziewanych efektów.

Wtedy Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do IFIC z prośbą o wskazanie kilku przykładów wdrożenia opieki koordynowanej w innych systemach. Od prezesa IFIC prof. Nicka Goodwina dowiedziałem się, że na pismo z Polski odpowiedzieli mniej więcej tak: „Możemy zaprezentować przykłady z Nowej Zelandii, Portugalii, Kraju Basków, ale z Warszawy najbliższej będzie do Siedlec”. Wówczas zaproszono nas do zespołu opracowującego dla polskiej ochrony zdrowia system opieki koordynowanej. Wynikiem prac zespołu był pilotaż POZ Plus. Od tamtego czasu proces przemian w naszej firmie bardzo przyspieszył.

### **Na czym polega opieka koordynowana w centrum?**

W naszym wydaniu opiera się na kilku elementach: po pierwsze – staramy się zawsze patrzeć z perspektywy pacjenta, po drugie – w naszym ośrodku dominuje podejście populacyjne, po trzecie – pracujemy zespołowo, po czwarte – nie rozpraszamy danych, ale przechowujemy je w jednym miejscu, po piąte – rozliczamy usługę zawsze tam, gdzie jej udzielamy, i po szóste, co ogromnie ważne – nasz pacjent musi wiedzieć, jaki jest następny krok w jego leczeniu. ►

- ▶ Każdy kontakt z pacjentem ma dla nas wielkie znaczenie. Nie możemy przeoczyć żadnej okazji, by zaproponować istotną dla niego usługę.

### **Na pewno dobrym wskaźnikiem potrzeb pacjenta są badania profilaktyczne.**

Zdecydowanie, badania profilaktyczne to swojego rodzaju miernik wskazujący, jak silna jest placówka medyczna. Pacjentów, którym zlecono te badania, możemy podzielić na trzy grupy. 30 proc. – to ludzie wysoce świadomi zdrowotnie, bez namowy wykonujący badania. W Skandynawii takich pacjentów jest aż 45–50 proc.! Są też osoby, które wiedzą, że należy wykonywać diagnostykę, ale nie są skłonne same podjąć działania. Jeśli zachęci je pielęgniarka lub koordynator, do których mają zaufanie, dołączą do grupy kolejnych 20 proc. pacjentów wykonujących badania profilaktyczne. Zostaje więc 30–40 proc. tych, których trudno przekonać. I to zadanie lekarzy. Pacjenci najbardziej obawiają się, że ich sytuacja po badaniach diametralnie się zmieni. Rozwiązaniem może być zapewnienie, że jeżeli podczas badań znajdziemy jakieś nieprawidłowości, nie zostawimy pacjenta samemu sobie.

### **Co dzieje się w centrum z pacjentem, który podczas badań dowiedział się, że cierpi na nowotwór?**

Mamy dla niego przygotowaną całą ścieżkę terapii, wydzielone miejsca, gdzie może się zapisać. Zawsze jesteśmy w stanie nawiązać kontakt z jednostką, która poprowadzi leczenie dalej. Jeżeli zaś u któregoś z naszych pacjentów wykryliśmy podwyższone ryzyko zachorowania, przypisujemy go do grupy specjalnej troski (*high-risk*). Pacjenci zdrowi są natomiast zapisywani na następne badanie w kolejnym cyklu.

### **Wróćmy do opieki koordynowanej.**

Dziś w opiece koordynowanej POZ mamy cztery kategorie pacjentów z wybranymi schorzeniami: kardiologicznymi, diabetologicznymi, pulmonologicz-

nymi i endokrynologicznymi. Każda kategoria wymaga z kolei podzielenia na trzy grupy. Pierwszą stanowią ci, u których choroba nie jest zbyt zaawansowana i wystarczy im jedna dodatkowa wizyta w lekarza w roku. To świetni kandydaci do edukacji, która pozwoli im tak zmodyfikować postępowanie, by zahamować rozwój choroby. Druga grupa wymaga już intensywniejszej opieki. Tym pacjentom zapewniamy badania diagnostyczne i konsultacje, które teraz są ujęte w budżecie powierzonym. Przewodzimy ich leczenie głównie w POZ, ale już z pomocą lekarzy konsultantów

### **Z mojej perspektywy widzę, że menedżerom ochrony zdrowia brakuje spokoju w postępowaniu wobec własnego personelu i umiejętności wyobrażenia sobie jego pracy w szerszym kontekście.**

z poszczególnych dziedzin. Trzecią, najmniej liczną grupę tworzą pacjenci bardzo chorzy, którzy muszą przejść do AOS i poddać się specjalistycznym programom leczenia. To prosty, ale skuteczny schemat. Populacyjne podejście jest bardzo ważne. By trzymać się tej zasady, opracowaliśmy własny model przydzielania pacjentów do poszczególnych grup, których jest sześć.

Grupa „0” obejmuje osoby, które są na naszych listach, ale po pierwszej wizycie nigdy, a przynajmniej od pięciu lat, już do nas nie przyszli. To najważniejsi pacjenci, których musimy do nas zaprosić, ponieważ przypominają tykającą bombę zegarową w naszej populacji. Konsekwencje nieaktualizowanej diagnozy tej grupy będą najgorsze. Dziś takich pacjentów mamy 8 proc.

Grupa „1” to osoby zbadane, zdrowe i zapisane na kolejne badania profilaktyczne. Trzy grupy tworzą pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe, o których mówiłem. Do ostatniej, nielicznej grupy „5” zaliczamy chorych, którzy leżą w domach i wymagają koordynacji opieki. To *clue* naszego myślenia o populacji. Rozłożenie tego na obszary powoduje, że przepływ pacjentów przez

jednostkę staje się płynny. Najważniejsze jednak, żeby ułożyć plan, który zakłada, że pacjent przyjdzie do mnie za pół roku. Ja sam muszę mieć grafik zaplanowany na rok, czego w większości POZ się nie praktykuje.

### **Wielu lekarzy pracujących w pojedynkę lub w mniejszych zespołach nie wyobraża sobie współpracy ze specjalistami, jaką zakłada opieka koordynowana. Czego nie dostrzegają dziś menedżerowie ochrony zdrowia?**

Z mojej perspektywy widzę, że menedżerom ochrony zdrowia brakuje spokoju w postępowaniu wobec własnego personelu i umiejętności wyobrażenia sobie jego pracy w szerszym kontekście. Zdaniem niektórych zmiany są niepotrzebne. Stawka kapitacyjna w POZ jest najlepszym rozwiązaniem, ponieważ niczego nie zmienia i pozwala zachować *status quo*. Właściwie nikt od nikogo niczego nie wymaga. Naprawdę więc wszystko zależy od chęci, od ekstensywnej pracy z pacjentem. Pacjent-klient oczekuje zaś obecnie nowych rozwiązań. Gdy nie będzie miał alternatywy, zostanie, ale jeśli dostrzeże inne rozwiązanie, przejdzie do placówki, która oferuje lepszą opiekę.

### **Ale opieka koordynowana wymaga współpracy pacjenta.**

W opiece koordynowanej funkcjonuje układ dwóch odpowiedzialnych stron – jednostki leczniczej i pacjenta. Placówka zapewni pacjentowi odpowiednią opiekę, ale pacjent ma obowiązki wobec ośrodka. Powinien spełniać zalecenia lekarza. To relacja partnerska, a nie rodzicielska. Wiele zależy jednak od lekarzy. Nie rozumiem narzekania niektórych kolegów, że pacjent nie zgłosił problemu. Jak ma zgłosić, skoro podczas ostatniej wizyty nie poświęcono mu odpowiedniej ilości czasu? Dlatego właśnie tak ważnym elementem w opiece koordynowanej, na której bardzo nam zależało, jest edukacja. Z doświadczenia wiemy, że im bardziej świadomy pacjent, tym łatwiej być jego partnerem na drodze diagnostyki lub terapii. ●

# Akronim polityczny

SKRÓTOWIEC, INACZEJ AKRONIM, TO NIBY ZWYKŁE SŁOWO, ALE UTWORZONE PRZEZ SKRÓCENIE KILKU WYRAZÓW, NP. GUS. MÓWIMY „GUS”, ALE WIEMY, ŻE CHODZI O GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, CZYLI WIELKI URZĄD CENTRALNY, Z DANYCH KTÓREGO KORZYSTAMY I STARAMY SIĘ W NIE WIERZYĆ.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

Mówimy „gus”, ale wyobraźnia podsuwa nam widok wielkiego gmachu z urzędnikami liczącymi, ile nam przybyło telewizorów, łóżek szpitalnych (jeśli przybyło) itd. Inny przykład: AGD. Czytamy „agiede” i wiemy, że chodzi o sprzęt domowy lub nazwę sklepu z takim sprzętem.

Nie, nie obawiajcie się Panie i Panowie, nie będzie to felieton językowy. Będzie o najbardziej znanym z polityki skrótowcu i o tym, jaki ma związek z opieką zdrowotną. Będzie o „akronimie politycznym” – „kapeo”. Chodzi oczywiście o Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). To program Unii Europejskiej, z którego może skorzystać każde państwo członkowskie, a Polska jest ostatnim, które nie skorzystało. Nasz KPO, mówiąc po prostu, oznacza możliwość sfinansowania ogromnych inwestycji (będzie ich zapewne kilkadziesiąt) i działań reformatorskich w wielu dziedzinach. Idea jest taka, by po problemach z COVID-19 przygotować się na inne podobne kryzysy.

Tymczasem tych pieniędzy w Polsce nie ma. Jeśli otrzymamy te środki, zapewne sięgną 158,5 mld zł. 106,9 mld zł będą stanowiły

dotacje, a 51,6 mld korzystnie dla Polski oprocentowane pożyczki. Najwięcej pieniędzy zostanie przeznaczonych na cele klimatyczne (prawie połowa kwoty). Ale sporo także na zdrowie. Chodzi o to, by pacjenci mieli lepszy, szybszy i prosty dostęp do lekarza: do diagnozy i do terapii. W efekcie około 300 polskich szpitali za środki w ramach KPO ma dostać nowy sprzęt, kolejne zaś 300 – pieniądze na remont. To samo dotyczy uczelni medycznych. Około 80 instytucji naukowych i przedsiębiorców z sektora biomedycznego otrzyma pieniądze na badania, natomiast studenci medycyny dodatkowe stypendia, szkolenia itd. W tle zdrowotnej części KPO jest realizacja celu UE, którego od dawna nie udaje się osiągnąć: zniwelowanie różnicy szans na dostęp do lekarza mieszkańców wielkich miast i żyjących „daleko od szosy”. Można by w tym miejscu wiele pisać o tym, że właśnie ta „drobna różnica” często decyduje o możliwości przezwyciężenia choroby, przeżyciu.

Kolejny miesiąc rząd kłóci się o środki z KPO, a ja za każdym razem, kiedy słyszę „KPO”, mam przed oczami kolejną osobę, która nie dostała się do poradni onkologicznej. Smutny ten polityczny akronim KPO. ●



## Polubowne rozstrzygnięcie sporu z pacjentem Mediator OIL w Warszawie

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

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

Tel. 22 542 83 29

# Czy mogę zaśpiewać wam piosenkę?



KIEDY PISZĘ TEN TEKST, TRWA 280. DZIEŃ INWAZJI WOJSK FEDERACJI ROSYJSKIEJ NA UKRAINĘ. JAKKOLWIEK BRUTALNIE TO BRZMI, ŚWIAT OSWOIŁ SIĘ Z UKRAIŃSKIM DRAMATEM. MEDIA CORAZ CZĘŚCIEJ SIĘGAJĄ PO INNE TEMATY: SKŁÓCENI POLITYCY, INFLACJA, ASTRONOMICZNE CENY DRENUJĄCE POLSKIE PORTFELE. MAMY SWOJE PROBLEMY TU I TERAZ. JESTEŚMY ZMĘCZENI, DLATEGO OCHOCZO CHWYTAMY SIĘ ZŁUDZENIA, ŻE NA WSCHODZIE SYTUACJA „SIĘ USTABILIZOWAŁA”. JAK BARDZO ZMĘCZONY MUSI BYĆ CZŁOWIEK, KTÓRY 280. NOC CZUWA? NASŁUCHUJE, CZY KOLEJNY RAZ ZAWYJĄ SYRENY PRZECIWLOTNICZE. I ZASTANAWIA SIĘ, CZY I TYM RAZEM ZDOŁA OCALIĆ ŻYCIE SWOJE I SWOICH NAJBLIŻSZYCH? SĄ JEDNAK LUDZIE, KTÓRZY NADAL NIOSĄ IM POMOC.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## TERAZ JUŻ WIEMY

**W**ojna przewraca życie do góry nogami. Zaburza stan równowagi i niszczy poczucie bezpieczeństwa. Stawia ludzi w sytuacjach ekstremalnych, do których nikt nigdy nie jest przygotowany. Jedną z nich jest udzie-

lanie pomocy poszkodowanym. Ogromna rzesza ludzi, którzy stają twarzą w twarz z rannymi, nie ma wykształcenia medycznego ani nawet podstawowego przeszkolenia. To przynosi dodatkowy stres i nierzadko traumę, a brak umiejętności i doświadczenia powoduje obniżenie efektywności. Dlatego wśród polskich inicjatyw na rzecz Ukrainy znalazł się pro-

gram szkoleniowy Instytutu Ratownictwa Medycznego.\* Składają się na niego dwa kursy. Pierwszy (*Ultrasound in Emergency Medicine*) jest przeznaczony dla przyfrontowych zespołów ratowniczych, drugi (*Tactical Trauma Care for Civilians*) łączy elementy kursów TCCC (Tactical Combat Casualty Care) i ITLS (*International Trauma Life Support*). Choć w szkoleniach bierze udział średni personel medyczny i lekarze, są one opracowane głównie dla osób, które nie posiadają wykształcenia medycznego. Organizatorzy kursów postawili nie tylko na teorię, ale przede wszystkim na praktyczną stronę omawianych zagadnień.

– *Kanwą scenariuszy praktycznych było symulowanie sytuacji, które spotyka się na polu walki, podczas udzielania pomocy osobom poszkodowanym w wyniku ostrzału artylerii, po postrzałach, eksplozjach etc.* – mówi Eryk Madej, dyrektor medyczny kursu TTCC. – *Należało więc skupić się na procedurach ratujących życie, właściwym posługiwaniu się sprzętem ratownictwa taktycznego, zaznajomieniu szkolonych ze specyfiką udzielania pomocy w warunkach wysokiego zagrożenia (strefy udzielania pomocy, protokół MARCHE).* Do tej pory udało się przeprowadzić trzy szkolenia TTCC, a kolejne trzy są zaplanowane w najbliższym czasie. Uczestnicy (w zależności od typu kursu) zostają wyposażeni w opaski uciskowe do tamowania masywnych krwotoków i przenośne urządzenia USG (sondy Butterfly IQ).

Szkolenia to niejedyna forma pomocy. W końcu, aby leczyć, trzeba mieć czym. Dynamiczna sytuacja za naszą wschodnią granicą sprawia, że potrzeby sprzętowe i kadrowe szybko się zmieniają. Pomocy nie ułatwiają trwające działania wojenne, przemieszczanie się ludności oraz zaburzenia łańcuchów dostaw. IRM od początku wojny zdołał zorganizować ponad 150 dostaw do szpitali i zespołów medycznych na Ukrainie. O tym, jak istotne są to działania, mówią sami Ukraińcy. – *Wśród licznych podziękowań zapamiętałem rozmowę z jedną z kursantek, pielęgniarką pochodzącą z Czernihowa: „Gdy do miasta zbliżali się Rosjanie, na głównym placu wojsko rozdawało mężczyznom broń, mówiąc, że jeśli żołnierze nie będą w stanie nas obronić, musimy się bronić sami. Przez 40 dni miasto było odcięte, spadały bomby, ranni leżeli w piwnicach szkół i szpitali. Mieliliśmy wojskowy sprzęt medyczny, ale mało kto potrafił pomóc rannym, bo nikt nie powiedział wcześniej, jak się nim posługiwać. Teraz już wiemy”* – wspomina Eryk Madej.

## POLSKA KARETKA

W pierwszym odruchu, kiedy myślimy o pomocy medycznej na terenach objętych konfliktem zbrojnym, widzimy ofiary bezpośrednich starć i bombardowań. Jednak nie możemy zapominać o ofiarach cywilnych, czyli ludności, która ucierpiała w wyniku długotrwałego stresu, braku żywności oraz podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej w przypadku chorujących przewlekle. Z pomocą dla tych ludzi wyruszył Zespół Pomocy Humanitarnej i Medycznej, powołany na mocy ustawy z 12 maja 2022 r.\*\* Michał Hampel, zastępca szefa polskiego ZPHM, na co dzień specjalista

chirurg w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA, mówi, że najbardziej porusza w ukraińskich miastach, a w szczególności mniejszych miejscowościach, deficyt podstawowej opieki medycznej: – *Byliśmy pierwszymi osobami z personelu medycznego, które odwiedziły tych ludzi. Większość nie miała kontaktu z lekarzem od ponad pół roku: nie przyjmowali leków, nie robili badań. Mówimy więc o pacjentach cierpiących z powodu dużych zaniedbań zdrowotnych. Przykładowo na 10 przyjętych osób z nadciśnieniem osiem miało ciśnienie rzędu 220–230/140, które można uznać za zagrażające życiu.*

Członkowie ZPHM byli przygotowani na bardzo szeroki zakres udzielania pomocy, nie tylko doraźnie, w mobilnych punktach, ale także w szpitalach. W sześciuosobowym składzie (dwóch lekarzy, dwóch ratowników medycznych i dwie pielęgniarki) przyjmowali pacjentów w specjalnie przystosowanej karetce. W wyznaczonych i wybranych uprzednio miejscach. Do ZPHM wpływają różne informacje, zarówno od np. ukraińskich organizacji humanitarnych, jak i z ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia, ale lokalizacja wsparcia była również związana z listem intencyjnym podpisanym przez Polskę, w którym nasz kraj zobowiązał się do pomocy obwodowi charkowskiemu w czasie wojny i udziału w odbudowie już po niej. W organizacji punktów, w których będzie czekała karetka, oraz rozpowszechnianiu informacji wśród mieszkańców pomagał m.in. ks. Wojciech Stasiewicz, dyrektor Caritas-Spes Charków prężnie działającego na tym terenie, zapewniającego podstawową pomoc humanitarną. Michał Hampel podkreśla, że ta pomoc jest nieoceniona i umożliwia dotarcie do większej liczby potrzebujących. Wspólnie uzgodniono, że warto wykorzystać zaufanie, jakie zdobyły Caritas i pierwsze punkty pomocy ZPHM uruchomione m.in. w miejscach cyklicznego wydawania posiłków dla ludności.

Podczas pierwszej misji na Ukrainie polscy medycy w ciągu sześciu dni udzielili ponad 350 porad i konsultacji w Charkowie i okolicach. Przeprowadzali podstawową diagnostykę i badania. Ordynowali leki i zaopatrywali w nie chorych na miesiąc lub dłużej. Zapotrzebowanie było ogromne, bo ludzie, szczególnie z mniejszych miejscowości, nie mają szans na skorzystanie z konsultacji czy podstawowych badań. Sam dojazd do miejsca, gdzie taką pomoc mogliby otrzymać, jest poza zasięgiem wielu ukraińskich obywateli. Nie mają czym, ani jak się leczyć. Nawet jeśli chory zgłosi się do szpitala, nie zostanie przyjęty, bo jego schorzeniami powinien zająć się lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. A tych lekarzy po prostu nie ma. Siły i środki zostały skumulowane dla pomocy ludziom poszkodowanym w wyniku działań wojennych i powstał deficyt opieki. Lekarze są potrzebni bezpośrednio na froncie albo zostają przeniesieni do innych placówek. W części miejscowości szpitale zostały całkowicie zniszczone. W takich realiach i warunkach „zwykle” dolegliwości, z którymi ludzie zgłaszają się do lekarza, schodzą na dalszy plan. Ukraińscy medycy mają bardzo trudne zadanie, bo wojna wymusiła na nich priorytetyzację działań. ▶



Fot. archiwum ZPHM



Michał Hampel

Fot. PAP

## WENFLON NA WAGĘ ZŁOTA

Wśród najczęściej zgłaszanych w karetce ZPHM problemów Michał Hampel wymienia nadciśnienie tętnicze, cukrzycę i rany wynikające z nieleczonych urazów i chorób. Jednak duży problem jego zdaniem stanowi aspekt psychologiczny: – *Zdarzają się pacjenci, którzy wsiadają do karetki i na pytanie w czym pomóc i co im dolega odpowiadają, że wszystko jest w porządku. Chcieli po prostu przyjść. Ci ludzie pragnęli znaleźć się w miejscu, w którym ktoś się nimi zaopiekuje i będą czuli się bezpiecznie choć przez chwilę. Dla nich ten nasz ambulans był przyczółkiem bezpieczeństwa, gdzie mogli uronić tży i wyrzucić z siebie wszystkie troski. Im też staraliśmy się pomóc, farmakologicznie lub po prostu rozmową i samą obecnością.*

W miejscowościach oddalonych od Charkowa i położonych bliżej frontu skala zniszczeń jest porażająca. Kolumny przejeżdżających wozów wojskowych oraz odgłosy wystrzałów i wybuchów dobiegające z linii frontu sprawiają, że to zupełnie inny świat. Mieszkańcy nie mają szans dotarcia do miejsc, gdzie mogliby znaleźć pomoc medyczną. To m.in. tam zespoły medyczne z Polski w powiększonym składzie ruszyły z pomocą podczas drugiej misji. O skali problemu może świadczyć wzruszenie na twarzy dyrektorki polikliniki w Kupiańsku\*\*\* na widok wenflonów. Szpital, który powoli się odbudowuje, nie ma literalnie niczego. W tym rejonie obwodu charkowskiego pacjenci zgłaszają się z dużo poważniejszymi dolegliwościami, często z bardzo zaawansowaną chorobą. Przykładem mogą być dwie młode kobiety, które po wykonaniu przez polskich medyków USG tarczycy zostały skierowane z podejrzeniem raka na dalszą diagnostykę. Nie ma nic gorszego dla lekarza niż pacjent, który z rezygnacją mówi, że i tak stąd nie wyjedzie, bo nie ma jak i zwyczajnie nie stać go na podróż. Na szczęście, m.in. dzięki współpracy z Caritasem, obie kobiety dostały szansę na dalsze leczenie.

Podczas drugiej misji były także miłe chwile, choćby spotkanie z żoną pacjenta, którego lekarze z Polski diagnozowali miesiąc wcześniej. Przyszła, żeby podziękować, bo stan męża znacznie się poprawił. Niezbędna jest cykliczność misji ZPHM, chodzi bowiem o to, aby nie oferować jedynie pomocy jednorazowej, organizować dostawy leków dla przewlekłe chorych, transport w miejsca z bardziej specjalistyczną opieką. Wszystko to odbywa się we współpracy z Caritas-Spes Charków, a także ukraińskim medykami i szpitalami.

## MASKI

Dla członków ZPHM wyjazd z misją na Ukrainę to także doświadczenie osobiste, bo każdy chory ma swoją historię. Pewnego dnia pacjent zgłaszał bóle głowy, jednocześnie opowiedział, że dzień wcześniej stracił syna, który był pilotem myśliwca i został zestrzelony. W innej miejscowości przyszła dziewczynka, która miała zwykłą infekcję, ale była bardzo przestraszona. Matka przyznała, że dziecko dostaje ataku paniki, gdy widzi kolor czerwony. Mimo tego stresu na koniec zupełnie niespodziewanie dziewczynka zapytała,





czy może zaśpiewać, żeby podziękować. – *To było absolutnie wruszające* – wspomina Hampel. – *Nie zdajemy sobie sprawy z tego, co ci ludzie przeżywają i jak próbują walczyć. Nakładają na siebie pancierz pozornie normalnego życia, ale jest bardzo kruchy. Kiedy jechaliśmy przez Kijów, przez chwilę czułem się jak na ulicach Warszawy – ludzie w knajpkach, na spacerach. To pozory, to maska. Bo jednocześnie widać zniszczenia wojenne i zmęczenie tych ludzi, którzy są gotowi uciekać, gdy tylko zawyją syreny.*

Zdarzają się rozmowy wstrząsające, jak choćby ta z młodym chirurgiem, który zajmuje się opieką medyczną na froncie północnym. Z oddziału liczącego 80 ludzi został on jeden. Dzień przed spotkaniem z ZPHM kopał grób dla 40 swoich kolegów. – *To, o czym się tylko słyszy, nabiera w takich chwilach rzeczywistego wymiaru. Człowieka uderza, jakie ma szczęście on – ten lekarz, że przeżył. A my, że żyjemy w kraju bez wojny, gdzie możemy pracować w normalnych warunkach, nie myśląc, że jutro może nie być* – dodaje Hampel.

## POST SCRIPTUM

Podczas drugiej misji medycy ZPHM przyjęli około 350 osób w ciągu zaledwie dwóch i pół dnia. Misja została przerwana ze względu na intensyfikację ostrzałów raketowych na terenie Ukrainy oraz incydent w Przeworowie na Lubelszczyźnie.

– *Cała sytuacja i sama ewakuacja były dla nas wszystkich niewątpliwie obciążeniem psychicznym. Jednak pierwszym odruchem w zespole nie było pytanie: czy wracamy?, tylko: co powiemy pacjentom, do których mieliśmy jutro przyjechać? To też sprawia, że jestem naprawdę dumny, że mogę współpracować z takimi ludźmi* – podkreślił Michał Hampel, zastępca szefa polskiego ZPHM.

ZPHM powróci na Ukrainę najprawdopodobniej w grudniu, w zależności od wyników analizy ryzyka misji w danym terminie. Zespół Pomocy Humanitarno-Medycznej w dalszym ciągu rekrutuje członków. ●

\* Instytut Ratownictwa Medycznego powstał w 1998 r. z inicjatywy lekarzy Pogotowia Ratunkowego, ratowników TOPR, GOPR i PZM.

\*\* W myśl ustawy zadaniem członków zespołu jest zapewnianie natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia wszystkich poszkodowanych poza granicami naszego kraju. Pierwsza misja miała miejsce podczas wypadku autokaru z polskimi pielgrzymami pod Zagrzebiem. ZPHM organizował transport i ocenę stanu poszkodowanych.

\*\*\* Kupiańsk został wyzwolony pod koniec września 2022. Wycofujące się wojska rosyjskie zniszczyły infrastrukturę i strategiczne gmachy użyteczności publicznej, m.in. szpital.

# Feminatywy

NADCHODZĄ ŚWIĘTA, A PODCZAS RODZINNYCH SPOTKAŃ ZAPEWNE TOCZYĆ SIĘ BĘDĄ DISKUSJE O POLITYCE, SPORCIE, RELIGII ITD., KTÓRE ZNIWECZĄ WCZEŚNIEJSZE ZWYCZAJOWE GODZENIE SIĘ PRZY OPŁATKU I ŻYCZENIACH. PISZĄC Z PRZYMRUŻENIEM OKA, CHCEMY, BYŚCIE DRODZY CZYTELNICY BYLI DOBRZE PRZYGOTOWANI DO SŁOWNEJ BATALII, KIEDY TEMATEM ROZMÓW STANĄ SIĘ ŻEŃSKIE FORMY NAZW ZAWODÓW I FUNKCJI. A ZUPEŁNIE SERIO – CHCEMY, BY ROZWAŻANIA NA TEN TEMAT W ŚRODOWISKU MEDYCZNYM MOGŁY BYĆ TOCZONE MERYTORYCZNIE, W ATMOSFERZE WZAJEMNEGO SZACUNKU I BEZ ZBĘDNYCH NEGATYWNYCH EMOCJI.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**N**a temperaturę dyskusji o żeńskich rzeczownikach osobowych ma niewątpliwie wpływ przekonanie, że język kształtuje świadomość, w myśl tzw. hipotezy Sapira-Whorfa (od nazwisk dwóch amerykańskich językoznawców). To hipoteza dyskusyjna, w postaci „silnej” mówiąca wręcz o determinizmie lingwistycznym, a więc o decydującej roli języka dla sposobu myślenia, a w postaci „słabej” – o relatywizmie lingwistycznym, czyli subtelnej korelacji myślenia i usystematyzowanej ludzkiej mowy. Sapir i Whorf naukowo ujęli to, co wiele osób wyczuwa instynktownie. Że roślina zwana różą pod inną nazwą również pięknie by pachniała, ale gdyby tą nazwą był „skunkssmrodek brzydkolistny”, niekoniecznie kwiat ów kojarzyłby się z miłością.

Za sporem o feminatywy kryje się więc głębsze zjawisko. Dla jednych popularyzacja żeńskich form jest próbą narzucenia sposobu myślenia, orwellowską nowomową, dla drugich obrona męskich (choć uznawanych za neutralne) form – bastionem określonej struktury społecznej. Nie jest to wymysł ostatniej dekady czy nawet XXI w.

*„Kategoria rodzaju znaczeniowo neutralnego jest w języku polskim niewątpliwa, ale nie da się zaprzeczyć, że jest*



Fot. licencja OIL w Warszawie

faktem odosobnionym, bo występuje tylko ubocznie, toteż zwalcza ją zasada naczelna, która przeprowadza ostre przeciwieństwo między rzeczownikami męskimi a żeńskimi. Powstaje wskutek tego tendencja do ścisłego, nie tylko znaczeniowego, lecz i gramatycznego odróżniania rodzaju żeńskiego i męskiego. Która z tych dwóch zwalczających się dzisiaj wzajemnie tendencji zwycięży, trudno przewidzieć... Pierwsza przynosi z sobą prostotę i w tym leży jej potężna siła rozwoju. Druga czerpie swą żywotność w społecznych czynnikach rozwoju językowego; w walce o te formy do pierwszych szeregów stają przede wszystkim kobiety. Widocznie chcą, żeby najzaszczytniejszy nawet zawód nie przystępował ich kobiecości. »Das ewig Weibliche« i tu święci swoje triumfy, a ten triumf może się stać triumfem także tendencji językowej, bo kobiety to przecież »większa połowa« naszej społeczności językowej, chyba że się dadzą porwać bardziej neutralnej w tym względzie mniejszości męskiej i na znak pojednania wspólnymi siłami utworzą formę neutralną, która wprawdzie zewnętrznie jest męska, ale znaczeniowo nie jest ani męska, ani żeńska, lecz jest formą neutralną, gatunkową» – tak w 1937 (!) r. pisał językoznawca, autor „Słownika ortopeicznego” (poprawnej polszczyzny) Stanisław Szober. Brzmi całkiem współcześnie.

Rzeczywiście współczesne, bo ledwie sprzed trzech lat, jest natomiast stanowisko Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, która stwierdziła: „w polszczyźnie potrzebna jest większa, możliwie pełna symetria nazw osobowych męskich i żeńskich w zasobie słownictwa”. Ale zaznaczyła też: „Sporu o nazwy żeńskie nie rozstrzygnie ani odwołanie się do tradycji (różnorodnej pod tym względem), ani do reguł systemu. Dążenie do symetrii systemu rodzajowego ma podstawy społeczne, językoznawcy mogą je wyłącznie komentować. Prawo do stosowania nazw żeńskich należy zostawić mówiącym, pamiętając, że obok nagłaśnianych ostatnio w mediach wezwań do tworzenia feminatywów istnieje opór przed ich stosowaniem. Nie wszyscy będą mówić o kobiecie »gościni« czy »profesorka«, nawet jeśli ona sama wyartykułuje takie oczekiwanie”. ●

# Apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

z 16 listopada 2022 r.

do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego  
w sprawie zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry  
umożliwiającej wprowadzenie do obiegu prawnego terminu „lekarka”

Szanowny Panie Ministrze,

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie apeluje o zmianę ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2022 r., poz. 1731), która umożliwi umocowanie prawne żeńskich odpowiedników tytułów zawodowych lekarza oraz lekarza dentystry, tj. tytułu „lekarka” oraz „lekarka dentyстка”.

W związku z tym wnosimy o wprowadzenie do wspomnianej ustawy regulacji o następującym brzmieniu: „**Osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry może również używać tytułu zawodowego, odpowiednio: »lekarka« lub »lekarka dentyстка«**”.

## UZASADNIENIE

W ostatnich latach kobiety wykonujące zawód lekarza coraz częściej podnoszą postulaty posługiwania się tytułem „lekarka” oraz „specjalistka” w oficjalnych dokumentach i na pieczęcie lekarskiej. Wpisuje się to w zauważalną również w innych środowiskach ewolucję języka polskiego, mającą na celu zmniejszenie dyskryminacji grup mniejszościowych oraz zwiększenie widzialności kobiet w zawodach tradycyjnie wykonywanych przez mężczyzn. Tym samym przemiany językowe należy uznać za naturalne następstwo przemian społecznych. Jest to szczególnie ważne wyzwanie dla środowiska lekarskiego, ponieważ według oficjalnych danych Centralnego Rejestru Lekarzy kobiety stanowią aktualnie niemal 60 proc. wszystkich osób pracujących w zawodzie lekarza.

Przytoczyć również należy stanowisko Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk z 25 listopada 2019 r. w sprawie feminatywów, w którym wskazano, że „w polszczyźnie potrzebna jest większa, możliwie pełna symetria nazw osobowych męskich i żeńskich w zasobie słownictwa. Stosowanie feminatywów w wypowiedziach, na przykład przemienne powtarzanie rzeczowników żeńskich i męskich (Polki i Polacy) jest znakiem tego, że mówiący czują potrzebę zwiększenia widoczności kobiet w języku i tekstach (...)”.

Na koniec należy zauważyć, że w ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej art. 8 stanowi, iż osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarnik”, „położna” albo „położny”. Również Naczelna Rada Adwokacka uznaje za prawidłowe posługiwanie się terminem zawodowym „adwokatką”.

W związku z powyższym Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się z uprzejmą prośbą o pozytywne rozpatrzenie apelu w sprawie zmiany ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która umożliwi wprowadzenie do obiegu prawnego terminu „lekarka”.



Fot. archiwum

# Dlaczego chirurgzka podnosi ciśnienie?

tekst **MARTA CHOJNACKA-KURAŚ**, Instytut Języka Polskiego UW

MOŻNA ODNIEŚĆ WRAŻENIE, ŻE FEMINATYWY SĄ W OSTATNIM CZASIE TEMATEM BARDZIEJ SPOŁECZNYM NIŻ LINGWISTYCZNYM. W PRZESTRZENI MEDIALNEJ TOCZY SIĘ DYSKUSJA, W KTÓREJ SPRAWY JĘZYKA PRZEPLATAJĄ SIĘ Z UWAGAMI NATURY SPOŁECZNEJ I IDEOLOGICZNEJ.

Niektóre żeńskie nazwy zawodów i funkcji podnoszą Polakom ciśnienie. Dlaczego rzeczowniki *lekarka*, *laborantka* czy *dentystka* nie budzą wątpliwości (nawet więcej – pewnie dziwiłyby nas w wersji męskoosobowej, np. *Przekaż to naszej laborant* czy *Chodź do świetnej rehabilitant*), ale *onkolożka*, *kardiolożka* czy *chirurgzka* już nie wszystkim się podobają? Przypomnijmy może najczęstsze argumenty wymieniane przez osoby nieprzychylnie (niektórym) feminatywom i rozważmy „gatunkowy ciężar” tych zastrzeżeń.

1) „Są trudne do wymówienia (np. *architektka*), bo zawierają zbitkę kilku spółgłosek”. Jednak problem nie jest już tak dotkliwy w wyrazach: *różdżka*, *bezwzględny* czy *znawstwo*.

2) „Brzmiały jak istniejące już słowa o innym znaczeniu (np. *pilotka*)”. Przy czym wieloznaczność takich wyrazów jak *aparatus* [fotograficzny czy na zęby?] lub *zawód* [medyczny czy miłosny?] nie stanowi już większego wyzwania.

3) „Brzmiały brzydko, niepoważnie, kojarzą się z czymś małym (np. *laryngolożka* brzmi jak *matrioszka*)”. Na te asocjacje nic nie poradzimy (każdemu może się coś z czymś skojarzyć), a z argumentami estetycznymi trudno się dyskutować.

4) „Nie nobilitują kobiet na danym stanowisku (np. *pani docent* brzmi dostojniej niż *docentka*)”. To już poważniejsze zastrzeżenie natury stylistycznej, związane z dość powszechnym przekonaniem, że nazwa męskoosobowa wyraża większy prestiż. Ciekawe jest jednak to, że nazwy typu: *docentka*, *magistra farmacji*, *doktorka prawa*, *weterynarka* 100 lat temu były neutralnymi odpowiednikami nazw męskich. Dopiero w drugiej połowie XX w. utrwaliło się znaczenie generyczne rzeczowników męskoosobowych, czyli ich odniesienie do wszystkich osób,

niezależnie od płci (np. *karta pacjenta*, *dzienniczek ucznia*), oraz pojawiło się to właśnie poczucie, że użycie nazw męskoosobowych (ze słowem *pani* i żeńską składnią) dodaje powagi kobietom na wysokich i uznanych społecznie stanowiskach (np. *Rozmawialiśmy z naszą profesorem*. *Dzień dobry, pani ordynator*).

5) „Są niepoprawne językowo (np. *magistra*, *chirurgzka*, *chirurgini*), to błędy, takie potworki, zupełnie niepotrzebne”. Otóż nie: zarówno *chirurgzka* [nawet *chirurgini*], jak i *magistra* są zbudowane zgodnie z modelami słowotwórczymi języka polskiego i realizują czyjeś potrzeby. Wyraz *chirurgzka* reprezentuje najpowszechniejszy model z sufiksem *-ka* (jak *lekarka*), *chirurgini* ma sufiks *-ynil-ini* (jak niekontrowersyjne: *znawczyni* czy *bogini*), *magistra* zaś powstała przez zmianę wzorca odmiany z męskiej na żeńską z *-a* w mianowniku (podobnie jak: *przewodnicząca* [o odmianie przymiotnikowej] czy *markiza* [ale nie ta w oknach]). Ten ostatni model jest w polszczyźnie zdecydowanie mniej produktywny, przez co nie jesteśmy z nim osłuchani.

I chyba o to właśnie chodzi – o zderzenie z czymś nowym, co swoją formą rozbija dotychczasowy porządek. Słowa *pielęgniarka*, *salowa* i *położna* przyjmujemy bez zastrzeżeń, bo mamy poczucie, że one były zawsze, jesteśmy przyzwyczajeni do ich brzmienia i do tego, że nazywają zawody „typowo kobiece” (i kojarzone z niższym prestiżem). Jednak część kobiet z wykształceniem medycznym (por.: „Polki w medycynie”) ma poczucie „przezroczyistości” i dyskryminacji w swoim zawodowym środowisku. Dla nich świadome użycie feminatywów, zbudowanych tak, jak na to pozwala polszczyzna, jest formą wyrażenia siebie i swoich potrzeb (robią to dla kogoś, a nie przeciwko komuś). Odbiorcy zaś (poruszeni zaskakującą formą) mają szansę (jeśli zechcą) dostrzec kryjące się za słowami motywacje i problemy społeczne. ●

W KONTRZIE



Fot. K. Barczyński

# Lekarka

tekst JERZY BRALCZYK

SKANDYNAWSKIE LEKARKI PROTESTOWAŁY NIEDAWNO PRZECIW ZAZNACZANIU ICH PŁCI, WOLAŁY NEUTRALNE OKREŚLENIE, NIEWSKAZUJĄCE NA TO, CZY SĄ LEKARKAMI, CZY LEKARZAMI. W SKANDYNAWSKICH (NIE WSZYSTKICH) JĘZYKACH RODZAJ GRAMATYCZNY NIE JEST „PŁCIOWO” NACECHOWANY, ALE POSTULAT UNIEZALEŻNIENIA OD STEREOTYPÓW JEST TU WYRAŹNY. LEKARZE TO LEKARZE I JUŻ. JAKIŚ CZAS TEMU PROTESTOWAŁY TEŻ PANIE Z ANGIELSKIEJ STREFY JĘZYKOWEJ PRZECIW ZAZNACZANIU STANU CYWILNEGO, SUGERUJĄC NEUTRALNE MS ZAMIAST WSKAZUJĄCYCH NA TEN STAN MISS CZY MRS. CO KOMU DO TEGO, CZY JESTEM WOLNA?

U nas wiele kobiet walczy o stosowanie wobec nich feminatywów, czyli nazw żeńskich. Ministerki, marszałkinie, wójtki, posłanki (choć gramatycznie powinno być *pośllice*, jak *karlice* od *karzeł*, *diablice* od *diabeł*) chcą zaznaczać kobiecość. To ważne i uprawnione. Być może są i panie, którym nie odpowiada zbiorcze określenie *nauczyciele* na nauczycieli i nauczycielki, chciałyby obu tych form naraz wobec różnopłciowego zbioru używać; być może są też i panie, którym formuły oficjalne i nazwy urzędu przeszkadzają, chętnie mówiłyby o wyborach na *prezydenalprezydentkę* i widziałyby szyldy, pieczętki i wskazania w ustawach zawierające dwupłciowe nazwy urzędów, typu *naczelniknaczelniczka*, *starostałstarościna*, *wojewodałwojewodzina*. Są panie dumne z bycia *kierowniczką* raczej niż *kierownikiem*, *dyrektorką* niż *dyrektorem*, ale coś mi mówi, że ich mniej. W słownikach są psycholożki i socjolożki, forma filolożki bywa wskazywana jako niepoprawna – może dlatego, że to panie filolożki najczęściej opracowują te hasła?

Ponad 100 lat temu panie wykonujące zawód lekarza protestowały przeciw nazywaniu ich *lekarkami*, co sugerowali ówczesni językoznawcy. Mimo znacznej feminizacji tego szlachetnego zawodu wołały być nadal *lekarzami*. Pewnie trochę i dlatego, że słowo *lekarka*, dobrze zadomowione w polszczyźnie, odnosiło się do zielarek, akuszerok, a nawet znacherek. Potem się przyjęło w odniesieniu do kobiet lekarzy, ale... Lud mówi do dziś *doktorka*, czasem *doktórka*, ale czy to wszystkie lekarki cieszy? Czy raczej *panie doktor*?

Środowisko medyczne zdaje się stosunkowo odporne na politycznopoprawnościowe trendy, sugestie i wymagania. Zręczność formuł *doktorka nauk medycznych*, *doktorka medycyny* czy *doktorka neurołożka* jest oczywiście wątpliwa, sama *doktorka* brzmi dziwnie, podobnie jak *profesorka nadzwyczajna* (nadzwyczajnych pań profesor znałem i znam wiele). Ale i sama *lekarka* nie wyzbyła się odcienia zbędnego podkreślenia płci. Formy *neurołożka* komputer mi nie podkreśla, *diabetolożka* też, ale *chirurgka* i *chirurgiczka* – tak. Czy pani doktor psychiatra chciałaby być *psychiatrką*, czy wołałaby być *psychiatryczką* (komputer woli to drugie)?

Język bywa oporny wobec ideologii, bywa również niekonsekwentny. Wpływa też na rzeczywistość, to jasne. Ale czy droga do równości musi być wywalczana ustawowo? Czy wolność językowa, w której uwzględnia się zdroworozsądkową tradycję, nie jest wartością większą?

Więcej jest chyba *doktorów pediatrii*, a także lekarzy o tej specjalności, którzy swojej tożsamości nie muszą gramatycznie zaznaczać, będąc kobietami. O mojej pani doktor diabetolog wolę tak mówić, wskazując na płeć tylko brakiem odmiany (bo: nie o *doktorze diabetologu*), zamiast żeńską formą podkreślać jej płeć.

A moja Żona jest psychologiem. ●

# Embryon i dobrostan kobiety

W OSTATNICH DNIACH WRZEŚNIA 120 ORGANIZACJI KOBIECYCH ZWRÓCIŁO SIĘ Z APELEM DO PSYCHIATRÓW O WYSTAWIANIE ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W SYTUACJI, GDY KONTYNUOWANIE CIĄŻY STANOWI ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO PACJENTKI. W APELU PRZYPOMINAJĄ, ŻE ZGODNIE Z USTAWĄ PRZERWANIE CIĄŻY MOŻE BYĆ DOKONANE, GDY STANOWI ONA ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA KOBIECY, A NIE TYLKO W SYTUACJI ZAGROŻENIA JEJ ŻYCIA. OSTATNI WYROK TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO TEGO NIE ZMIENIŁ.

tekst **MAREK BALICKI**



Fot. K. Bartyzel

Ustawodawca nie ograniczył możliwości przerwania ciąży do przypadków zagrożenia dla zdrowia fizycznego kobiety. Nie dziwi to, gdyż definicja zdrowia zapisana w preambule do Konstytucji WHO z 1948 r. mówi, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia dodaje przy tym, że korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej.

Rzecznik praw obywatelskich prof. Marcin Wiącek podkreśla, że choć po wejściu w życie wyroku TK z 2020 r. nie jest dopuszczalna terminacja ciąży z powołaniem się na przesłankę embriopatologiczną, wciąż zgodne z prawem jest wykonywanie aborcji w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki. Rzecznik zwraca uwagę, że ustawa nie stopniuje ryzyka zagrożenia zdrowia. W nowelizacji z 1996 r. odstąpiono od kwantyfikatora „poważnego” zagrożenia. Dlatego zdaniem części komentatorów nie jest dopuszczalne ograniczenie możliwości terminacji ciąży do przypadków, gdy zagrożenie jest poważne. Nawet jednak przy najbardziej restrykcyjnej interpretacji zagrożenia zdrowia nie można z niej wykluczyć zdrowia psychicznego.

Jak to wygląda w naszych realiach? Według oficjalnych danych w 2021 r. wykonano jedynie 32 legalne zabiegi przerwania ciąży z powodu zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety. Ile w tym było przypadków dotyczących zdrowia psychicznego, nie wiemy. Z ogólnej liczby zabiegów wynika jasno, że przesłanka

zagrożenia dla zdrowia nie jest praktycznie wykorzystywana. Tworzone są wręcz dodatkowe bariery. Spotyka się np. opinie, że nie wystarczy ocena jednego specjalisty, chociaż rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie mówi jasno, że wystarczy.

W tym świetle zrozumiałą staje się wspomniany apel organizacji kobiecych. Szkoda, że nie wywołał większego rezonansu w mediach.

Ciekawy jest w tym kontekście przykład Szwajcarii. 20 lat temu przeprowadzono tam referendum w sprawie liberalizacji prawa aborcyjnego – do 12. tygodnia ciąży na podstawie decyzji kobiety. W toczonej się wtedy debacie szwajcarski minister sprawiedliwości wyjaśniał, że projekt wcale nie jest liberalny. Tłumaczył, że to tylko próba skończenia z hipokryzją. Obowiązywało wówczas bardzo restrykcyjne prawo zakazujące przerywania ciąży, a karze więzienia podlegali zarówno lekarz, jak i kobieta. Mimo to wykonywano legalnie 12 tys. aborcji rocznie (Szwajcaria liczyła w tym czasie 7 mln mieszkańców). Było to możliwe dlatego, że kodeks karny dopuszczał przerywanie ciąży w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety, a w większości kantonów lekarze stosowali definicję zdrowia WHO, uwzględniając zagrożenia dla zdrowia psychicznego związane z niechcianą ciążą.

Przykłady z Polski i Szwajcarii pokazują, że regulacje prawne wszystkiego nie rozstrzygają. Liczy się jeszcze praktyka, która u nas jest dużo bardziej restrykcyjna niż prawo. I o tym właśnie trzeba rozmawiać. Sama liberalizacja ustawy może bowiem nie wystarczyć. ●

# Sprawdzam

ZAKOŃCZYŁA SIĘ JESIENNA KWALIFIKACJA NA SPECJALIZACJE. W SUMIE PO DWÓCH TURACH REKRUTACJI ZAKWALIFIKOWAŁO SIĘ I POTWIERDZIŁO WYBÓR MIEJSCA SPECJALIZACYJNEGO 4180 OSÓB, PRZY CZYM W TRYBIE REZYDENTURY – 3071. NIEMAL 1,5 TYS. OSÓB NIGDZIE SIĘ NIE ZAKWALIFIKOWAŁO.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

**C**entrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego informuje, że podczas rekrutacji zostało złożonych 5639 poprawnych formalnie wniosków na dostępnych 4218 miejsc rezydenckich i 11 955 pozarezydenckich.

Jeśli wziąć pod uwagę liczbę wniosków na miejsca rezydencje, z uwzględnieniem specjalizacji podanej przy pierwszym wyborze, największym wzięciem wśród lekarzy cieszyły się: medycyna rodzinna, pediatria, psychiatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, anestezjologia i intensywne terapię, choroby wewnętrzne, dermatologia i wenerologia, położnictwo i ginekologia, kardiologia, endokrynologia, ortopedia i traumatologia. To oznacza, że wśród najpopularniejszych specjalizacji znalazło się pięć priorytetowych.

Ostatecznie najwięcej miejsc rezydenckich zostało rozdysponowanych (ranking opiera się na liczbie potwierdzonych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie w całym postępowaniu kwalifikacyjnym) w zakresie:

- ✓ medycyny rodzinnej – 351 miejsc na 401 przyznanych,
- ✓ chorób wewnętrznych – 270 miejsc na 352 przyznanych,
- ✓ anestezjologii i intensywnej terapię – 210 miejsc na 248 przyznanych,
- ✓ pediatrii – 252 miejsca na 284 przyznane,
- ✓ psychiatrii – 227 miejsc na 263 przyznane,
- ✓ położnictwa i ginekologii – 207 miejsc na 250 przyznanych,
- ✓ ortopedii i traumatologii – 139 miejsc na 149 przyznanych,
- ✓ chirurgii ogólnej – 132 miejsca na 199 przyznanych,
- ✓ kardiologii – 104 miejsca na 110 przyznanych,
- ✓ neurologii – 101 miejsc na 144 przyznane,
- ✓ radiologii i diagnostyki obrazowej – 73 miejsca na 73 przyznane.

Ponieważ lekarze do końca listopada mogli składać jeszcze do CMKP wnioski o weryfikację postępowania konkursowego, ostateczne wyniki mogą się (nieznacznie) różnić, mowa tu jednak o absolutnie jednostkowych przypadkach. Od początku grudnia wojewodowie rozpoczną kierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia postępowania.

W tym roku młodzi lekarze mieli możliwość w pierwszym etapie kwalifikacji zgłaszać wnioski ze wskazaniem nawet 15 wariantów wyboru. Do każdego mogli podać w preferowanej kolejności nie więcej niż trzy jednostki, w których chcieliby odbywać szkolenie specjalizacyjne. Na takie rozwiązanie zdecydowało się jednak niewiele osób – około 8 proc. (444). Prawie 1,5 tys. osób aplikowało tylko na jedno miejsce.

Gdy na początku listopada ogłaszano wyniki pierwszej tury naboru, pojawiły się doniesienia, że część lekarzy została zakwalifikowana do odbywania specjalizacji daleko od miejsca zamieszkania (nawet w innym województwie), choć system miał pokazywać wolne miejsca znacznie bliżej, bardziej dogodnie. Działacze OZZL mówili wręcz o „zsyłkach” rodem z poprzedniego ustroju, o nakazach pracy. Przedstawiciele izb lekarskich studzili emocje, zwracając uwagę, że pełny obraz sytuacji wyłoni się dopiero po drugim naborze – wydaje się, że nie doszło, w każdym razie nie na większą skalę, do takich zdarzeń. To jednak nie znaczy, że nabór przeszedł idealnie albo – że zakończył się sukcesem. Lekarze zaznaczają, że w sytuacji niedoboru specjalistów kłuje w oczy liczba 1,5 tys. osób, które nigdzie się nie dostały. Podkreślają, że choć resort zdrowia przedstawia listę dziedzin priorytetowych (nowa nie będzie się różnić zresztą od już obowiązującej), tak naprawdę wszystkie podstawowe specjalizacje lekarskie trzeba uznawać za priorytetowe, bo wszędzie lekarzy brakuje (w „oficjalnie” priorytetowych dziedzinach brakuje ich dramatycznie).

Zwraca również uwagę liczba niewykorzystanych miejsc rezydenckich („ministerstwo zaoszczędzi” – komentują lekarze w mediach społecznościowych) w takich specjalizacjach jak chirurgia ogólna czy ginekologia i położnictwo uchodzące za najbardziej „pozwojenne”. Gdy nie ma żadnych perspektyw (na pewno nie w najbliższych miesiącach, może nawet latach) na wprowadzenie systemu *no-fault* i uwolnienie lekarzy od zagrożenia odpowiedzialnością karną za tzw. błędy medyczne, młodzi lekarze wybierają specjalizacje uważane za bezpieczne (a w każdym razie bezpieczniejsze), nawet jeśli oznacza to konieczność zwłoki w rozpoczęciu specjalizacji. ●

# Przyjdź, ja cię uzdrowię



Fot. licencja OLL w Warszawie

SKĄD BIERZE SIĘ POPULARNOŚĆ MEDYCYNy ALTERNATYWNEJ I ZAPAŁ, Z JAKIM WIELU LUDZI ANGAŻUJE SIĘ W KREOWANIE JEJ FENOMENU? CZY ŁATWIEJ ŻYĆ, JEŚLI WOKÓŁ DZIEJĄ SIĘ CUDA I W KAŻDYM MIEŚCIE PRAKTYKUJĄ ZNACHORZY?

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

**F**ala praktyk uzdrowicieli rozlewa się po kraju, jakby proporcjonalnie do narzekania na poziom oficjalnego lecznictwa. Nie pomagają spektakularne wyroki zawieszania prawa wykonywania zawodu lekarzom, którzy jawnie kolaborują z misjonarzami dobrej nowiny lub sami przebiegają się w szaty szamanów. Kolejki do nich wcale nie maleją. O popularności takich metod jak biorezonans, leczenie witaminą C, sprowadzaniem z Azji kłaczami roślin, diagnozowanie chorób na podstawie kształtu źrenic, decyduje w dużej mierze moda, ale wszystkie mieszczą się w spektrum od „bez wartości” do „szkodliwe dla zdrowia”. Pacjentów to jednak nie odstrasza. Nawet nie kryją się z tym, że wolą zostać uleczeni sposobem głupim, niż umrzeć na ołtarzu nauki.

A nauka wielokrotnie już zabierała się za ocenę przydatności alternatywnych sposobów

leczenia. Nie odzęgają się od tego placówki o ugruntowanym prestiżu. Przykładowo w Narodowym Instytucie Raka w Stanach Zjednoczonych witamina B17 (zwana w Polsce amigdalina i uznawana na portalach internetowych za cudowne remedium w walce z chorobami nowotworowymi) była przedmiotem fachowych dociekań już w latach 50. ubiegłego wieku. Wnioski nie były pozytywne. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) nigdy nie zarejestrowała amigdaliny jako środka do leczenia onkologicznego. Mimo to w polskiej wyszukiwarce internetowej wystarczy wpisać odpowiednie hasło i otrzymujemy same zachęty: *„Wiele osób pokonało raka za pomocą B17! Sposób, w jaki niszczy komórki nowotworowe, jest zapoczątkowany przez glukozę, którą wstrzykuje się w komórkę nowotworową. Wtedy cyjanek i benzaldehyd z glukozy tworzą ukierunkowaną truciznę, która zabija komórki rakowe”*.



Gdyby to było takie proste! Pseudonaukowe terminy, których próżno szukać w medycznych podręcznikach, mają stworzyć u odbiorcy wrażenie, że informacje o cudownych zaletach nie zostały wysrane z palca, że stoją za nimi eksperymenty, do których przyczynili się nobliści lub renomowane instytucje, na czele z NASA (procentuje wiara w to, że kosmonauci muszą być najlepiej przebadanymi ludźmi na świecie). Z drugiej strony, jeśli bioenergoterapeuta mówi choremu, że może mu pomóc, chory wierzy mu bardziej niż niejednemu lekarzowi, choć nie musi rozumieć, na czym ta pomoc będzie polegać i jak zadziałała bioprądy na komórki rakowe. Uzdrziacze również niewiele wiedzą o zaburzeniach, które usiłują wyleczyć. Luki w wykształceniu medycznym nadrabiają więc filozofią, z czego niewiele wynika. Powołują się na odkrywców i rozmaite uniwersytety, ale najczęściej jest to oszustwo, ponieważ pacjent nie zada sobie trudu, by sprawdzić wiarygodność opinii lub przedstawianych mu certyfikatów. Powinny robić to media (piętnując raz po raz przypadki oszukiwania naiwnych chorych), samorząd lekarski (kontrolując fachowość i rzetelność pracy lekarzy, którzy przeszli na „drugą stronę mocy”), a nawet prokuratura (w niej od lat nie mamy sprzymierzeńca w walce ze znachorami).

Prestiż uzdrowiciela bierze się z wiary w jego nadprzyrodzoną moc i posiadaną wiedzę. Oba w teorii, gdyż nikt nie zwraca uwagi, że odwoływanie się do potęgi nauki opiera się na nieudowodnionych podstawach: bioprądach, biopolach, przepływie energii lub składnikach roślinnych, które nigdy nie zostały dobrze przebadane. Tego nie jest w stanie zweryfikować żaden pacjent, ponieważ badania mające uzasadnić skuteczność metod z zakresu medycyny naturalnej są zazwyczaj źle zaprojektowane, a obserwacje bywają niedokładne. Laicy mogą wyciągnąć z nich pozytywne wnioski, ale ekspertom od metodologii badań klinicznych włosy stają dęba, gdy czytają entuzjastyczne opinie o wynikach eksperymentów, w których uczestniczy np. ledwie kilkudziesięciu pacjentów, zazwyczaj stronniczo wypowiadających się o efektach. Brakuje grupy kontrolnej oraz spełnienia wielu innych warunków, które zapewniłyby jakąkolwiek obiektywizację.

Można się zastanawiać, czy ocena niekonwencjonalnych terapii wymaga tak rygorystycznych procedur jak żmudne testy tradycyjnych leków. Przecież nie niosą one tak wielkiego ryzyka. Jeśli chodziłoby tylko o dobroczynny masaż i uspokajającą rozmowę mającą odwrócić uwagę chorego od trudów chemioterapii, czy potrzebne byłyby wnikliwe analizy porównawcze? Nazwijmy te zabiegi po prostu chwilami wytchnienia w dobrym towarzystwie, bez unaukowiania tych metod, odwoływania się do starożytnych czy starochińskich korzeni i czynienia z nich działań medycznych. Na to zwracał kiedyś uwagę prof. Jerzy Aleksandrowicz, psychiatra i psychoterapeuta z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdy rozmawiałem z nim o tajemniczych efektach placebo i sile sugestii pomagającej niektórym bardziej niż prawdziwe leki. – *Nie wykluczam, że uzdrziacze mogą przynosić*

*ulgę chorym – twierdził. – Ale czynią to, poprawiając samopoczucie, a nie lecząc chorobę. Wychodzą z założenia, starając się uśmierzać dolegliwości, że muszą jak najszybciej uczynić człowieka sprawnym, choć dalej pozostanie chory. Tkwi w tym oczywiste oszustwo: stworzyć wrażenie sensownego działania, chociaż poprawa samopoczucia może być zupełnie nieadekwatna do poprawy zdrowia.*

Wielu pacjentów wychodzi z założenia, że skoro istnieje medycyna konwencjonalna (zwana inaczej oficjalną) i medycyna alternatywna (naturalna), prawda o ich skuteczności leży gdzieś pośrodku. W tej szarej strefie świetnie prosperuje немало lekarzy, którzy poza oficjalnym nurtem medycyny, w jakiej się wykształcili, pootwierali prywatne gabinety, nazwali je nierzadko instytutami i sprzedają w nich nadzieję, jakiej próżno szukać w uniwersyteckich klinikach. Oficjalna medycyna czuje się przecież bezsilna wobec wielu przypadków raka, ciężkiej astmy, chorób neurodegeneracyjnych, ale szamani w białych fartuchach (którym powagi dodaje zawieszony na szyi stetoskop) mają dla chorych gotowe odpowiedzi na wszystkie pytania, a przede wszystkim dużo czasu i słów otuchy. Ciąg skojarzeń: żyły wodne – wilgoć – reumatyzm, szybciej też trafi do przekonania laika niż teorie, które znamy ze studiów, sytuujące przyczynę tej choroby w autoagresji i zmienionym układzie odporności. W przypadku placebo działa w rzeczywistości nie lek ani przyrząd, lecz posługujący się nimi człowiek. A efekt jest tym lepszy, im bardziej pacjenci wierzą w powodzenie kuracji i obdarzają eksperta zaufaniem.

**Rozpowszechnianie informacji jest dużo łatwiejsze niż ich weryfikowanie. Boleśnie przekonują się o tym ci, którzy znachorów i szarlatanów mieli za wyroczenie.**

Granica między mistyfikacją a autorytetem jest dziś w medycynie płynna. Można stać się ofiarą szarlatana, ale też profesora. Chorzy wiedzą, że ryzyko nie jest wcale mniejsze

i częściej składają w sądach cywilnych pozwy na lekarzy niż znachorów. Boją się przyznać do swojej naiwności, a może nie wierzą, że cokolwiek uda się udowodnić? Taka wyrozumiałość zapewnia uzdrowicielom całkowitą bezkarność. Bez skrupułów mogą więc kłaść ręce na pacjentach i honorariach, jakie za to otrzymują. Wiedzą, że z czarami walczy się metodą szerzenia wiedzy, a nie z pomocą policji. I coraz trudniej sobie z tym radzić w dobie rosnącej potęgi mediów społecznościowych, gdzie każdy może przedstawiać się jako ekspert od zdrowia.

Eksplozja informacji sprawia, że uwypuklenie prawdy o dostępnych metodach leczenia staje się coraz trudniejsze. Pojawia się kłopot: na czym się skupić i komu zaufać? Dawniej odpowiedź byłaby prosta, ale w rzeczywistości kreowanej przez Internet społeczeństwo uważa, że nie potrzebuje autorytetów. Czuje się wyzwolone i pewne, że potrafi wyłowić prawdę z sieci i odsiać ją od nierzetelnych obietnic. Tylko że rozpowszechnianie informacji jest dużo łatwiejsze niż ich weryfikowanie. Boleśnie przekonują się o tym ci, którzy znachorów i szarlatanów mieli za wyroczenie. ●

Autor jest publicystą „Polityki”.

# Jest dobrze, jest dobrze

**„SYSTEMATYCZNIE ZMIERZAMY W KIERUNKU 7 PROC. PKB NA ZDROWIE. TEMPO W OSTATNICH DWÓCH LATACH BYŁO SZYBSZE NIŻ ZAKŁADANE. DO PLANÓW DOŁOŻYLIŚMY DODATKOWE PONAD 43 MLD ZŁ W WYKONANIU. ZDROWIE TO PRIORYTET RZĄDU ZJEDNOCZONEJ PRAWICY” – OGŁOSIŁ POD KONIEC LISTOPADA NA TWITTERZE MINISTER ZDROWIA ADAM NIEDZIELSKI. KŁAMSTWO MA KRÓTKIE NOGI. NIGDZIE NIE ZMIERZAMY. DREPCZEMY W MIEJSCU.**

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

5 grudnia w Senacie rozpoczną się prace nad uchwaloną przez Sejm w drugiej połowie listopada nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Ten zwodniczy tytuł wszyscy, którym na sercu leży los polskiej ochrony zdrowia, powinni zastąpić sformułowaniem: ustawa o 5 proc. PKB na ochronę zdrowia. Bo dokładnie taki będzie jej efekt – przeniesienie całości wydatków na świadczenia zdrowotne do Narodowego Funduszu Zdrowia, przynajmniej w perspektywie najbliższych dwóch, trzech lat, zabetonuje poziom publicznych nakładów na odsetku około 5 proc. PKB. W 2023 r. będzie to, z dużym prawdopodobieństwem, poniżej 5 proc.

Scenariusz jest dość przewidywalny. Choć marszałek Senatu Tomasz Grodzki mówił o zawetowaniu ustawy, wszystko wskazuje, że izba wyższa ograniczy się do wprowadzenia do niej poprawek. – *Ustawa zawiera rozwiązania oczekiwane przez środowisko lekarskie* – tłumaczyła Beata Małecka-Libera, przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia. Poprawki, które ma uchwalić Senat, to wyrzucenie całego bloku przepisów dotyczących finansów: zarówno przeniesienia wydatków z budżetu ministra zdrowia do NFZ, jak i zdjęcie z budżetu państwa obowiązku odprowadzania składek zdrowotnych (m.in. za pracowników służb mundurowych) oraz możliwości przesunięcia pieniędzy z funduszu zapasowego NFZ do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (Ministerstwo Finansów chce, by środki te można było przeznaczyć m.in. na pokrycie wydatków związanych ze zdrowiem).

Ustawa wróci więc do Sejmu. Czy odrzucenie poprawek Senatu jest przesądzone? Warto

pamiętać, że uchwalenie ustawy nie odbyło się bez przeszkód. Opozycji udało się odrzucić projekt rządowy w pierwszym czytaniu, co wprawiło posłów PiS i stronę rządową w osłupienie. Jednak triumf nie tyle opozycji, ile zdrowego rozsądku i przyzwoitości, trwał niespełna dobę. Już nazajutrz, gdy Sejm rozpatrywał sprawozdanie komisji, było wiadomo, że Prawo i Sprawiedliwość nie odda sprawy wal-kowerem. W kluczowym głosowaniu opozycji zabrakło dosłownie kilku głosów, by podtrzymać stanowisko Komisji Zdrowia. Kilka osób było nieobecnych (m.in. Wojciech Maksymowicz, Polska 2050), zanotowano kilka dziwnych decyzji (razem z PiS zagłosował m.in. Andrzej Sośnierz, jeden z największych krytyków projektu, który w kolejnych głosowaniach już naciskał przycisk z opozycją). Sukces był blisko, gdyż tym razem wyjątkową jednomyślnością w głosowaniu przeciw stanowisku rządu mogła się pochwalić Konfederacja (która zresztą jako jedyny klub wykazała się nie tylko dyscypliną w głosowaniu, ale i wzorową frekwencją). Ostatecznie Sejm uchwalił ustawę z przewagą kilkunastu głosów, ale widać było, że część posłów już „odpuściła” głosowanie.

Prawo i Sprawiedliwość wcale jednak nie jest pewne powtórzenia wyniku w grudniowym podejściu. Dlatego w klubie trwa mobilizacja. I próby kaptowania posłów opozycji, przynajmniej tej piwotalnej, która czasami głośnie z rządem, a czasami przeciw niemu. Odpowiedzialni za sukces w głosowaniu posłowie PiS liczą głosy niczym Frank Underwood w „House of Cards”, zadowolając się niekiedy deklaracjami o nieobecności. Do odrzucenia poprawek Senatu wystarczy wszak zwykła większość, a tę PiS cały czas ma lub – w przypadku



Fot. licencja OIL w Warszawie

braku stuprocentowej mobilizacji opozycji – łatwo może mieć. Jednak resort zdrowia pracuje nad rozwiązaniem alternatywnym, gdyby ustawa nie weszła w życie 1 stycznia 2023 r. Ma ku temu ważny powód. Choć nowelizacji przepisów przesuwających wydatki do NFZ jeszcze nie ma, z budżetu zniknęły adekwatne pozycje, scenariusz przerwania ciągłości finansowania świadczeń zdrowotnych nie jest więc, przynajmniej teoretycznie, wykluczony.

To zresztą jeden z legislacyjnych „kwiatków”, za które ktoś powinien odpowiedzieć, nie tylko politycznie. Warto przypomnieć, że w ostatnich siedmiu latach, gdy podczas uchwalania nowych rozwiązań (np. ustawy o Funduszu Medycznym lub – wcześniej – przepisów wprowadzających program bezpłatnych leków dla seniorów) opozycja pytała o źródła finansowania, wskazując brak odpowiednich zapisów w budżecie, posłowie PiS (zwłaszcza przewodniczący Komisji Zdrowia Tomasz Latos) pouczali kolegów o prawidłach procesu legislacyjnego: najpierw muszą powstać merytoryczne przepisy, by na ich podstawie dokonywane były zmiany w ustawie budżetowej. W sumie, logiczne. Tylko że tym razem proces legislacyjny tuż przed końcem roku i w sytuacji, gdy nie chodzi o kilkaset milionów złotych ani nawet dwa czy cztery miliardy, ale miliardów kilkanaście – wywinął spektakularnego orła.

W dniu, w którym Senacka Komisja Zdrowia zajmie się nie tylko kontrowersyjnymi, ale szkodliwymi, zapisami ustawy, Komisja Europejska i OECD mają zaprezentować kolejny raport o stanie systemów ochrony zdrowia w państwach UE. Jak co roku, dowiemy się z niego, jak wypadamy na tle innych, również jeśli chodzi o poziom wydatków na ochronę zdrowia. Jak co roku, runie mit o systematycznym zmierzaniu w kierunku 7 proc. PKB, a już na pewno o tym, że jesteśmy na odcinku między 6 a 7 proc. PKB. Raport potwierdzi to, co pokazuje zresztą Główny Urząd Statystyczny w Narodowym Rachunku Zdrowia: wydatki liczone według międzynarodowej metody, odnoszącej je do tego samego roku, oscylują wokół 5 proc. PKB (z tendencją do nieprzekraczania tej granicy).

I cóż z tego, że szef resortu zdrowia powtarza partyjny przekaz dotyczący dwukrotnego wzrostu nakładów w okresie 2015–2023? W ciągu ośmiu lat, w ujęciu nominalnym, mają się one zwiększyć z 77,2 mld zł do blisko 160 mld. Mają, bo ta ostatnia kwota to plany na 2022 r. Fakt, że „po drodze” są dwa lata z wysoką, oscylującą wokół 15 proc. roczną inflacją (lata 2022–2023), a jeszcze wcześniej, w 2021 r., również inflacja nie należała do niskich, jakoś Adamowi Niedozielskiemu „umknął”. Podobnie jak ten, że na przestrzeni tych siedmiu lat (ósmym rokiem na razie jest niewiadomą) dynamika kosztów przewyższała dynamikę przychodów. Zwłaszcza w ostatnim roku znacząco pogorszyło to sytuację finansową placówek ochrony zdrowia, co mierzone jest również w poziomie ich zadłużenia, w tym zobowiązań wymagalnych.

Poruszanie się w obrębie wielkich liczb to zresztą pułapka. Warto systematycznie sprawdzać, jak dane z tabel i partyjnych prezentacji przekładają się na rzeczywistość. Oto przykłady z ostatnich dni. Jeden od strony pracowniczek: rezydenci pracujący w szpitalu X. informują, że „ograniczył” on regulowanie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne ze względu na trudną sytuację finansową. Drugi od strony doświadczenia pacjentów: 13-letnia dziewczyna ze zdiagnozowaną depresją i kilkoma innymi problemami psychicznymi, po próbie samobójczej, otrzymuje od psychiatry (usługi komercyjne; czas oczekiwania na wizytę w ramach NFZ 6–9 miesięcy, Warszawa) skierowanie na dzienny oddział psychiatryczny. Z adnotacją „pilne”. W rejestracji rodzice słyszą, że czas oczekiwania wynosi (listopad 2022)... rok. – *Gdyby nie wdrożone kilka lat temu reformy psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży, byłibyśmy dziś w sytuacji absolutnie kryzysowej* – mówi tymczasem minister zdrowia. ●



# Żyjemy

TYM JEDNYM SŁOWEM DA SIĘ WYRAZIĆ NAJBARDZIEJ OPTYMISTYCZNY WNIOSEK Z KOŃCĄCEGO SIĘ 2022 R. WOJNA DO NAS BEZPOŚREDNIO NIE DOTARŁA, GABINETY DENTYSTYCZNE JESZCZE DZIAŁAJĄ, MIMO NARASTAJĄCEGO KRYZYSU. POTYCZKI Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA O WYCENĘ ŚWIADCZEŃ I NASILAJĄCĄ SIĘ BIUROKRACJĄ, JAKIEJ SIĘ OD NAS WYMAGA W PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, HUMORU NIE POPRAWIAJĄ, ALE ZA TO NAS HARTUJĄ.

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



Fot. K. Bortyzeł

**Cz**ym jeszcze możemy poprawić sobie humor? Studia dentystyczne nieustannie cieszą się powodzeniem, a lekarze chcą się kształcić także podyplomowo, na co wskazuje m.in. ogromne zainteresowanie kursami organizowanymi przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów. Wiem, że podobnie jest ze szkoleniami komercyjnymi, czyli lekarze dentyści chcą się rozwijać zawodowo, bo panuje trend, by po prostu wiedzieć coraz więcej. W rekrutacji na specjalizacje stomatologiczne miejsca rezydentur zostały zajęte już w pierwszej turze (inna sprawa, że było ich ekstremalnie mało, ale przynajmniej chwilowo staramy się o tym nie myśleć). Polskie gabinety, jeśli chodzi o wyposażenie i materiały, których używamy, należą do najlepszych w Europie. Niejednokrotnie wprawiają w osłupienie zagranicznych kolegów po fachu, znakomitych specjalistów o bogatym dorobku naukowym, przyjeżdżających do Polski prowadzić szkolenia. Ich gabinety, kiedy pokazują je na zdjęciach, nas także zaskakują. Bo często są poniżej standardu, który my określilibyśmy jako najwyższej jakości. Ten dostatek sprzętów pozwala nam na wykonywanie całego wachlarza nowatorskich procedur medycznych, co oczywiście pozytywnie wpływa na możliwość niesienia pomocy pacjentom.

Smutne jest to, że możemy liczyć tylko na siebie, ale z drugiej strony pocieszające, że to, co dobre, wychodzi przede wszystkim ze środowiska stomatologicznego.

W przeciwieństwie do np. państwowych szpitali, w których – czego dowodzi raport Najwyższej Izby Kontroli opublikowany wiosną tego roku – sprzęt wysokospecjalistyczny za miliony złotych

częstokroć stoi i się kurczy, bo nie ma osób przeszkolonych do korzystania z niego, w prywatnych gabinetach dentystycznych za zakupami stoi twardy rachunek ekonomiczny. My nie możemy sobie pozwolić na inwestycje na pokaz. Jeśli coś kupujemy, to tego używamy. Oczywiście, zdarzają się zakupy przestrelone, bo nie ma klientów, którzy chcieliby z nowych procedur korzystać. Ale w tym nieszczęsnym porzuceniu przez państwo opieki dentystycznej pocieszające jest przynajmniej to, że my pieniądze musimy inwestować efektywnie, bo to nasze prywatne pieniądze, a nie publiczne, czyli zdaniem wielu „niczyje”.

Wdarzyło się więc trochę dobrego dla środowiska stomatologicznego. Z jednej strony smutne jest to, że możemy liczyć tylko na siebie, ale z drugiej pocieszające, że to, co dobre, wychodzi przede wszystkim właśnie z naszego środowiska, z naszej potrzeby i zawodowej solidarności. Już dziś, razem z całą Komisją ds. Lekarzy Dentystów, zapraszam na siódme Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne w czerwcu przyszłego roku. Wkrótce będziemy publikować pierwsze informacje o naszej dorocznej konferencji. Ona także jest efektem wspomnianej zawodowej solidarności i potrzeby rozwoju. I czymś, z czego jako lekarze dentyści i samorządowcy możemy być dumni.

W okresie przedświątecznym staramy się więc zapamiętać, że choć w sprawach ochrony zdrowia usta polityków są pełne frazesów, gdyby sami korzystali wyłącznie z państwowej opieki dentystycznej, byłyby też pełne zepsutych zębów albo by ich tam wcale nie było. ●

*Zdrowych świąt Bożego Narodzenia,  
niosących radość i nadzieję,  
spędzonych w gronie rodziny i bliskich.  
Lekarzom i Lekarzom Dentystom,  
wszystkim Czytelnikom „Pulsu” składamy serdeczne życzenia  
świętecznego odpoczynku od spraw codziennych i trosk,  
a w 2023 r. – wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.*

**Dariusz Paluszek**, wiceprezes ORL w Warszawie,  
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów



## Statuetka św. Apolonii dla Mirosława Stańczyka

Fot. M. Niepytalski

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**R**edaktor naczelny serwisu infoDENT24.pl Mirosław Stańczyk otrzymał tegoroczną nagrodę przyznaną przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie osobom, firmom, organizacjom oraz instytucjom, które szczególnie zasłużyły się dla środowiska lekarzy dentystów naszej izby. Uroczyste wręczenie Statuetki św. Apolonii Patronki Lekarzy Dentystów odbyło się w sobotę 19 listopada podczas szkolenia organizowanego przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów dla członków warszawskiego oddziału PTS.

*– Mądrzy ludzie twierdzą: „Rób to, co kochasz, a nigdy nie będziesz musiał pracować”. Jestem admiratorem takiego motto z bardzo samolubnych powodów. Po prostu dzięki realizacji tej zasady rzadko czuję, że jestem w pracy. Szczęśliwie okazuje się, że to, co dobre dla mnie, może także przynieść pewną korzyść innym. Jest tylko jeden prosty warunek*

*– współpracujący muszą nadawać na tych samych falach. Zastanawiam się, czy taka trudna do uchwycenia zależność łączy redakcję infoDENT24.pl z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie? To oczywiście, że dziennikarz i lekarz mają zupełnie inne zadania, czasami inny ogląd sytuacji. Tymczasem drogi infoDENT24.pl i OIL w Warszawie – ze względu na materię, a więc branżę stomatologiczną – bardzo często się krzyżują. Krzyżowanie nie jest synonimem zgodności. I nie o taką bezwzględną zgodność chodzi. Tym bardziej byłem zaskoczony i uradowany decyzją Kapituły Nagrody Statuetka św. Apolonii o przyznaniu mi tytułu honorującego moją pracę – powiedział laureat.*

Statuetka św. Apolonii przyznawana jest raz w roku, jednej osobie, przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie na wniosek Kapituły Nagrody. ●

# System *no-fault* a śmierć pacjenta

ZGODNIE Z ZAŁOŻENIAMI SYSTEMU *NO-FAULT*, LEKARZ NIE PONIESIE ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ, CHYBA ŻE POPEŁNI POWAŻNE BŁĘDY W SZTUCE. WĄTPLIWOŚCI MOGĄ BUDZIĆ PRZYPADKI PROWADZĄCE DO ŚMIERCI PACJENTA.

tekst **MIKOŁAJ MAŁECKI**



Fot. P. Urbanczyk

Odpowiedzialność karną lekarza za pociętnie rozumiany „błąd w sztuce” przewiduje kilka przepisów kodeksu karnego. Są to tzw. przestępstwa skutkowe: lekarz odpowiada za lekki, średni lub ciężki uszczerbek na zdrowiu, za śmierć pacjenta bądź za spowodowanie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla jego życia lub zdrowia. Mówią o tym – odpowiednio – art. 157 §3 k.k., art. 156 §2 k.k., art. 155 k.k. i art. 160 §3 k.k.

Ocenie prawnej podlegają więc z jednej strony zachowania sprawców (np. błąd diagnostyczny, niewłaściwe użycie aparatury, podanie nieodpowiedniego leku), z drugiej strony wywołane nimi skutki. Każda sytuacja jest nieco inna, każdy pacjent jest inny, świadczenia medyczne udzielane są w rozmaitych warunkach, również lokalowych, sprzętowych, kompetencyjnych itd. Dlatego w prawie karnym wypracowano szereg kryteriów, które muszą zostać spełnione, by skutek można było przypisać sprawcy czynu, który dał ów skutek. Karniści nazywają tę procedurę obiektywnym przypisaniem skutku.

Jedną z podstawowych zasad przypisania skutku jest niedopuszczalność rozumowania „ze skutku na przyczynę”. Zaistnienie skutku nie przesądza, kto i czy w ogóle ktokolwiek do niego doprowadził. Reguła ta sprawdza się w szpitalu i poza nim: fakt, że kierowca pojazdu odniósł poważne obrażenia ciała, nie oznacza, że inny uczestnik ruchu drogowego jest sprawcą wypadku. Być może nikt nie popełnił błędu, a następstwa są wynikiem nieprzewidywalnych okoliczności.

Ocena, czy i w jakim stopniu doszło do naruszenia reguł ostrożności, musi bazować na realiach danej sytuacji postrzeganej *ex ante*, to znaczy w momencie podejmowania danych

czynności medycznych („przed faktem”). O skutkach, jakie nastąpią, dowiemy się *ex post* („po fakcie”). Stopień naruszenia reguł ostrożności może być mniejszy lub większy, podobnie finalne skutki niewłaściwego postępowania mogą ograniczyć się na stworzenia zagrożenia, uszczerbków na zdrowiu bądź skończyć się śmiercią pacjenta.

W tym kontekście należy postawić pytanie: czy odpowiedzialność karna lekarza w ramach systemu *no-fault* powinna być wyłączana w zależności od stopnia pokrzywdzenia pacjenta, mierzonego rodzajem skutku? Czy działania systemu *no-fault* w sferze prawa karnego można uzależniać od tego, do jakiego skutku doprowadziły niewłaściwe działania lecznicze? Nie jest łatwo odpowiedzieć na te pytania. Niewątpliwie śmierć człowieka jest tak poważną okolicznością, że wyłączenie odpowiedzialności karnej za nią lekarza mogłoby się spotkać ze społecznym niezrozumieniem. Jednak uzależnianie odpowiedzialności bądź bezkarności medyków od rodzaju następstw podjętych działań przypomina nieco rozumowanie „ze skutku na przyczynę”. A przecież naruszenia reguł ostrożności są *ex ante* identyczne – albo niewielkie, albo poważniejsze, albo rażące itd., niezależnie od tego, jaki przyniosły skutek.

Różnicowanie wskazanych sytuacji rodzi kolejne problemy. Przykładowo, z jak bardzo rażącymi następstwami jesteśmy się w stanie pogodzić? Czy godzimy się, by lekarz nie odpowiadał karnie również za ciężki uszczerbek wywołany niewłaściwym leczeniem? Wśród ciężkich uszczerbków na zdrowiu, opisanych w art. 156 k.k., można wyróżnić bardzo poważne, ale też mniej drastyczne: z jednej strony ciężkie kalectwa, paraliż ciała, pozbawienie kończyn, z dru-



Fot. licencja O.L. w Warszawie

giej np. „tylko” niezdolność człowieka do pracy w zawodzie. Rozstrzygnięcie omawianej kwestii w sposób typologiczny – według podziałów znanych kodeksowi karnemu – może wydawać się arbitralne i nie korespondować z odbiorem społecznym konkretnego przekrzywdzenia.

Zróżnicowanie odpowiedzialności karnej lekarza w zależności od skutków jest ryzykowne z jeszcze innego powodu. Uznanie, że medyk odpowiada za śmierć, ale nie za uszczerbek lub narażenie pacjenta, może wymiernie wpłynąć na praktykę stosowania prawa. W przypadkach, w których obecnie nie stawia się zarzutów obejmujących skutek śmiertelny (art. 155 k.k.), jedynie spowodowanie niebezpieczeństwa (art. 160 k.k.), po wejściu w życie omawianej reguły mogą być stawiane zarzuty sprawstwa najpoważniejszego skutku, byle tylko nie wpaść w regulację wykluczającą odpowiedzialność karną medyka.

W rezultacie, w praktyce to nie popełnienie rażącego lub mniej poważnego błędu lekarza będzie decydowało o jego odpowiedzialności za skutek, lecz zakwalifikowanie działania jako sprawstwa poważniejszego, a nie lżejszego skutku. Tym bardziej że reguły obiektywnego przypisania (elastyczne i nie do końca opracowane przez doktrynę i orzecznictwo) dają organom ścigania dużą swobodę, która nie zawsze idzie w parze ze skrupulatną wykładnią przepisów. ●

Dr hab. Mikołaj Małecki – nauczyciel akademicki w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Krakowskiego Instytutu Prawa Karnego, autor kilkuset publikacji poświęconych prawu karnemu, twórca portalu i bloga „Dogmaty Karnisty” obserwowanego przez ponad 65 tys. osób



## Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

### HARMONOGRAM ZAJĘĆ

**14.12.22 r., godz. 10.00** Spotkanie przedświąteczne (termin przeniesiony z 13 grudnia)  
– wejście po okazaniu legitymacji członkowskiej LUTW „Nestor”

**10.01.23 r., godz. 11.00** „Podróże Fryderyka Chopina po Polsce i Europie” – Marita Juarez

**24.01.23 r., godz. 11.00** „Czym jest dziedziczenie ustawowe, czym testamentowe, czym zaś jest wydziedziczenie”  
– adwokat Jerzy Krzywicki

**7.02.23 r., godz. 11.00** „Zdrowie publiczne – współczesne wyzwania społeczne” – prof. dr hab. Alfred Owoc  
Z powodu małej frekwencji osób biorących udział w zajęciach na basenie głębokim zajęcia zostały zawieszone.

Wznowienie zapisów do LUTW „Nestor” nastąpi 3 stycznia 2023 r. Zapisu można dokonać tylko osobiście w siedzibie izby, przy ul. Puławskiej 18, u Jolanty Wielgoś (IV p.) od wtorku do piątku.

Informujemy, że od 8 lutego do 6 marca 2023 r. będzie przerwa semestralna. Pierwszy wykład po przerwie odbędzie się 7 marca, o godz. 11.00. Harmonogram i tematykę wykładów podamy w następnym numerze „Pulsu” i na stronie internetowej w zakładce *Komisje, kategoria zespoły*.

**W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-55.**

# Analiza przypadku

DZIŚ PRZEDSTAWIONA ANALIZA Z PEWNOŚCIĄ ZAINTERESUJE DERMATOLOGÓW I WENEROLOGÓW. ROSZCZENIA WOBEC LEKARZY TYCH SPECJALNOŚCI SĄ STOSUNKOWO RZADKIE, NIEMNIEJ JEDNAK I Z NIMI SIĘ SPOTYKAMY. LEKARZ MOŻE PONIEŚĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNĄ NIE TYLKO ZA RÓŻNEGO RODZAJU BŁĘDY MEDYCZNE (DIAGNOSTYCZNE, TERAPEUTYCZNE ITD.), LECZ I ZA PRZEWLEKŁOŚĆ PROWADZONEGO PRZEZ NIEGO LECZENIA, KTÓRE DOPROWADZIŁO DO ZNACZNEGO POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA PACJENTA.

tekst

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



Fotografie: archiwum

**W** kwietniu 2015 r. pani A. doznała otarcia naskórka lewej stopy. Rana nie goiła się, więc 9 maja 2015 r. kobieta zgłosiła się do Przychodni Lekarza Rodzinnego „J” s.c. w R., gdzie otrzymała pomoc medyczną. Kolejne wizyty odbywały się 14, 28 i 30 czerwca.

W związku z brakiem poprawy stanu zdrowia pacjentka rozpoczęła leczenie w innej placówce medycznej, z której została skierowana do szpitala. Po przeprowadzeniu wielu badań **rozpoznano alergiczne zapalenie naczyń** i powzięto podejrzenie leukoklastycznego zapalenia naczyń.

Pełnomocnik pani A. zarzucił Przychodni Lekarza Rodzinnego „J” s.c., że w placówce nie rozpoznano właściwej choroby, tj. leukoklastycznego zapalenia naczyń, **a leczenie było prowadzone przewlekłe**. Ponadto w jego opinii lekarz rodzinny nie wdrożył stosownego leczenia, nie skierował pacjentki na dodatkowe badania, które były niezbędne, ponieważ zaordynowany antybiotyk nie zadziałał i następowało rozlewanie się rany.

Pełnomocnik podniósł również, że nierozpoznanie choroby we wczesnym sta-

dium bardzo istotnie wpłynęło na obecny stan zdrowia pacjentki.

W celu ustalenia, czy działanie lekarzy z ubezpieczonej placówki było prawidłowe, zasięgnięto opinii medycznej lekarza specjalisty z zakresu dermatologii i wenerologii.

Opiniująca lekarz stwierdziła, że po urazie naskórka w okolicy lewej kostki u pani A. w przychodni „J” zastosowano leczenie miejscowe, antybiotykoterapię, wydano zwolnienie z pracy, a w związku z brakiem poprawy skierowano do chirurga i dermatologa. Wykonane 29 maja 2015 r. badania laboratoryjne (morfologia, OB, CRP, UA, ASO prawidłowe) nie wskazywały na progresję choroby. Lekarz specjalista zaznaczyła, że **nie można stwierdzić, co było powodem dolegliwości zgłaszanych przez pacjentkę**. Wyjaśniła, że przyczyną zapalenia naczyń mogą być czynniki infekcyjne (wirusy, bakterie, grzyby, robaczyce, nowotwory, choroby autoimmunologiczne, leki, pożywienie i toksyny). Nadmieniała, że chociaż pani A. leczona była w związku z alergicznym zapaleniem naczyń i podejrzeniem leukoklastycznego zapalenia naczyń, **obraz mikroskopowy nie dał podstaw do rozpoznania leukoklastycznego zapalenia naczyń**.

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



Biorąc to pod uwagę, opiniująca nie dopatrzyła się w udzielanych przez Przychodnię Lekarza Rodzinnego „J” s.c. świadczeniach błędów medycznych ani uchybień. Zatem wobec **nie-wystąpienia jednej z przesłanek odpowiedzialności deliktowej**, tj. winy, brak było podstaw do przyjęcia ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym wypłaty odszkodowania za zaistniałe zdarzenie przez ubezpieczyciela Przychodni Lekarza Rodzinnego „J” s.c.

**Pytanie redakcji:** W jakich sytuacjach lekarz może ponieść odpowiedzialność za przewlekłość leczenia?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Nadmierne wydłużanie procesu leczenia może przyczynić się do powstania lub zwiększenia szkody, a w konsekwencji – wniesienia roszczeń przez pacjenta. Przykładowo, jeśli pacjent systematycznie pojawia się na wizytach kontrolnych, podczas których zgłasza kolejne dolegliwości bólowe, właściwym postępowaniem lekarza winno być **poszerzenie diagnostyki** i wykorzystanie wszelkich narzędzi służących prawidłowemu rozpoznaniu choroby. Natomiast, jeśli lekarz ograniczy się do umawiania kolejnych wizyt kontrolnych i nie wykorzysta dostępnych możliwości diagnostycznych, jego działanie nosić będzie znamiona przewlekłości leczenia. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

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

**PRAWNIK** § **LEKARZA**

## 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

prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl  
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



# Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

## PROJEKT ZMIAN W SYSTEMIE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

**N**a posiedzeniu 16 listopada 2022 r. Sejm większością głosów przyjął ważną nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.\* Projekt w uzasadnieniu jego autorów ma na celu optymalizację wydawania środków publicznych na ochronę zdrowia. W dokumencie uwzględniono wiele regulacji incydentalnych, które są związane z koniecznością wsparcia jednostek systemu ochrony zdrowia po okresie wzmożonych działań ukierunkowanych na zapobieganie COVID-19.

Przewidywane zmiany obejmują m.in. przeniesienie źródła finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych i leków dla seniorów po 75. roku życia oraz dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, a także przeniesienie odpowiedzialności za finansowanie profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób, u których zdiagnozowano wirus nabytego niedoboru odporności HIV, z modułem profilaktyki, diagnostyki i leczenia WZW typu C osadzonych w zakładach penitencjarnych, oraz programu leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych na NFZ. Poza tym w ustawie przewiduje się rezygnację z opłacania z budżetu państwa składki na ubezpieczenie zdrowotne wybranych kategorii osób. W rezultacie składki na ubezpieczenie zdrowotne nie będą opłacane na rzecz niektórych rencistów, żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, uczniów, dzieci przebywające w placówkach wychowawczych, bezrobotnych bez prawa do zasiłku, studentów i doktorantów, kombatantów, repatriantów. Omawiana nowelizacja przewiduje również powierzenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia finansowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego oraz zakupu szczepionek.

Zmiany w przepisach mają wejść w życie 1 stycznia 2023 r. Projekt nowelizacji został przekazany do dalszych prac w Senacie.

Przyjęty przez Sejm projekt ustawy spotkał się ze zdecydowanym sprzeciwem samorządu lekarskiego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opublikowało 18 listopada 2022 r. stanowisko,\* w którym podkreślono, że przerzucanie finansowania części świadczeń zdrowotnych i leków z budżetu państwa na NFZ, bez gwarancji adekwatnego zwiększenia budżetu funduszu, jest działaniem narażającym zdrowie i życie pacjentów, prowadzącym publiczną ochronę zdrowia w kierunku dalszej zapaści. Jako oburzający określono tryb pracy nad projektem ustawy, który rząd skierował do Sejmu bez konsultacji społecznych. W tym przypadku jest to szczególnie istotne, ponieważ na skutek przyjęcia ustawy przewiduje się zmniejszenie wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia przekraczające 7 mld zł, a co za tym idzie obniżenie kwoty środków NFZ o blisko 6 mld zł. W stanowisku zwrócono również uwagę, że zastrzeżenia budzi sam tytuł ustawy, który wskazuje, że to ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nie mówi się przy tym, że nowelizacja ma na celu znaczącą zmianę sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. Tym bardziej że jedyną istotną nowością w zakresie wykonywania zawodu, zgodną z kierunkiem postulowanym przez samorząd lekarski, jest zwolnienie z ustnej części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy uzyskali minimum 75 proc. pkt. w części pisemnej.

## USTAWA O PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM

Na tym samym posiedzeniu Sejmu przyjęty został projekt ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.\* Celem przygotowywanej ustawy jest utworzenie podmiotu prowadzącego badania naukowe i prace rozwo-

jowe w powiązaniu z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, działającego w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych i specyfiki pracy funkcjonariuszy służb mundurowych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Autorzy projektu proponują, aby wspomniany instytut został utworzony w wyniku przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie. Propozycja utworzenia instytutu w drodze osobnej ustawy wynika z faktu, że ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej\* oraz ustawa z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych\* nie przewidują możliwości utworzenia instytutu badawczego przez przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Również projekt tej ustawy wzbudził istotne zastrzeżenia samorządu lekarskiego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku z 15 listopada 2022 r.\* wyraziło przekonanie, że sposób powołania kolejnej państwowej instytucji działającej w zakresie ochrony zdrowia na drodze specustawy doprowadzi do powstania tworu hybrydowego, czyli instytutu badawczego, który w części będzie podlegał przepisom ustawy o instytutach badawczych, a w części przepisom specjalnej ustawy o utworzeniu tego instytutu. Nie przedstawiono także przekonującego uzasadnienia dla powołania nowej placówki badawczej, a samorządowi lekarskiemu nie są znane przypadki, aby osoby zajmujące najwyższe stanowiska w państwie miały problem z korzystaniem z opieki zdrowotnej lub żeby jakość tej opieki była niewystarczająca. Propozycja powołania instytutu dla służb mundurowych wygląda na krok w kierunku utworzenia branżowej służby zdrowia, tymczasem – jak podkreślają autorzy stanowiska – najważniejsze jest utrwalenie i pełne realizowanie zawartej w art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasady równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

## NOWE ROZPORZĄDZENIE COVIDOWE

28 października 2022 r. Rada Ministrów wydała rozporządzenie\* dotyczące przedłużenia nakazów i zakazów związanych z pandemią COVID-19 do 31 grudnia 2022 r. Rozporządzenie nie wprowadza zmian w zakresie obowiązujących obostrzeń. Utrzymany został obowiązek noszenia maseczek w podmiotach leczniczych (m.in. szpitalach, przychodniach, poradniach) oraz aptekach. Od kilku miesięcy nie obowiązują już obostrzenia dotyczące podróży, zasad kwarantanny i izolacji.

## OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE WYKAZU PRODUKTÓW LECZNICZYCH ZAGROŻONYCH BRAKIEM DOSTĘPNOŚCI NA TERYTORIUM RP

16 listopada 2022 r. opublikowane zostało obwieszczenie ministra zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.\* Wykaz obejmuje 217 pozycji. Główny inspektor farmaceutyczny może wnieść sprzeciw wobec zamiaru wywozu lub zbycia tych produktów, środków i wyrobów.

## PROJEKT USTAWY O ZMIANIE USTAWY – PRAWO FARMACEUTYCZNE

Ministerstwo Zdrowia opublikowało w ostatnim czasie projekt nowelizacji ustawy – Prawo farmaceutyczne.\* Zapropnowano zmiany, które ujednoczą rolę głównego inspektora farmaceutycznego jako organu nadzorującego działalność wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych i wzmocnią jego pozycję. Będzie mu powierzony nadzór nad medycznymi laboratoriami diagnostycznymi, a inspekcję medycznych laboratoriów diagnostycznych przeprowadzać będą upoważnieni przez niego inspektorzy do spraw medycyny laboratoryjnej. Projekt ustawy rozszerza także pozostałe kontrolne uprawnienia inspektora.

Omawiany projekt wzbudził sprzeciw Naczelnej Rady Aptekarskiej. W stanowisku Prezydium NRA z 7 listopada 2022 r.\* odniesiono się do projektu zmian w zakresie, w jakim przewiduje obciążenie opłatą roczną podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego. Naczelna Rada Aptekarska zwraca uwagę, że obowiązek uiszczenia dodatkowych rocznych opłat przyniesie

poważne skutki ekonomiczne, a poza tym narusza konstytucyjną zasadę równości wobec prawa, ponieważ pomija wszelkie podmioty prowadzące obrót farmaceutykami poza aptekami, w tym sklepy zielarsko-medyczne, sklepy specjalistycznego zaopatrzenia medycznego itd. ●

\* Źródła:



## 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

# Szpitala nie chcą dodatków za walkę z epidemią?

ADMINISTRACJE 10 SZPITALI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO (NIEKTÓRE KILKAKROTNIENIE) NIE ZŁOŻYŁY W TERMINIE DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO UZYSKANIA ŚRODKÓW Z NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA WYPŁATĘ DODATKÓW COVIDOWYCH – WYNIKA Z DANYCH, JAKIE RZECZNIK PRAW LEKARZA MONIKA POTOCKA UZYSKAŁA Z MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU NFZ.

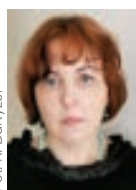
tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**P**rzekazane przez NFZ informacje obejmują okres do września bieżącego roku. Zgodnie z przepisami, placówka powinna złożyć do funduszu korektę informacji o liczbie osób spośród personelu, które kwalifikują się do otrzymania tzw. dodatku covidowego i o wysokości środków niezbędnych do jego wypłaty. Kierownictwo podmiotu medycznego ma na to dwa miesiące od ostatniego dnia miesiąca, którego dotyczy informacja.

Większość spóźnionych placówek to szpitale z Warszawy. Według NFZ jedna z nich spóźniła się ze złożeniem dokumentów aż sześciokrotnie, składając hurtem dokumenty za okres od września 2021 r. dopiero w maju i czerwcu 2022. Kolejny na niechlubnej liście rekordów szpital takie wpadki zaliczył trzykrotnie. Skutkiem tego wnioski o wypłatę dodatków nie zostały rozpatrzone.

Rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie złożyła do NFZ wnioski o przekazanie informacji w tej sprawie w związku z sygnałami, że w niektórych placówkach kierownictwo zalega z wypłatą dodatków covidowych dla personelu medycznego.

Dlatego rzecznik praw lekarza zdecydowała się skierować pismo do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyznaczenie kolejnego, ostatecznego terminu ponownego złożenia wniosków. „*Powyższy wniosek jest umotywowany ochroną interesów lekarzy, którzy nie powinni odczuwać negatywnych konsekwencji zaniedbań kierowników podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych*” – czytamy w dokumencie. Biuro RPL zamierza także złożyć wnioski do organów nadzoru poszczególnych szpitali o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Natomiast jeżeli nowy termin nie zostanie wyznaczony, lekarzom pozostanie skierowanie do sądów pozwów cywilnych o zapłatę dodatków covidowych. ●



Fot. K. Bartyzel

**– Zestawienie, jakie otrzymaliśmy, wprawiło mnie w zdumienie. Nie jest tajemnicą, że placówki medyczne działające w oparciu o kontakty z NFZ nie są rozpieszczane wysokością wycen usług medycznych. Ale jeśli same nie potrafią postarać się o pieniądze, które NFZ powinien im wypłacić, to chyba coś nie jest w porządku. Niestety, ostatecznie z powodu zaniedbań biurokracji cierpi personel medyczny, w tym oczywiście lekarze**  
– wyjaśnia Monika Potocka.



**Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?  
Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza**  
Dyżury rzecznik praw lekarza Moniki Potockiej  
poniedziałki 10.00–14.00 ● czwartki 10.00–16.00

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

Tel. 512 331 230, 691 224 246

# Darmowe e-booki medyczne



*Jesteś lekarzem?  
Szukasz sprawdzonej wiedzy?*

Specjalnie dla Ciebie wydawnictwo PZWL przygotowało **darmowe e-booki z kilkudziesięciu dziedzin**. Do wyboru masz bezpłatne publikacje dotyczące chorób wewnętrznych, dermatologii, kardiologii, pediatrii, medycyny rodzinnej, psychiatrii i wiele, wiele innych.



Wejdź na [ebook.e-pzwl.pl](http://ebook.e-pzwl.pl),  
znajdź darmową publikację dla siebie i bądź na bieżąco!



**Travel  
Medicine  
Conference**  
Warsaw 2023

**25.01.2023** – Warszawa  
Renaissance Airport Hotel

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

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

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

Udział zapewni lekarzom  
**6 pkt. edukacyjnych.**

Organizatorzy



Partner strategiczny



Polish Airports

Patronat honorowy



Polskie Towarzystwo  
Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży

# SPORTOWE NIEDZIELE

**8, 15, 22, 29 stycznia 2023 r.**  
w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT,  
ul. Kartejusza 1

Rejestracja i więcej informacji: 22 542 83 33



# Życzenie

ŻYCZENIA, GRATULACJE, POWINSZOWANIA – TO ELEMENTARZ ETYKIETY. LUBIMY NA OGÓŁ JE OTRZYMYWAĆ, CZUJEMY SIĘ W OBOWIĄZKU SKŁADAĆ, WYSYŁAĆ. TO NAZWY GATUNKÓW JĘZYKOWYCH W ZASADZIE SKRAJNIE SKONWENCJONALIZOWANYCH.

tekst **JERZY BRALCZYK**

**W** przypadku gratulacji raczej dodajemy, czego gratulujemy, chyba że sytuacja jest jednoznaczna. Powinszowania spotyka się dziś rzadziej, winiszowanie jako obyczaj związany zwykle z dniem patrona lub urodzin zastępowany bywa życzeniami, takimi jak z innych okazji, np. świąt, lub i bez okazji. Kiedyś wypadało dodać i przedmiot życzeń – *czego* mianowicie życzymy, teraz wystarczy po prostu *zyczyć*, na pewno przecież czegoś dobrego. Ważniejsze od tego, czego dotyczą, jest, jakie to są życzenia. Najprościej wysłać albo *złożyć najlepsze życzenia* i już. *Dobre* nie wystarczą. Jeśliśmy serdeczni, składamy życzenia *serdeczne* (*najserdeczniejsze*), jeśli bardziej metaforycznie emocjonalni, to *gorące* (*najgorętsze*). A jeśli już dodajemy, czego życzymy, enigmatycznie mówimy lub piszemy: *wszystkiego dobrego*. Częściej – *wszystkiego najlepszego*, nie bacząc, że innym w ten sposób to najlepsze zabieramy. No i bezpiecznie: *pomyślności* (ewentualnie *wszelkiej*).

Życzymy innym, ale i sobie. A czasem – nie życzymy. *Nie życzę sobie* brzmi nawet bardzo stanowczo, by nie rzec brutalnie. *Ja sobie tego nie życzę* to więcej niż *nie chcę*, to już protest, i to wyrażony z pozycji siły. Życzenia na różne sposoby konwencjonalizują się frazeologicznie. Jeśli mówimy, że *coś pozostawia wiele do życzenia*, najczęściej znaczy to, że jest do niczego, ale jesteśmy grzeczni. Jak marzenia, tak i życzenia mają się *spełniać*. Czasem – *wypełnić*. Kiedy zaś

*staje się czyjemuś życzeniu zadość*, może w tym pobrzmiwać lekka ironia: sam tego chciał.

Nasze życzenia, dziś wiążące się ze sferą woli i emocji, mają początek w relacjach nieco bardziej konkretnych, wręcz ekonomicznych. Zachodniosłowiańskie *žitciti* wzięło się z odcięcia przedrostka *po* od czasownika *požitciti*, z którego łatwo nam wyprowadzić nazwę czynności pożyczania, czyli użyczenia komuś czegoś – czasowo. Zresztą to właśnie znaczenie miał w staropolszczyźnie i czasownik *życzyć*. Jak się uprzejmy, dostrzeżemy, że jeśli komuś coś pożyczylimy, to życzymy mu naturalnie różnych dobrych rzeczy, choćby po to, by mógł nam to pożyczone oddać. Tyle tylko że *pożyczać* możemy w obie strony, i komuś, i od kogoś, a *życzyć* tylko w jedną.

Człowiek skłonny do życzenia innym dobrze nazywany bywa *życzliwym*. To słuszne określenie, choć zostało już zironizowane jako konwencjonalny zastępnik podpisu anonima. Przez co niestety i sama *życzliwość* stała się jako słowo nieco wątpliwą deklaracją szczerości.

I dodawanie do życzeń zapewnień o szczerości, mające eliminować jakiegokolwiek podejrzenia na temat naszego dobrego stosunku do tych, którym *szczerze życzymy wszystkiego najlepszego*, może niestety w bardziej wnikliwych umysłach zasiać zwątpienie. Bo po co o szczerości zapewniamy? Czyżbyśmy zakładali dopuszczenie myśli o braku naszej życzliwości? ●

# „Empatia a umieranie i śmierć”

O POSTĘPOWANIU TERAPEUTYCZNYM Z PACJENTEM W SCHYŁKOWYM MOMENCIE JEGO ŻYCIA I OPIECE NAD NIM, O POTRZEBIE EMPATII I EMOCJACH, KTÓRE TOWARZYSZĄ CHOREMU, JEGO RODZINIE I LEKARZOWI, ORAZ DOBRYCH PRAKTYKACH W RELACJI LEKARZ – PACJENT – RODZINA ROZMAWIALI UCZESTNICY II KONFERENCJI POŚWIĘCONEJ UMIERANIU I ŚMIERCI. SPOTKANIE ZORGANIZOWAŁA 29 PAŹDZIERNIKA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE WE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUTEM DOBREJ ŚMIERCI.

tekst **ADRIAN BOGUSKI**

**G**ospodarzami konferencji szkoleniowej byli dr Agata Malenda, specjalistka chorób wewnętrznych i hematologii, z pasji lekarka hospicjum domowego, członkini Instytutu Dobrej Śmierci, oraz dr Tomasz Imiela, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Pierwszą prelekcję, o opiece w końcu życia, dbaniu o jakość życia psychicznego, potrzebie rozmowy i aktywności oraz o tym, jak powinny przebiegać takie rozmowy, w jaki sposób przekazywać pacjentowi niepomyślnie informacje i jak radzić sobie z różnymi reakcjami, wygłosiła również Agata Malenda. Filip Tarachowicz, prezes Fundacji Panda Team im. Michała Tarachowicza, którą założył po odejściu syna na nowotwór mózgu, odwołując się do doświadczenia swojej rodziny, omówił kwestie dotyczące komunikacji lekarza z bliskimi umierającego pacjenta. Na temat strat w okresie okołoporodowym mówiła Katarzyna Skorupska, psycholożka, psychoterapeutka, wykładowczyni.

Drugi panel rozpoczęła prelekcja Michała Błocha, lekarza hospicjum dla dzieci i zakładów opiekuńczo-leczniczych dla dzieci, który przybliżył uczestnikom konferencji perspektywę lekarza pracującego na co dzień w hospicjum dziecięcym. O potrzebie empatii w codziennej pracy lekarza hospicjum dziecięcego oraz jego kontakcie z rodzicami mówiła zaś Eugenia Szuszkiewicz. Na temat relacji lekarza z pacjentami hospicjów dla dzieci oraz alternatywnych sposobów wyrażania emocji przez najmłodszych wypowiedziała się Aleksandra Kurowska-Susdorf, edukatorka i badaczka w zakresie tanatologii.

Trzecią turę wykładów otworzyła Anja Franczak, założycielka Instytutu Dobrej Śmierci. Mówiła o istocie przeżywania czasu między śmiercią a pogrzebem bliskiej osoby w kontekście przebiegu żałoby. Lekarka anestezjolożka Anna

Łotowska-Ćwiklewska zaprezentowała metody zwalczania bólu w medycynie paliatywnej. Prof. Zbigniew Żylicz, specjalista chorób wewnętrznych, onkologii oraz medycyny paliatywnej, w swoim wykładzie wyjaśnił pojęcia i sposoby postępowania w kwestii żywienia pacjenta paliatywnego.

Ostatni panel rozpoczął się prelekcją Magdaleny Flagi-Łuczkiwicz, psychiatry, psychoterapeutki, prowadzącej grupy Balina, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów OIL w Warszawie, która przedstawiła sposoby radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta. Tomasz Imiela przybliżył słuchaczom definicję testamentu życia, podał przykłady zastosowania tej instytucji na Zachodzie oraz w Polsce. Ostatnią prelekcję wygłosiła Agnieszka Wernik, radca w Departamencie Prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, która omówiła przykłady zastosowania praw pacjenta w schyłkowym okresie jego życia oraz zaprezentowała prace powołanego przez rzecznika praw pacjenta zespołu ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia.

*– Mój znajomy, który chorował na nowotwór w końcowym stadium, wiedząc, że jestem lekarzem, chciał potwierdzenia ode mnie, że przeżyje. Wiedziała, że to nie będzie możliwe, ale w sytuacjach, kiedy dochodziło do rozmowy o tym, milczałam, nie potrafiłam sformułować swoich wypowiedzi w obliczu jego doświadczenia. Jestem tu m.in. po to, by wiedzieć, jak rozmawiać z chorym, kiedy wyniki badań i wiedza medyczna wskazują, że umiera – podzieliła się swoim spostrzeżeniem jedna z uczestniczek spotkania.*

Konferencja została objęta patronatem przez fundacje: Rak'n'roll, Gajusz, „Nagle sami”, oraz przez Hospicjum Onkologiczne, Stowarzyszenie Unicorn i kwartalnik „Więź”. ●





# „Inflacja prawa” – jak ją zatrzymać?

PREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PIOTR PAWLISZAK PODPISAŁ UMOWĘ DOTYCZĄCĄ WSPÓŁPRACY Z CENTRUM OCENY SKUTKÓW REGULACJI UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO. O TYM, DLACZEGO JEST TO KROK W DOBRĄ STRONĘ, I O JAKOŚCI PRAWA STANOWIONEGO W POLSCE MÓWI DR HAB. **KRZYSZTOF KOŹMIŃSKI**, KIEROWNIK ZAKŁADU EKONOMICZNEJ ANALIZY PRAWA ORAZ CENTRUM OCENY SKUTKÓW REGULACJI NA WYDZIALE PRAWA I ADMINISTRACJI UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

rozmawia **OLGA RASIŃSKA**

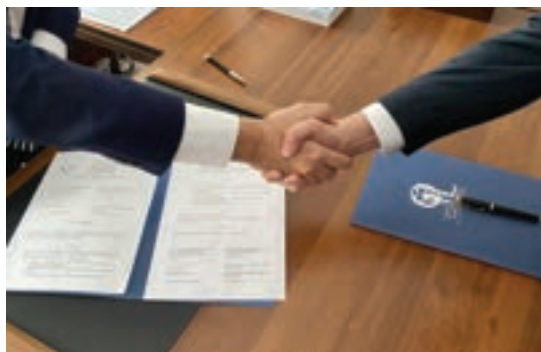
## Jak ocenia pan jakość stanowienia prawa w Polsce?

Odpowiedź na tak zadane pytanie jest dość oczywista, jednoznaczna i niekontrowersyjna – obowiązujące w Polsce prawo jest niestety marnej jakości. Często mamy do czynienia z regulacjami, które działają wstecz. Jeśli prawodawca określa konsekwencje prawne zdarzeń z przeszłości, trudno wymagać, by adresaci norm przewidzieli, które ich działania okażą się niezgodne z przepisami. Poza tym ustawodawca wprowadza nowe obowiązki „z dnia na dzień”. Przepisy są nieprecyzyjne, niejednokrotnie napisane niechlujnym językiem, a przy tym rozwlekłe, „przegadane”, wywołujące kontrowersje interpretacyjne nawet w opinii specjalizujących się w danym zakresie prawników praktyków.

## Czy tylko interpretacja przepisów stanowi wyzwanie?

Inną bolączką jest nieadekwatność niektórych regulacji do faktycznych problemów. Przepisy nakładają przesadne, nieproporcjonalne obowiązki administracyjne. Generują koszty nieuzasadnione w kontek-

ście mniejszych albo w ogóle wątpliwych zysków. To jedna z głównych słabości polskiego systemu stanowienia prawa, nie rozpoznajemy bowiem dostatecznie dobrze stanu w normowanej dziedzinie. Nie przeprowadzamy rzetelnie oceny społecznych i ekonomicznych skutków regulacji. Decyzji prawodawcy rzadko towarzyszy refleksja o „opłacalności” nowego prawa, tzw. *costs-benefits analysis*. Niestety, chodzi nie tylko o tzw. legislację covidową, czyli obserwacje



z okresu ostatnich dwóch lat, choć oczywiście w czasie pandemii szczególnie często przyjmowano buble prawne, przepisy nieprzemysłane, czasem absurdalne, a nawet prawodawstwo wątpliwe konstytucyjnie. Problem jednak towarzyszy nam już od dawna.

## Czy występuje jedynie w Polsce?

Choć to marne pocieszenie, trzeba przyznać, że wspomniane zjawiska obciążają nie tylko aktualnie rządzących, nie są też cechą wyłącznie polskiego porządku prawnego. Inne kraje, nawet państwa Europy Zachodniej oraz anglosaskie, również doświadczają tzw. kryzysu prawa. Mówi się czasem, że to „inflacja prawa”, ponieważ regulacji jest coraz więcej, ale ich jakość (wartość) jest coraz niższa. Nie należy też idealizować prawa Unii Europejskiej, które cierpi na podobne choroby.

## Czy ktoś szczególnie odczuwa „inflację prawa”?

Wszyscy ponosimy konsekwencje marnej jakości prawa. Przedsiębiorcy, cudzoziemcy przebywający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, czyli również lekarze i lekarze dentyści. Te zawody są przecież ściśle regulowane przez prawo, które w dodatku często i niekoniecznie mądrze się zmienia.

## Jaką rolę będzie odgrywać Centrum Oceny Skutków Regulacji?



Fotografie: O. Rasłńska

To nowa, powołana parę miesięcy temu, jednostka akademicka skupiająca kilkudziesięciu ekspertów – nie tylko prawników, również socjologów, ekonomistów, psychologów, a nawet matematyków i informatyków. Dopiero uwzględnienie różnych punktów widzenia, doświadczeń specjalistów z odmiennych dziedzin pozwoli kompleksowo dostrzec problem, zidentyfikować dysfunkcje obecnego systemu i zaproponować korzystne zmiany przynajmniej części przepisów. Centrum buduje też sieć kontaktów z instytucjami publicznymi, organizacjami pozarządowymi oraz samorządami zawodowymi. Bardzo cieszę się z możliwości współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, bo uważam, że wiele dobrego możemy wspólnie zrobić. Docelowo chodzi o wypracowanie

nowych płaszczyzn współpracy w trójce: rządzący – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – eksperci Uniwersytetu Warszawskiego.

#### **Co zrobić, aby powstrzymać „inflację prawa”, o której pan mówił?**

W Polsce brakuje przykładowo oceny skutków regulacji *ex post*, czyli weryfikacji prowadzonej po kilku latach obowiązywania przepisów. Powinniśmy zadać pytanie: czy przyniosły one zamierzony, pozytywny stan? Zamiast tego przyjmuje się bezpodstawnie, że skoro ustawodawca podjął decyzję, nowe przepisy ogłoszono w Dzienniku Ustaw i weszły w życie, sprawa jest zamknięta, a władza odniosła sukces, poradziła sobie z problemem. Tymczasem ocena

*ex post* mogłaby doprowadzić do zupełnie innych wniosków, np. takich, że problem nie tylko nie został zlikwidowany, a nawet pogłębił się, przy okazji generując zupełnie nowe trudności, wywołując nieznane wcześniej koszty. Innym rozwiązaniem jest prowadzenie uczciwych i rzetelnych konsultacji, zwłaszcza z adresatami regulacji. Myślę, że dobrym przykładem jest dialog ze środowiskiem lekarskim. Skuteczna współpraca dostarczyłaby prawodawcy bezcenną wiedzę. Nie mówiąc już o tym, że przyjmowanie rozwiązań na siłę, wbrew danemu środowisku, prowadzi raczej do zaostrzenia konfliktu i paraliżu reformy, a nie do jej sukcesu. To właśnie ograniczenie i przeciwdziałanie „inflacji prawa” jest głównym celem Centrum Oceny Skutków Regulacji. ●



# Świąteczny nastrój... Start!

**L**ekarskie Mikołajki w tym roku cieszyły się rekordowym zainteresowaniem. Po raz pierwszy zorganizowane zostały w czterech terminach i aż w trzech miejscach! Mogło wziąć w nich udział ponad 800 dzieci. Bawiły się w Warszawie, Opinogórze i Radomiu. Wszędzie przygotowano dla nich moc atrakcji i panował świąteczny nastrój.





W Warszawie i Radomiu wspólnie poszukiwaliśmy Świętego Mikołaja. Obecne na imprezie elfy poprowadziły warsztaty żonglerskie i cyrkowe, balonowe show oraz pokaz iluzji. Dzieci mogły również zrobić sobie pamiątkowe zdjęcie z Mikołajem. Dla najmłodszych były świąteczne przebrania i drobne upominki.

– Nie możemy się ograniczać do roli sprawnie funkcjonującego urzędu. Zależy nam na integracji społeczności lekarskiej. Dlatego organizujemy spotkania wspierające pasję, ale także życie rodzinne lekarzy. O tym, jak bardzo są to inicjatywy potrzebne w naszym zawodzie, świadczy właśnie rekordowa frekwencja na Lekarskich Mikołajkach, które w tym roku po raz pierwszy zorganizowaliśmy również poza Warszawą – mówi Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie.

Współorganizatorem Lekarskich Mikołajek był CERMED. ●





Fot. archiwum

**15** października w Domu Literatury odbyło się spotkanie z laureatami XIII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa” dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Nagrodzone wiersze i fragmenty prozy prezentowali Iwona Rulewicz Wojciech Magnuski. Przybyli na spotkanie mieli okazję wziąć udział również w drugiej poetyckiej uczcie – spektaklu poetycko-muzycznym „Molekuły wrażliwości 5”. Usłyszeliśmy utwory laureatów, ale także wiersze lekarzy członków UPPL oraz członków OIL w Warszawie. Muzyczną oprawą wzbogacili spotkanie Joanna i Romeo Vorbrodt.

Swoją obecnością uroczystość uświetnił Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie, ze swoimi dziećmi, które okazały się nieocenionymi pomocnikami w rozdawaniu nagród.

#### LISTA NAGRODZONYCH

W kategorii poezja:

- I nagroda – **Agnieszka Rautman-Szczepańska** ze Sztokholmu
- II nagroda – **Renata Paliga** ze Szczecina
- III nagroda – **Zbigniew Kostrzewa** z Łowicza
- Wyróżnienia – **Bolesław Sawicki** z Łodzi
- **Zbigniew A. Łobodziński** z Mińska Mazowieckiego

W kategorii proza:

- I nagroda – **Agnieszka Kania** z Opola
- II nagroda – **Witold Kopeć** z Wąsosz
- III nagroda – **Renata Paliga** ze Szczecina
- Wyróżnienia – **Anna Pituch-Noworolska** z Krakowa
- **Marek Pawlikowski** z Łodzi

Wyróżnienia drukiem  
w kwartalniku społeczno-kulturalnym „Własnym Głosem”

- **Natalia Szejko** z Sochaczewa
- **Katarzyna Wierzbicka** z Otwocka.

Konkurs był objęty patronatem OIL w Warszawie. ●

#### Agnieszka Rautman-Szczepańska

##### Ubranie

*przed wyjściem z domu sprawdzam kieszenie:  
komórka klucze  
niskie poczucie własnej wartości  
można iść*

*ale kiedy stan zwidów się nie zgadza  
gorączkowo szukam  
brakujących nitek zbyt krótkiego płaszczyka  
nie wyjdę przecież nago*

*szczelnie okrywam się myślami o sobie  
mimo że ich nie lubię  
i nawet nie są moje  
ale darowanemu koniowi –  
no wiesz*

*nitki uwierają jak gorset  
prawda boli mówili  
i zaciskali sznurówki  
no a oni przecież  
wiedzą co mówią*

*czasem chciałoby się przeciąć sznurki  
włożyć zwiewną koszulę  
siebie wreszcie zobaczyć w lustrze*

*ale nie*

*bo co ludzie powiedzą*

# Wycieczka seniorów do Otwocka Wielkiego

W październiku 2022 r. Komisja Lekarzy Seniorów zorganizowała wyjazd do pałacu w Otwocku Wielkim. Położonego blisko Warszawy, a jednak mało znanego. Zbudowano go w końcu XVII w. w prezencie ślubnym dla Kazimierza Ludwika Bielińskiego i Ludwiki Marianny Morsztynówny, córki znanego poety. Gościli w nim liczni królowie i możni współczesnego im świata. Syn właścicieli pałacu Franciszek został marszałkiem wielkim koronnym i wielce zasłużył się Warszawie. Na jego cześć nazwano stołeczną ulicę Marszałkowską.

Po II wojnie światowej w otwockim pałacu mieścił się dom poprawczy dla dziewcząt, a w 1974 r. gmach przejął Urząd Rady Ministrów. W stanie wojennym był miejscem internowania działaczy „Solidarności”. Od 2004 r. w pałacu jest Oddział Muzeum Narodowego – Muzeum Wnętrz. ●



# Zmagania lekarzy na korcie

Od 11 do 13 listopada trwał, zorganizowany pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, na kortach WTS DeSki i Klubu Sportowego „Warszawianka”, Ogólnopolski Halowy Turniej Lekarzy w Tenisie. Wzięło w nim udział ponad 100 lekarzy ze wszystkich stron Polski.

OIL w Warszawie reprezentowali m.in.: Bożenna Kędzierska (2. miejsce w singlu kobiet, kat. 60+), Beata Załoga (2. miejsce w deblu kobiet, kat. Open), Joanna Todorow (3. miejsce w singlu, kat. 55+), Agata Cieślikowska (3. miejsce w singlu, kat. 35+), Beata Karolczyk (3. miejsce w singlu, kat. 35+), Eugeniusz Rudnicki (2. miejsce w singlu mężczyzn, kat. 75+), Marek Filipek (2. miejsce w singlu, kat. 70+; 3. miejsce w deblu mężczyzn, kat. 65+), Andrzej Bachurski (3. miejsce w deblu, kat. 65+), Andrzej Bernatowicz (3. miejsce w singlu, kat. 50+), Dominik Smoleń (3. miejsce w singlu, kat. 50+), Daniel Dudek (3. miejsce w singlu, kat. 35+), Artur Barlik (3. miejsce w singlu, kat. 35+), Michał Jędrzejewski (3. miejsce w singlu, kat. Open; 3. miejsce w deblu, kat. Open), Michał Lipa (3. miejsce w singlu, kat. Open; 2. miejsce w deblu, kat. Open). ●



# Dzień Seniora

W Klubie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 14 listopada odbyło się spotkanie z okazji Dnia Seniora. Zaproszeni jak zwykle nie zawiedli i licznie wzięli udział w imprezie.

Z okazji obchodzonego kilka dni wcześniej Narodowego Święta Niepodległości z inicjatywy prof. Jerzego Jurkiewicza, prezesa TLW, odśpiewano pieśni legionowe.

Spotkanie uświetnili koledzy: Marek Obersztyn – satyrycznymi rymowanymi tekstami o tematyce lekarskiej, oraz Stefan Welbel – muzycznie. Obu panów nagrodzono gromkimi brawami. ●



Fotografie: archiwum



# O Tworzących nieznanym cz. I

HISTORIA SZPITALA TWORKOWSKIEGO, OBECNIE MAZOWIECKIEGO SPECJALISTYCZNEGO CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA, WIDZIANA Z PERSPEKTYWY KOŃCA XIX W. ORAZ DWÓCH WOJEN.

Fot. K. Bieżuńska

tekst **ADRIAN BOGUSKI**



Fot. K. Bortyżel

**O**d XII w. istniały przy parafiach schroniska, przeznaczone dla podróżnych i ludzi słabych, wymagających pomocy, do których zaliczano również osoby z zaburzeniami w sferze psychiki. W XVI w. powstały co najmniej dwa szpitale dla chorych psychicznie. Jeden mieścił się w Krakowie, tuż obok szpitala dla zadziurnych i chorych na syfisy, w pobliżu cmentarza dla świętych wyrokiem sądowym, i miał pełnić funkcje lecznicze. Drugi znajdował się w Gdańsku i był odbudowanym szpitalem miejskim. Zgodnie z opisem lekarzy Tadeusza Bilikiewicza i Jana Gallusa posiadał osiem komór dla umysłowo chorych, które oczyszczano cztery razy w roku. Co gorsza, tylko wtedy kąpano i strzyżono chorych. W 1609 r. powstał pierwszy w Polsce klasztor bonifratrów, którego patron św. Jan Boży ponoć sam cierpiał na

chorobę psychiczną. Zakon stworzył przytułki dla obłąkanych w Wilnie (1635) oraz Warszawie i Lublinie (1650).

Kolejna instytucja zajmująca się chorymi psychicznie powstała w 1688 r., również w Krakowie. Przy ul. Szpitalnej otwarto obiekt w całości przeznaczony dla obłąkanych. Miejsco- wi nazwali go „Szaloną Kamienicą”. Prowadził działalność do 1821 r., czyli do okresu, w którym możemy mówić o powstaniu szpitali psychiatrycznych z prawdziwego zdarzenia.

Dopiero druga połowa XVIII w. przyniosła rozwiązania prawne dotyczące chorych psychicznie. Ówczesna Komisja Policji miała obowiązek dbać o zachowanie praw obłąkanych, miała również być informowana o każdym przypadku obłąkania. Powoływani przez KP tzw. inkwizytorzy wypytywali bliskich chorego o jakość jego życia, sen, o zachowanie i indywidualne zwyczaje. Potem swoje raporty przekazywali lekarzom, którzy decydowali o dalszym postępowaniu wobec chorego. Jeśli miał trafić do szpitala, kierowali go tam inkwizytorzy.

## WARSZAWSKA LECZNICA DLA OBŁĄKANYCH

O budowie dużego szpitala psychiatrycznego warszawskie środowisko lekarskie mówiło od lat 30. XIX w. Głównym rzecznikiem sprawy był psychiatra Adolf Mikołaj Rothe. Działal na rzecz utworzenia komitetów organizacyjnych, które zbierały pieniądze na budowę szpitala. Inicjatywę zrodzoną





w środowisku lekarskim zniweczył jednak wybuch powstania styczniowego. Po upadku powstania sprawy szpitalnictwa przeszły pod ścisły zarząd carskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Carat powołał jednak Komitet Budowy Szpitala. Środki na wzniesienie placówki pochodziły od rządu oraz ze zbiórek polskiego społeczeństwa.

Tworki były dopiero siódmym miejscem na liście branych pod uwagę lokalizacji ośrodka.

Powstała w trzy lata Warszawska Lecznica dla Obląkanych w Tworkach była pierwszym szpitalem oświetlonym elektrycznością. Dziennikarz „Tygodnika Ilustrowanego” odwiedził ośrodek jeszcze przed otwarciem.

*„(...) Zakład w Tworkach, imponujący swoim ogromem, posiada dwa oddziały: męski i żeński, oraz kolonię dla nieuleczalnych. Wzniesiony na suchym gruncie, przy lasku, z dala od fabryk, zapewni chorym świeże powietrze, wewnętrzne zaś kosztowne urządzenia mają na celu dostarczenie im wszelkich wygód i uprzyjemnienie pobytu. Na całość szpitala składa się 12 domów murowanych mieszkalnych, kaplica, dwa gmachy mieszczące oddziały machin, stację elektryczną, kuchnie, pralnie, suszarnie, mieszkania dla służby oraz w dziedzińcu zabudowania gospodarskie. (...) Każdy pawilon tworzy całość, posiadającą łazienki, pokoje porad lekarskich, jadalnie, bawialnie itd. (...) Ogółem w Tworkach ulokować będzie można 316 chorych i 104 bardzo nieuleczalnych, w równej liczbie kobiet i mężczyzn” – napisał 24 października 1891 r. autor o inicjałach C.B.*

Front szpitala zajmował budynek administracyjny, w którym znajdowały się również mieszkania dla lekarzy. Na prawo od niego umieszczono tzw. setki, czyli pawilony przeznaczone dla pacjentów bezpłatnych, „czterdziestki” dla pacjentów finansujących w połowie swój pobyt oraz „dziesiątki” – o najwyższym standardzie, dla chorych opłacających w pełni swoje leczenie. Kolonia dla osób, które wówczas uznawano za przypadki nieuleczalne, znajdowała się z drugiej strony lasku otaczającego gmach szpitala. Redaktor „Tygodnika Ilustrowanego” pisał, że oddalona była o pięć minut drogi od zakładu. Składała się z budynku administracyjnego oraz czterech pawilonów, w których można było pomieścić po 26 chorych.

Dzięki rozwojowi psychiatrii chorzy mogli liczyć na fachowe leczenie i traktowanie, które nie pozbawiało ich człowieczeństwa. Niebawem po odwiedzinach przedstawiciela prasy do Tworek przeniesiono pacjentów ze szpitali św. Jana Bożego i Dzieciątka Jezus z Warszawy.

## DO WIELKIEJ WOJNY

Dyrektorem szpitala został Władimir Nikołajewicz Chardin, rosyjski psychiatra ze Szpitala Dzieciątka Jezus. Mimo oporu władz rosyjskich, do Tworek zabrał ze sobą wszystkie pracujące z nim siostry szarytki. W krótkim czasie przerebił na sale korytarze i służbówki. Tym sposobem zorganizował miejsca odseparowania dla agresywnych pacjentów. W sumie szpital wzbogacił się o 300 łóżek. Placówka stała ▶▶

- ▶ się nie tylko miejscem prowadzenia terapii. Chardin przyczynił się do powstania na jej terenie małej fermy, ogrodu warzywnego, sadu, szklarni oraz stawów rybnych – miejsc, w których zdolni do pracy pacjenci mogli wypełnić swój dzień pożytecznymi zajęciami.

Trzynastoletnie zarządzanie szpitalem przez rosyjskiego psychiatrę zakończyło się po donosie dr. Rafała Radziwiłłowicza, który zawiadomił władze w Petersburgu o odkrytych przez siebie malwersacjach finansowych administracji. W 1904 r. wakat po Chardinie objął Iwan Michajłowicz Szabasznikow, znany z procesu Józefa Piłsudskiego. Jako biegły psychiatra skierował późniejszego marszałka (któremu sposoby symulowania zaburzeń psychicznych przekazywał ponoć wspomniany Radziwiłłowicz) na obserwację szpitalną, czym uchronił go od dłuższego pobytu w ciężkim więzieniu.

W historii Szpitala Tworowskiego Szabasznikow zapisał się przede wszystkim wybudowaniem na terenie parku cerkwi prawosławnej oraz zatrudnieniem pierwszej kobiety psychiatry – dr Wandy Wleklińskiej. W 1915, rok po zabójstwie księcia Franciszka Ferdynanda w Sarajewie, skończył się okres rosyjski szpitala.

Gdy front zbliżył się do Pruszkowa, kierownictwo placówki na najwyższych dachach budynków, zgodnie z międzynarodowymi konwencjami, wywiesiło białe flagi. Mimo to 13 października na szpital spadły pociski z niemieckich baterii ustawionych w okolicach Helenowa. Dobę później, w nocy, personel ustawił chorych i związał sznurami z prześcieradeł. Ruszyli piechotą do Warszawy. Rankiem dotarli do pustego więzienia mokotowskiego, gdzie znaleźli schronienie.

Po trzech tygodniach armia niemiecka cofnęła się w okolice Skierniewic, a pacjenci wrócili do Tworek. Nie pozostali jednak w szpitalu długo. 648 chorych przetransportowano do szpitali w Moskwie, Tomsku, Winnicy, Połtawie, Orłowsku i Kazaniu. 137 osób z personelu wywieziono w głąb Rosji, 46 wstąpiło do armii, a 128 pozostało w Tworkach. Po wojnie lekarze oraz reszta personelu wrócili do Polski. Spośród wywiezionych chorych nie powrócił nikt.

## LATA 20., LATA 30...

W wolnej Polsce szpital przeszedł pod zarząd Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Pierwszym polskim dyrektorem placówki został w maju 1919 r. Witold Aleksander Łuniewski. Prowadził kronikę szpitala, z której na początku lat 20. wyłania się obraz zdewastowanych Tworek, braku leków, pieniędzy, sprzętu, a nawet pościeli.

Sytuacja poprawiła się w 1922 r., kiedy placówka otrzymała państwowe dotacje. Nadal była jednak ośrodkiem wymagającym dopłat od niektórych pacjentów. Za najuboższych płaciły ich gminy.

W latach 20. wspólne badania doktorów Zbigniewa Mesinga i Józefa Handelsmana wniosły niemały wkład w pogłębienie wiedzy o organicznych zmianach tkanek nerwowych. Szpital został wyposażony w urządzenia do promieniolecznictwa oraz pierwsze aparaty rentgenowskie. Tworki mogły pochwalić się prowadzeniem szkoleń personelu pomocniczego. Wiele osób zatrudnionych do prostych prac zdobywało przez kilkanaście miesięcy pod okiem dyrektora coraz wyższe kwalifikacje i wykonywało zadania naczelnych pielęgniarek i pielęgniarzy. Z kronik dr. Łuniewskiego możemy jednak wyczytać, że w tamtym okresie na 260 pacjentów w dawnej „setce” przypadało dwóch lekarzy, w „czterdziestce” zaś tyle samo specjalistów przypadało na 140 pacjentów.

Personel szpitala żył jednak nie tylko obowiązkami. W latach 30. dyrekcja organizowała zabawy i wieczory poetycko-dramatyczne, otwarto Dom Rozrywki, dzięki któremu imprezy odbywały się w dużych salach. Tam również zorganizowano kino.

## „NIEZNISZCZONY”

W chwili wybuchu II wojny światowej na terenie szpitala przebywało 1185 chorych. Większość mężczyzn pracujących w pawilonach męskich poszła na front. Pierwsze pociski spadły na placówkę już 1 września. Siedem dni później w pawilonie pierwszym powstał lazaret wojskowy, do którego po bitwie w lasach helenowskich trafiło 30 żołnierzy z Armii „Łódź”. W październiku szpital przeszedł w ręce niemieckie.



Fot. NAC

Rafał Radziwiłłowicz

Józef Handelsman

Fot. archiwum szpitala



Fot. NAC



Fot. K. Biezońska



Dyrekcja i personel szpitala w 20-leciu międzywojennym

W 1941 r. śmiertelność pacjentów wynikająca z niedostatku żywności wyniosła 30 proc. Głodzenie chorych było metodą wyniszczenia „nieużytecznych”, konsekwentnie realizowaną przez dyrektora szpitala Eugena Honettego (z zawodu księgarza). Pacjenci za każde niezgodne z oczekiwaniami nowej dyrekcji zachowanie karani byli zmniejszeniem racji żywnościowej lub niedogrzewaniem sal szpitalnych zimą.

*„Wtedy to zetknąłem się po raz pierwszy i ostatni z różnego rodzaju zaburzeniami wywoływanymi głodem, polegającymi nie tylko na wyniszczeniu organizmu oraz tzw. obrzękach głodowych, ale z wieloma przypadkami powikłań (...) ze śmiercią głodową, samozjadaniem własnych części ciała i niemal ludożerstwem włącznie”* – wspominał dr Jan Gallus.

Na mapie polskich szpitali psychiatrycznych, w których Niemcy realizowali program T4 – „likwidacji życia niewartego życia” – Tworki stanowiły miejsce szczególne. W tym szpitalu bowiem nie dochodziło do bezpośrednich akcji eksterminacji chorych. Gallus w swoich notatkach dotyczących tamtego okresu napisał: *„Staraliśmy się przetrzymywać chorych jak najkrócej i leczyć ich jak najintensywniej, tym bardziej że raz po raz spotykaliśmy się z przypadkami niespodziewanego zabierania niektórych naszych chorych w nieznanym dla nas celu i kierunku. W ten sposób pewnego dnia zabrano ze szpitala wszystkich przebywających w nim pacjentów i pacjentki żydowskiego pochodzenia – około 350 osób – i wywieziono niby do Zakładu Psychiatrycznego Zofiówka w Otwocku, dokąd nigdy nie dotarli. Jak należy się domyślać, gdzieś po drodze zostali wymordowani”*.

Tadeusz Nasierowski, autor opracowania „Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce”, pisał, że szpital w Tworkach służył Niemcom jako przykrywką dla innych zbrodni. Przykładowo, gdy rodzina zamordowanego chorego poszukiwała go, okupacyjne władze twierdziły, że pacjenta przewieziono do Tworek, gdzie zmarł.

W sierpniu 1944 r. chorych razem z personelem ewakuowano do obozu przejściowego w Pruszkowie. Przez tworkowski szpital w czasie wojny przeszło 5171 chorych. W czasie Powstania Warszawskiego przyjął około 2,6 tys. chorych ze Szpitala Dzieciątka Jezus, żoliborskiego szpitala powstańczego oraz zbiegłych z transportów. Pracownicy Tworek: Janusz Kosowski, Gustaw Liedtke i Franciszek Kłyk oraz Feliks Kaczanowski, wzięli udział w Powstaniu Warszawskim. Kaczanowski podczas akcji pomocy żoliborzanom doprowadził rannych razem z Zofią Kozicką ps. „Marta” do Tworek. Honette opuścił Tworki 16 stycznia 1945 r. Następnego dnia Państwowy Szpital dla Psychiczenie Chorych w Tworkach – jedyny w Polsce niezniszczony przez Niemców ośrodek zajmujący się chorymi psychicznie – został wyzwolony. ●

#### Źródła:

- M. Marcinów, *Chłopoturna i smutnodurna, czyli nieznaną historią polskiej psychiatrii*, Wielkie pytanie.pl.
- P. Artomiuk, *Lot nad kukulczym gniazdem – historia szpitala tworkowskiego*, „WPR” nr 21–27, 2007.
- J. Gallus, *Państwowy Szpital dla Psychiczenie Chorych w Tworkach 1939–45*, „Przegląd Pruszkowski”, zeszyt 1/1983.
- A. Grzywa, *Jak powstało napiętnowanie i błędne rozumienie chorób psychicznych?*, „Via Medica” tom 15, nr 4, 211–219/2018.

# Najlepsza lotniskowa służba medyczna w naszej części świata

**O specyficie pracy medyków na Lotnisku Chopina opowiada Bartłomiej Ruszkowski, szef Lotniskowej Służby Medycznej.**



**Lotnisko Chopina w Warszawie odwiedza kilkadziesiąt tysięcy osób dziennie. Jest ono prawie tak duże jak średniej wielkości miasto. Jak liczny musi być personel medyczny, by zapewnić odpowiednią obsługę obiektu?**

Służba Medyczna Lotniska Chopina musi zapewnić opiekę medyczną na terenie lotniska przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Nasz zespół tworzą najlepsi specjaliści w swoim fachu: lekarze, ratownicy medyczni i personel pielęgniarski.

Udzielamy pomocy medycznej w specjalnie przygotowanych kompleksach ambulatoryjnych, wyjazdowo w miejscu zdarzenia (np. na pokładzie statku powietrznego lub w terminalu), a nawet w izolatce dla osób z podejrzeniem choroby zakaźnej.

**Praca w takim miejscu jak lotnisko, gdzie trzeba reagować na bardzo różne zdarzenia, musi wymagać wszechstronności.**

Zdecydowanie. Nasz zespół nie jest bardzo liczny, ale pracują w nim osoby radzące sobie z rozwiązaniem wielu różnych problemów. Dzięki temu udało nam się stworzyć grupę, która potrafi działać w każdych warunkach

z najwyższą jakością. Dowodem tego są podziękowania pacjentów, ale również podziękowania i wyrazy uznania płynące z ambasad lub od rządów innych państw. Należy podkreślić, że dzięki naszemu zaangażowaniu linie lotnicze bardzo często wybierają nasze lotnisko jako lotnisko awaryjne.

Lotnisko Chopina jest wskazywane w naszej części Europy jako obiekt z wzorcową służbą medyczną. Zdarza się, że kiedy na pokładzie lecącego już samolotu pasażer wymaga pomocy medycznej, piloci zwracają nawet znad Kazachstanu, by przylecieć właśnie do nas. Wiedzą bowiem, że tu pasażer otrzyma najlepszą opiekę.

Trzeba podkreślić, że to zaufanie budowane było latami przez cały personel lotniska, począwszy od pracowników operacyjnych, skończywszy na kierownictwie portu.

**O medycznym personelu lotniskowym głośniej się zrobiło po wybuchu pandemii COVID-19.**

W ostatnich latach o personelu medycznym na lotnisku najgłośniej robiło się po zdarzeniach lotniczych, takich jak lądowanie kapitana Wrony w listopadzie 2011 czy awaryjne lądowanie samolotu Bombardier Dash Q400 w styczniu 2018 r. Mimo że w tych przypadkach nie było ofiar, nasz personel roztoczył nad pasażerami tych lotów opiekę, przeprowadził badanie wszystkich osób i udzielił pomocy medycznej potrzebującym.

Wracając do COVID-19: zabezpieczeniem przed chorobami zakaźnymi nasza służba zajmowała się w zasadzie zawsze. Na bieżąco monitorujemy sytuację epidemiczną na świecie (posiadamy specjalistyczne narzędzia informatyczne), współpracujemy ściśle z Graniczną Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie oraz Krajowym Punktem Centralnym ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Kiedy otrzymujemy informację, że w jakimś miejscu świata dzieje się coś niepokojącego – pojawia się zagrożenie zdrowotne, wykonujemy analizę ryzyka dla tego przypadku i oceniamy, czy możliwe jest zawleczenie tego przypadku na teren RP. Informacje przekazujemy dalej, zgodnie z kompetencjami, do kierownictwa lotniska. Jednocześnie wydajemy rekomendację odnośnie do postępowania, jakie powinno się wdrożyć w tych przypadkach na Lotnisku Chopina w Warszawie oraz innych lotniskach należących do Przedsiębiorstwa Państwowego Porty Lotnicze. Tak było zarówno w przypadku COVID-19, jak i wcześniej, chociażby w związku z epidemią wirusa ebola w Afryce (2014) czy epidemii dżumy na Madagaskarze (2017).

## Już od wiosny 2023!

- Kopenhaga CPH
- Paryż CDG
- Rzym FCO
- Palma Majorka PMI
- Tirana TIA
- Heraklion HER
- Kos KGS
- Marsa Alam RMF
- Antalya AYT
- Burgas BOJ
- Warna VAR
- Monastyr MIR
- Dżerba DJE

**OBWIESZCZENIE NR 15/2022/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE Z 18 PAŹDZIERNIKA 2022 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu członka  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
IX kadencji 2022–2026 oraz wiceprezesa  
ORL w Warszawie reprezentującego  
Delegaturę Radomską OIL w Warszawie**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz uchwały nr 24/2022/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 18 października 2022 r. w sprawie stwierdzenia wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 oraz wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie 8 października 2022 r. mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 oraz wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – lek. Piotra Pawliszaka.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 16/2022/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE Z 18 PAŹDZIERNIKA 2022 R.**

**w sprawie uzyskania mandatu członka  
ORL w Warszawie IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz uchwały nr 25/2022/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 18 października 2022 r. w sprawie stwierdzenia uzyskania

mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się uzyskanie przez lek. Włodzimierza Cerańskiego mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 od 8 października 2022 r.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 17/2022/IX  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE Z 9 LISTOPADA 2022 R.**

**w sprawie ogłoszenia wyników wyborów uzupełniających na stanowiska funkcyjne wiceprezesów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz na stanowisko zastępcy sekretarza ORL w Warszawie IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych 9 listopada 2022 r. wyborów uzupełniających, na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, ogłasza się, że:

- 1) na stanowisko funkcyjne wiceprezesa ORL w Warszawie wybrano **Olęę Rostkowską – lekarza**,
- 2) na stanowisko funkcyjne wiceprezesa ORL w Warszawie, reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wybrano **Karola Stępniewskiego – lekarza**,
- 3) na stanowisko zastępcy sekretarza ORL w Warszawie wybrano **Joannę Pokładnik – lekarza**.

§2

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

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



Święta Bożego Narodzenia  
mobilizują nas do otwarcia serc na Bliźniego.

Życzę nam wszystkim, abyśmy nasze serca  
nieustannie napełniali w Źródle Miłości, Pokoju i Światła,  
które zwiastują nam w Noc Betlejemską aniołowie, śpiewając:  
„Chwała na wysokości Bogu, a pokój ludziom dobrej woli”.

Jak każdego roku, w imieniu ks. kardynała Kazimierza Nycza  
i własnym zapraszam na spotkanie opłatkowe  
środowisk medycznych 20 stycznia 2023 r. o godz. 18.00,  
w Domu Arcybiskupów Warszawskich, przy ul. Miodowej 17.

Ks. Władysław Duda,  
duszpasterz środowisk medycznych  
Archidiecezji Warszawskiej

## ZAPROSZENIE

Koło Medycyny Komunikacyjnej TLW z Sekcją MK PTL zaprasza na naukowe zebranie wigilijne,  
14 grudnia 2022 r. o godz. 16.00, w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54, w Warszawie.

Wykład „RSV (Respiratory Syncytial Virus) u dorosłych. Czy grozi nam nowa pandemia?”  
wygłosi prof. n. med. Alicja Wiercińska-Drapało,  
kierownik Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM.

Przewodnicząca koła Krystyna Podgórska-Baraniecka



- ◇ GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ
- ◇ JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY

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

- ◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

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

**SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

## RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY



**FUNDACJA PRO SENIORE**

## Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych

Koleżanki i Koledzy,  
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.  
(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa  
**31 grudnia 2022 r.**



**FUNDACJA PRO SENIORE**

## Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wyrobów medycznych z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się o dofinansowanie oferowane przez naszą izbę  
(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa  
**31 grudnia 2022 r.**



**FUNDACJA PRO SENIORE**

## Obiady w Klubie Lekarza

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

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



**FUNDACJA PRO SENIORE**

## Chór Medicantus

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów do wspólnego śpiewania.

Próby odbywają się w poniedziałki od godz. 19.00 w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, w Sali im. prof. W. Szańajcha.

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





Szanownej Pani dr n. med. **Alicji Karney**, Drogiej Koleżance,  
wyrazy głębokiego współczucia i żalu z powodu śmierci

### **Mamy**

składają koleżanki i koledzy z Oddziału Terenowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy  
w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

*„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”*  
ks. Jan Twardowski

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

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

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

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

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

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, [puls@oilwaw.org.pl](mailto:puls@oilwaw.org.pl)

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

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

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

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

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Mikołaj Matecki, Filip Niemczyk,  
Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

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

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

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

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.  
Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.



## Specjalny program ubezpieczeń OC i majątkowych dla podmiotów leczniczych

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

#### ubezpieczenie OC obowiązkowe

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

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

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

#### ubezpieczenie OC dobrowolne z klauzulą medycyny estetycznej

- ✓ wysokie Sumy Gwarancyjne i szeroki zakres ubezpieczenia.

#### ubezpieczenia majątkowe dla gabinetów oraz przychodni

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



Składki niższe nawet do -70%.



Wiarygodny i renomowany ubezpieczyciel – PZU SA.



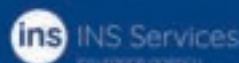
Kompleksowa obsługa – wszystkie ubezpieczenia w jednym miejscu.



Dedykowana infolinia i wsparcie w procesie likwidacji szkód.

W celu poznania oferty skontaktuj się z nami

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



+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370  
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

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

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)



**PREZES ORL W WARSZAWIE** Piotr Pawliszak  
**WICEPREZES ORL** Olga Rostkowska  
**WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW** Dariusz Paluszek  
**WICEPREZES ORL** Tomasz Imiela  
**WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ** Karol Stępniewski  
**SEKRETARIAT** tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-55  
**SEKRETARZ ORL** Marta Moczydłowska – tel. 22-542-83-31  
**ZASTĘPCZYNI SEKRETARZ ORL** Joanna Pokładnik  
**PEŁNOMOCENIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH** Piotr Winciunas – tel. 22-54-28-345  
**SKARBNIK** Jan Krzysztof Kowalczyk – tel. 22-542-83-85  
**OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ** Krzysztof Jankowski  
tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27  
**PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO** Roman Jasiński  
tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21  
**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ** Elżbieta Latoszek-Banasiak  
tel. 22-542-83-28  
**KSIĘGOWOŚĆ** tel. 22-542-83-35 | 22-542-83-79 | 22-542-83-54  
**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  
**KOMISJA DS. REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU**  
tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14  
**KOMISJA DS. PRAKTYK LEKARSKICH** tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19  
**OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA** tel. 22-541-83-31  
**KOMISJA DS. KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA**  
tel. 22-542-83-30  
**KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO** tel. 22-542-83-32  
**KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE** tel. 22-542-83-12  
**KOMISJA DS. LEKARZY DENTYSTÓW** tel. 22-542-83-55  
**KOMISJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ** tel. 22-542-83-90  
**KOMISJA LEKARZY SENIORÓW** tel. 22-542-83-30  
**KOMISJA MŁODYCH LEKARZY** tel. 22-542-83-90  
**KOMISJA DS. KULTURY** tel. 22-542-83-33  
**KOMISJA DS. SPORTU** tel. 22-542-83-33  
**RZECZNIK PRAW LEKARZA** tel. 22-542-83-28  
**PEŁNOMOCENIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW** tel. 660-672-133  
**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  
**RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY** tel. 22-542-83-33  
**MEDIATOR** tel. 22-542-83-29  
**ZESPÓŁ DS. MATEK LEKAREK** tel. 22-542-83-90  
**ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ** tel. 22-542-83-33  
**ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA** tel. 22-542-83-90  
**ZESPÓŁ DS. LEKARSKIEGO UNIwersYTETU TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”**  
tel. 22-542-83-55  
**DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ** tel. 22-542-83-83  
**RZECZNIK PRASOWY** Olga Rasińska – tel. 784-986-716 | media@oilwaw.org.pl  
**MARKETING I REKLAMA** tel. 22-542-83-53 | 668-37-31-00 | marketing@oilwaw.org.pl  
**DELEGATURA RADOMSKA** (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30  
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30 | środa w godz. 8.00–16.00  
**FUNDACJA PRO SENIORE** tel. 22-542-83-30





**EMKA**

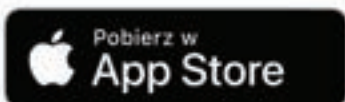
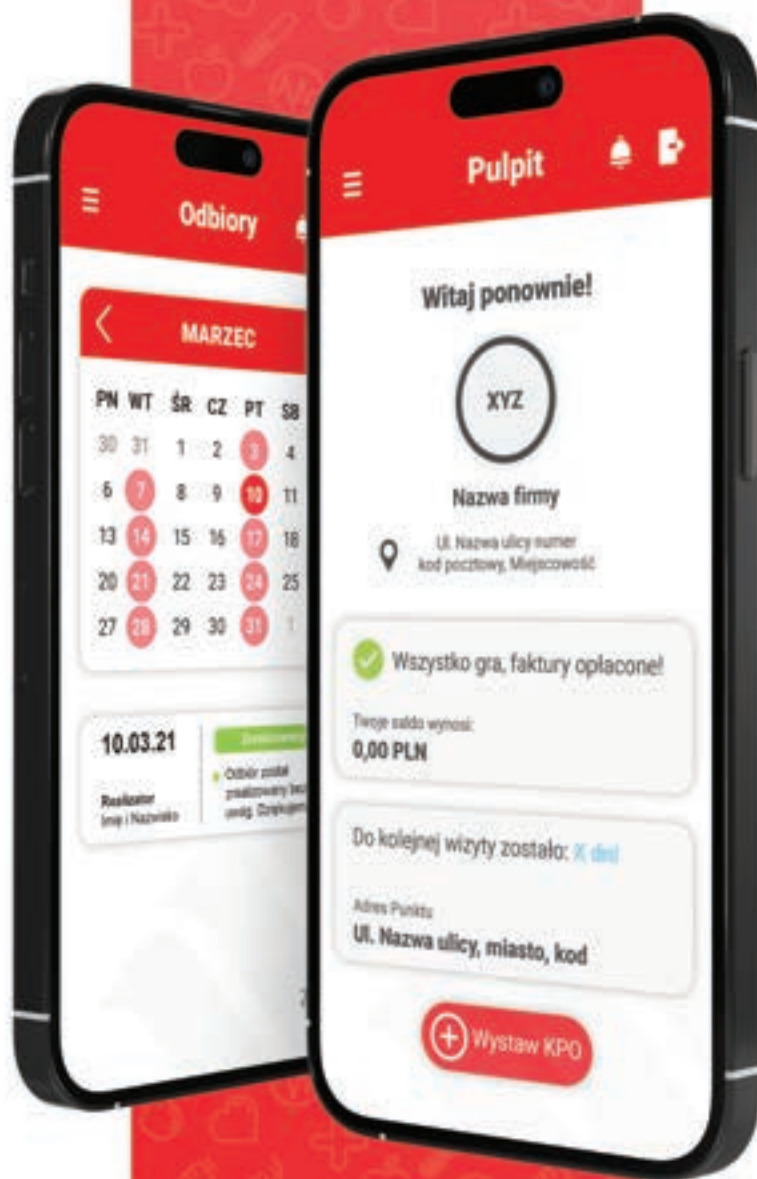
# EMKA Mobile

Pierwsza taka aplikacja na rynku!

Zarządzanie odpadami medycznymi  
nigdy nie było tak proste!

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych klientów, stworzyliśmy aplikację EMKA Mobile. Nasz najnowszy produkt usprawnia codzienną pracę i minimalizuje prace administracyjne, dzięki czemu klienci mają czas na prowadzenie własnego biznesu.

*We innovate because we care*



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