

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

CZERWIEC 2023 (nr 338)



TEMAT NUMERU:

POLITYKA

- » Minister lekarzem?
- » Zdrowie i wybory
- » Orbán kontra lekarze

» Powrót ustawy o jakości

» W obcęgach stresu

» Szpital zawierzony św. Antoniemu

TEMAT NUMERU:

POLITYKA

4 W kontrze: Czy minister zdrowia...

- Michał Niepytalski
- Hanna Odziemska
- Krzysztof Łanda

8 Memy, zdrowie i polityka

Maria Libura

10 Cóż tam, panie, w polityce? Czyli ochrona zdrowia...

Kamila Hoszcz-Komar

14 Państwo na kursie kolizyjnym z lekarzami

Dominik Héjj



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

2 Uczelnie niemedyczne i prawo Kopernika

Michał Niepytalski

3 Niekończąca się opowieść (o jakości)

Piotr Pawliszak

SŁOWA NA ZDROWIE

17 Polityka

Jerzy Bralczyk

SYSTEM

18 Ustawa o jakości...

Małgorzata Solecka

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 Wkrótce MSS

Michał Niepytalski, Olga Rasińska

24 Zdalne partactwo

Dariusz Paluszek

EDUKACJA ZDROWOTNA

27 Wyprzedzić Jeźdźców

Olga Rostkowska

KOMUNIKACJA

28 W obcęgach stresu

Paweł Walewski

30 Anatomia kryzysu w social mediach

Olga Rasińska

IZBA DLA LEKARZY

32 Vademecum przedsiębiorcy...

Kamila Hoszcz-Komar

34 Tik-tak, tik-tak...

Kamila Hoszcz-Komar

37 #ODWOLUJE#NIEBLOKUJE...

Michał Niepytalski

40 Liga Mistrzów OIL

PRAWO

43 Lekarz kontra Znany Lekarz

Monika Potocka

46 Aktualności prawnomedyczne

Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

48 Szpital zawierzony św. Antoniemu

Kamila Hoszcz-Komar

Moja składka – co warto wiedzieć?

Jaka jest obecnie wysokość składki?

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

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

Jak mogę złożyć wniosek do Komisji?

Wniosek można wysłać pod adresem: **skladki@oilwaw.org.pl**
Składka może być obniżona o połowę lub wnioskujący może być zwolniony z jej opłacania.



Masz pytania?

Skontaktuj się z nami!
Na Wasze pytania dotyczące składek czekamy pod adresem e-mail: **skladki@oilwaw.org.pl**

Kto może ubiegać się o zwolnienie z obowiązku opłacania składki?




Może to zrobić **każdy lekarz w trudnej sytuacji życiowej**. Wnioskiem zajmie się Komisja ds. Zwolnień Lekarzy z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej.

Na co przeznaczana jest składka?

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

- ubezpieczenia OC,
- opieki prawnej,
- pomocy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów,
- Funduszu Samopomocy (becikowego, pożyczek socjalnych i szkoleniowych, zapomóg losowych, odpraw pośmiertnych),
- szkoleń,
- stypendiów/dofinansowań,
- dofinansowania szczepień ochronnych,
- zajęć organizowanych przez Komisję ds. Sportu,
- zajęć Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.

WIĘCEJ INFORMACJI ZNAJDZIESZ NA:
[HTTPS://IZBA-LEKARSKA.PL/](https://izba-lekarska.pl/)

OBSERWUJ NAS:   

Uczelnie niemedyczne i prawo Kopernika

NIEMAL KAŻDY ZNA POWIĘDZENIE, ŻE PIENIĄDZ DOBRY JEST WYPIERANY PRZEZ PIENIĄDZ GORSZY. PIERWOTNIE ODNOSIŁO SIĘ DO PROCEDERU PSUCIA MONET, CZYLI WYTWARZANIA ICH Z MNIEJSZEJ ILOŚCI CENNEGO KRUSZCU, NIŻ WYMAGA ZAPISANA NA NICH NOMINALNA WARTOŚĆ. OBAWIAM SIĘ, ŻE ZJAWISKO, KTÓRE OPISAŁ MIKOŁAJ KOPERNIK W DZIELE „*MONETAE CUDENDAE RATIO*”, WKRÓTCE BĘDZIE SIĘ ODNOSIĆ DO STUDIÓW LEKARSKICH W POLSCE.

MICHAŁ NIEPYTALSKI, p.o. redaktor naczelny



Fot. K. Bortyzeł

Dzięki obniżeniu standardów, jakie muszą spełniać uczelnie, by prowadzić kierunki lekarskie, takich ofert studiów pojawia się coraz więcej i coraz to nowe, z lekarskiego punktu widzenia egzotyczne, uczelnie otrzymują państwowe akredytacje. Niższe standardy wymagają rzecz jasna mniejszych nakładów finansowych na działalność dydaktyczną. W takim razie co z uniwersytetami medycznymi, które powstały i działają według znacznie bardziej restrykcyjnych, a więc wiążących się z wyższymi kosztami zasad? Zasad, których nie tylko ze względu na etos, ale też z całkiem praktycznych, logistycznych powodów, nie da się zmienić (nie mówiąc o tym, że się nie powinno) z dnia na dzień? Niewątpliwie sytuacja osłabia ich konkurencyjność. Są to uczelnie publiczne, więc teoretycznie ich władze nie powinny się przejmować działaniem niewidzialnej ręki rynku. Niestety, doskonale wiemy, że bez szerokiej oferty studiów komercyjnych nie miałyby szans na funkcjonowanie.

W nadchodzącym roku akademickim 2023/2024 pewnie nie będzie to jeszcze problemem. Chętnych na studia lekarskie jest mnóstwo. Kandydatów wystarczy i dla uniwersytetów medycznych, i dla prywatnych szkół wyższych. Ale koniunktura może się zmienić, a otwarcie nowego kierunku studiów nie jest projektem na rok czy dwa. Inicjatorzy ich powstania będą więc zabiegać o utrzymanie się

na powierzchni. Zaoferują konkurencyjne ceny albo obniżą wymagania wobec studentów. Wprawdzie po studiach trzeba jeszcze zdać LEK/LDEK, ale w obecnej formie egzaminu te nie są wiarygodną miarą wiedzy, lecz konieczną formalnością. Uniwersytety medyczne znajdują się więc na słabej pozycji. Dlatego albo zaakceptują niższe standardy, albo będą musiały liczyć na zwiększenie finansowania z budżetu państwa...

Tym oczywiście ministrowie się nie przejmują. Za sześć lat już prawdopodobnie rządzić nie będą. A nawet jeśli, to przecież nie oni będą rozliczani z błędów medycznych, tylko ci, którzy wydają prawo wykonywania zawodu. Czyli i tak ostatecznie problem spadnie na samorząd lekarski. Zatem pewnie nie trzeba się martwić, że zostanie zlikwidowany. Władza zawsze będzie potrzebowała kozła ofiarnego.

Podsumowując: ministrowie obniżający standardy „psują monetę”, co jest bardzo niebezpieczne. W XVIII w. nagminność tego procederu w Rzeczypospolitej Obojga Narodów była jednym z symboli upadku gospodarczego państwa, który przerodził się w upadek polityczny. Te monety nazywano tymfami lub tyrfami. Stąd ironiczne powiedzenie „*dobry żart tyrfą wart*”. Może właśnie dlatego, kiedy słyszę, jakie uczelnie starają się o możliwość utworzenia kierunku lekarskiego, muszę sprawdzać, czy nie padłem ofiarą jakiegoś kiepskiego żartownisia. ●



Fot. M. Najczik

Niekończąca się opowieść (o jakości)

MINISTERSTWO ZDROWIA ZAPOWIEDZIAŁO POWRÓT USTAWY O „JAKOŚCI” W POSTACI DWÓCH PROJEKTÓW POSELSKICH, Z KTÓRYCH JEDNAK USUNIĘTO ZAPISY DOTYCZĄCE FUNDUSZU KOMPENSACYJNEGO ORAZ *NO-FAULT*. PROJEKT, KTÓRY WYWOŁAŁ WIELE KONTROWERSJI, POWRÓCI WIĘC W TRYBIE NIEWYMAGAJĄCYM KONSULTACJI PUBLICZNYCH.

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

Mam jednak nadzieję, że udział przedstawicieli ministerstwa i rzecznika praw pacjenta w pracach Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, powołanego przez Porozumienie Organizacji Lekarskich, jest pozytywnym prognostykiem ze względu na ogromne doświadczenie ekspertów biorących udział w pierwszym spotkaniu tego gremium, które odbyło się w Warszawie 10 maja.

Jakość, według definicji zawartej w standardach akredytacji dla szpitali organizacji Joint Commission International z 2020 r., to: „*Stopień, w którym świadczenia opieki zdrowotnej w wymiarze indywidualnym i populacyjnym zwiększają prawdopodobieństwo pożądanых wyników leczenia i pozostają zgodne z aktualną wiedzą medyczną*”. Definicja wyodrębnia trzy istotne kwestie: spojrzenie zarówno przez pryzmat indywidualny, jak i społeczny, efekty leczenia oraz rozwój wiedzy. W dyskusji warto sięgnąć do siedmiu elementów składających się na jakość w opiece zdrowotnej, które w opracowaniu z 2018 r. pt. „*Delivering quality health services*” wymieniły WHO, OECD i Bank Światowy. Są nimi: skuteczność (tj. osiąganie zamierzonych celów diagnostycznych i terapeutycznych), bezpieczeństwo (minimalizacja ryzyka procedur i występowania szkód), indywidualizacja podejścia (zarówno do pacjentów, jak i do personelu medycznego), dostępność na czas (właściwe zasoby i organizacja), równość (sprawiedliwy dostęp), kompleksowość opieki (koordynacja świadczeń i opieka multidyscyplinarna) oraz efektywność (maksymalizacja korzyści i zapobieganie marnotrawieniu zasobów).

Przy okazji kampanii #odwołuje#nieblokuje, której partnerem merytorycznym jest m.in. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, chciałbym podkreślić wagę ostatniego aspektu. Zachęcam Państwa do uświadamiania pacjentom, jakie są konsekwencje nieodwoływania wizyt, oraz do poszukiwania narzędzi minimalizujących to zjawisko, do których należą

np. boty, aplikacje, powiadomienia *push*, SMS, telefony i usługi przedpłacone.

Dlaczego to istotne? Ponieważ skala zjawiska jest zatrważająca, a skutki odczuwalne na wielu poziomach. Według danych za 2019 r., które podało MZ, nie odwołano 17 mln wizyt w POZ i AOS (w tym roku zrealizowano około 317 mln konsultacji). Tylko w Warszawie w 2022 r. nie odwołano blisko 300 tys. wizyt. Dane te są z pewnością niedoszacowane, bo dotyczą tylko sektora publicznego. Efektem jest wydłużenie czasu oczekiwania na konsultację dla pozostałych pacjentów, co ma szczególne znaczenie w przypadku trudno dostępnych specjalizacji. Nie można pominąć zmian demograficznych, czyli starzenia się społeczeństwa, oraz informacji pochodzących z raportu Fundacji WHC dotyczących średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w 2022 r. (wydłużył się o około 50 proc. w porównaniu z notowanym w 2012).

No-show ma również skutki finansowe. Bezpośrednie dla placówek, ale też pośrednie, wywołane powikłaniami zdrowotnymi z powodu niepodjęcia na czas terapii. W USA łączny roczny koszt nieodwoływania wizyt szacowany jest na 150 mld dol. Do jego przyczyn należy fakt, że czasami pacjenci podczas oczekiwania na konsultację poczuwają się lepiej, co nie zawsze oznacza realną poprawę stanu zdrowia. Poza tym, wiążąc jakość z bezpieczeństwem pacjenta, trzeba sobie zdawać sprawę, że ogromne znaczenie mają nakłady na ochronę zdrowia oraz poziom edukacji. Na podstawie 30 lat obserwacji w 17 krajach Europy Mackenbach i wsp. udowodnili, że im większe nakłady na ochronę zdrowia, wyrażone jako odsetek PKB, oraz wyższy stopień edukacji danej populacji, tym niższy współczynnik umieralności. Dlatego dochodzenie do pożądanej jakości opieki zdrowotnej będzie długim procesem, który daleko wykracza poza mury placówek leczniczych. ●



Czy minister zdrowia powinien być lekarzem?

CZY MINISTER SPORTU POWINIEN BYĆ SPORTOWCEM? CZY MINISTER KULTURY POWINIEN BYĆ ARTYSTĄ? CZY MINISTER OBRONY NARODOWEJ POWINIEN BYĆ ŻOŁNIERZEM, A SPRAW WEWNĘTRZNYCH POLICJANTEM LUB STRAŻAKIEM? TYCH PYTAŃ NIKT NIE ZADAJE. A JEDNAK W PRZYPADKU NOMINACJI NA MINISTRA ZDROWIA ANALOGICZNE PYTANIE PADA REGULARNIE. I PO KOLEJNYCH WYBORACH PEWNIENIE POJAWI SIĘ ZNOWU. DLATEGO W RUBRYCE „W KONTRZE” INICJUJEMY JUŻ TERAZ DYSKUSJĘ, PYTAJĄC EKSPERTÓW: „CZY MINISTER ZDROWIA POWINIEN BYĆ LEKARZEM?”, ORAZ PREZENTUJEMY GARŚĆ FAKTÓW.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Obecnie piastujący stanowisko ministra zdrowia Adam Niedzielski jest ekonomistą, który przez dużą część życia zawodowego był urzędnikiem państwowym w instytucjach niezwiązanych bezpośrednio z ochroną zdrowia, takich jak Ministerstwo Finansów, Najwyższa Izba Kontroli, Ministerstwo Sprawiedliwości. W jego CV są także ZUS, a przede wszystkim NFZ, któremu prezesował przez dwa lata, nim objął ministerialny fotel w gmachu przy ul. Miodowej. U jego boku stoją sekretarze i podsekretarze stanu: chirurg Waldemar Kraska, menedżer Maciej Miłkowski, politolog i ekonomista Piotr Bromber oraz ekonomista Marcin Martyniak.

Nie jest to pierwszy przypadek w historii naszego kraju, kiedy Ministerstwem Ochrony Zdrowia (bez względu na to, jaką oficjalnie nazwę w danym czasie nosiło) nie kierował lekarz. W czasach tak zwanego pierwszego i drugiego rządu Marka Belki w 2004 r. krótko ministrami zdrowia byli prawnik Wojciech Rudnicki (związany wcześniej zarówno z resortem, jak i izbami lekarskimi) oraz ekonomista Marian Czekański (poprzednio pracujący w bankowości). Czekański, składając rezygnację z urzędu, stwierdził z podziwu godną szczerością: „*Nie jestem politykiem. Nie widziałem możliwości, abym mógł naprawić system opieki zdrowotnej*”.

Jako dygresję przytoczymy jeszcze ciekawe stwierdzenie jednego z kolejnych ministrów zdrowia: „*Powiem szczerze: patrząc na ten cały parlament, nie mam ochoty z nikim zawierać tam przyjaźni*”. Powiedział to być może najsłynniejszy, obok Ludwika Hirszfelda, lekarz w historii polskiej medycyny – Zbigniew Religa, który MZ rządził w latach 2005–2007.

Dłuższy nielekarski epizod w dziejach Ministerstwa Zdrowia miał miejsce w latach 1999–2000, kiedy w rządzie Jerzego Buzka kierowała nim Franciszka Cegielska, znana wcześniej przede wszystkim z działalności samorządowej (m.in. w latach 1990–1998 była prezydentem Gdyni). W tym czasie sprawy zdrowia połączone były z opieką społeczną. Franciszka Cegielska być może pracowałaby przy Miodowej dłużej, niestety przedwcześnie zmarła na raka trzustki.

W okresie PRL takich odstępstw nie było. Na czele MZ stali wyłącznie lekarze, niektórzy pełnili swoją funkcję bardzo długo. Niezaprzeczalnym rekordzistą był Jerzy Sztachelski, który na tym stanowisku pracował prawie 13 lat! Pierwszy raz tekę ministra objął w 1951 r., a ustąpił jesienią 1956, kiedy w kraju trwała popaździernikowa odwilż (pozostał w rządzie jako minister bez teki). Ponownie powołano go do resortu zdrowia w 1961 r. Ostatecznie odszedł w 1968, roku równie znamienym jak '56.

W dwudziestolecie międzywojennym Ministerstwo Zdrowia działało krótko, niecałe pięć lat, a kierowali nim na zamianę dwaj lekarze: Witold Chodźko i Tomasz Janiszewski. Przez pozostałych 20 lat sprawy zdrowia były prowadzone przez komórki innych ministerstw.

Jako ciekawostkę warto jednak przypomnieć, że niedoszłym lekarzem był najbardziej wpływowy polityk międzywojnia – Józef Piłsudski. Edukację medyczną pokrzyżowały mu jednak represje rosyjskiego zaborcy w związku z działalnością polityczną przyszłego naczelnika państwa. ●



Fot. archiwum

Nie zaszkodzi...

tekst **HANNA ODZIEMSKA**, lekarz, menedżerka, kierowniczką medyczną w Enel Medzie

NIWYDOLNOŚĆ POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA DOTYKA WSZYSTKICH: I PACJENTÓW, I PERSONEL MEDYCZNY, I ZARZĄDZAJĄCYCH. KOLEJNI MINISTROWIE MIERZĄ SIĘ Z KARKOŁOMNYM ZADANIEM ZAPEWNIENIA OPIEKI WSZYSTKIM POTRZEBUJĄCYM, NIE MAJĄC DO DYSPOZYCJI ODPOWIEDNIENI NAKŁADÓW FINANSOWYCH, ZASOBÓW KADRY MEDYCZNEJ I ROZWIĄZAŃ ORGANIZACYJNYCH.

Minister zdrowia powinien więc pewnie być jednocześnie medykiem, ekonomistą, menedżerem i wizjonerem, ewentualnie w czepku urodzonym jasnowidzem, cudotwórcą. Tak czy owak, nie należy oczekiwać wdzięczności nawet za największe zaangażowanie i poświęcenie w roli ministra zdrowia.

Jaki jest optymalny kandydat na ministra zdrowia? Przede wszystkim musi mieć motywację i świadomość, że okłasków nie będzie, raczej „*mission impossible*” i ogień nieustającej krytyki. Jakie powinien mieć więc kompetencje? Niezależnie od posiadanego wykształcenia i umiejętności, musi mieć przedmiotową wiedzę oraz zdolność rozumienia zarówno mechanizmów systemu, jak i realiów, w jakich funkcjonują medycy i pacjenci. Jednej osobie prawdopodobnie nie uda się stawić czoła takiemu zadaniu, dlatego minister zdrowia powinien być liderem otoczonym zespołem kompetentnych doradców, którzy pomogą mu poznać wszystkie aspekty systemu opieki zdrowotnej.

Jeśli ministrem zdrowia zostanie lekarz, będzie się doskonale poruszał w obszarach wymagających merytorycznej wiedzy, natomiast w kwestii finansów i rozwiązań organizacyjnych może potrzebować pomocy. Jeśli nie będzie to lekarz, tylko np. osoba z kompetencjami menedżera, zrozumienie problemów środowiska medyków może stać się dla niego barierą nie do pokonania ze względu na brak praktyki. Zapewne takiemu kandydatowi przydałby się kilkumiesięczny staż na różnych stanowiskach w różnych placówkach opieki zdrowotnej. Mógłby popracować kolejno: jako pracownik rejestracji na szpitalnym oddziale ratunkowym, w podstawowej opiece zdrowotnej i poradni specjalistycznej, w sekretariacie oddziału szpitalnego. Nie dałoby mu to kompetencji medycznych, ale wiedzę o życiu tych

placówek jak najbardziej. Gdyby taki kandydat na ministra zdrowia zderzył się z twardą rzeczywistością kolejek, absurdalnie długiego oczekiwania na wizytę u specjalisty, rehabilitację lub zabieg, gdyby musiał przy tym spojrzeć w oczy pacjentom, gdyby zobaczył ich desperacką walkę o gwarantowane przecież świadczenia zdrowotne, obejrzałby z bliska dysonans między barwnymi obietnicami polityków i szarą rzeczywistością... Gdyby następnie został asystentem pielęgniarki, lekarza, rehabilitanta, gdyby mógł doświadczyć, czym jest niepełna obsada, zmuszanie przez przełożonego do pracy ponad siły, deprywacja podstawowych potrzeb, narażenie na hejt i mobbing, nieodłączne od pracy medyka wysokie ryzyko niezawinionego błędu, nieprzewidywalność efektu mimo postępowania zgodnie ze standardami i procedurami, wreszcie niemożność prawidłowego zastosowania tych standardów i procedur ze względu na błędy organizacyjne, którymi najeżony jest system... Być może wtedy kandydat miałby przedsmak tego, z czym będzie się mierzył jako minister.

Nie ma idealnego kandydata na ministra zdrowia. W tej roli trzeba być jednocześnie „*inside*” i „*outside*” systemu, bo tylko tak można zrozumieć, dlaczego odrzucona ustawa o jakości była zła dla medyka i dla pacjenta, dlaczego trzeba zwiększać nakłady procentowe PKB na ochronę zdrowia i dlaczego eskalacja penalizacji błędów i zdarzeń medycznych zamiast systemu *no-fault* nie jest drogą do poprawy stanu zdrowia pacjentów.

Jakiś czas temu mój przyjaciel, medyk zajmujący się z pasją zdrowiem publicznym, zapytany żartobliwie: „*To kiedy zostaniesz ministrem zdrowia?*” – odpowiedział: „*Naprawdę tak źle mi życzysz?*”. Ja życzę polskim medykom i pacjentom samych dobrych ministrów zdrowia. ●

W KONTRZE



Fot. archiwum

Kapitan minister

tekst **KRZYSZTOF ŁANDA**, lekarz, były wiceminister zdrowia

NIE MA ZNACZENIA, CZY MINISTER ZDROWIA BĘDZIE LEKARZEM, EKONOMISTĄ, CZY PRAWNIKIEM. IDEALNY MINISTER ZDROWIA POWINIEN MIEĆ TRZY CECHY: ODPOWIEDNIĄ POSTAWĘ MORALNĄ, MOCNĄ POZYCJĘ POLITYCZNĄ I SZEROKIE KOMPETENCJE.

Wiele o postawie moralnej ministra zdrowia pisaliśmy już przed laty w Fundacji WHC w tzw. Dekalogu mądrego ministra zdrowia. Minister zdrowia musi mieć poparcie polityczne, bo inaczej nie będzie mógł przeprowadzać żadnych poważnych reform ani skutecznie sprawować władzy. Musi też mieć kompetencje, przede wszystkim w zakresie dobierania sobie doradców i ekspertów. Otaczanie się klakierami, którzy przytakuja niekompetentnemu narcyzowi, to tylko puste piastowanie urzędu i zabieranie bezcennego czasu chorym cierpiącym z powodu niedostatków organizacyjnych systemu. Sam minister zdrowia też musi mieć wiedzę i umiejętności. Im szersze i przydatniejsze, tym lepiej, ale musi też być pokorny, by słuchać i uczyć się od innych, od najlepszych ze świata. Jakiś wycinek działalności Ministerstwa Zdrowia minister powinien nadzorować osobiście.

Minister zdrowia ma bardzo trudne zadanie, śmiem twierdzić, że najtrudniejsze w całym rządzie, ponieważ opieka zdrowotna jest najbardziej skomplikowaną gałęzią gospodarki. W koszyku znajduje się ponad 100 tys. technologii medycznych, które układają się w niezliczone algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne, są stosowane u chorych w różnych stanach zdrowia i często z różnymi chorobami współistniejącymi. Medycyna zawsze będzie sztuką i nie da się jej zapisać w postaci książki kucharskiej. Używając metafory, minister zdrowia dowodzi wielkim

żaglowcem na pełnym morzu. Lekarz kardiolog, dermatolog czy chirurg świetnie znają się na medycynie w swojej wąskiej specjalności. Ekonomista zna się na finansach, a prawnik świetnie rozumie zasady dobrej legislacji, ale czy to wystarczy, żeby dowodzić okrętem? Na pełnomorskim żaglowcu też są fachowcy: jeden zna się na silniku i układach elektrycznych, drugi jest mistrzem szkutnictwa, trzeci zna się na ożaglowaniu, a inni na nawigacji. Ale żaden nie jest w stanie sam poprowadzić statku do portu przeznaczenia. Minister zdrowia musi być fachowcem od zarządzania wielkim i skomplikowanym systemem, jak kapitan żeglugi wielkiej. Inaczej rejs nie zakończy się szczęśliwie.

Minister zdrowia musi dążyć do uzyskania wglądu w realne problemy statku, którym dowodzi. Nie może zajmować się systemami, które są wydajne, gdy statek nabiera wody, bo poszybie jest nieszczelne. Musi mieć odwagę, by informować armatora, czyli rząd i społeczeństwo, jakie są najważniejsze problemy czy słabości statku, oraz jak i kiedy należy dokonać stosownych napraw. Jak mówią Anglicy: „*anyone can hold the helm, when the sea is calm*”. Gdy przyszedł sztorm pandemii, ministrowie zdrowia i rząd nie zdali egzaminu.

System opieki zdrowotnej w Polsce osiada jak kompost, jest stabilnie źle i chyba niestety wszyscy przyzwyczajają się do nieznośnych warunków podróży. ●

W
KONT
TRZ
E

Memy, zdrowie i polityka

MEMY SĄ DOSKONAŁYM BAROMETREM TRENDÓW I NASTROJÓW WE WSPÓŁCZESNYCH SPOŁECZEŃSTWACH. OCHRONA ZDROWIA NIE JEST TU WYJĄTKIEM. NIE POWINNO ZATEM DZIWIĆ, ŻE MAJĄ ONE RÓŻNY CHARAKTER, W ZALEŻNOŚCI OD SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

W krajach, w których ochrona zdrowia jest silnie skomercjalizowana, a dostęp do świadczeń regulowany wydolnością finansową pacjenta, przedmiotem żartów są rachunki za opiekę. – *Panie doktorze, bolą mnie plecy, kiedy wstaję rano* – skarży się memowy pacjent. – *To proszę wstawać wieczorem. Należy się 500 dolarów* – odpowiada memowy doktor, wręczając rachunek. W systemach powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego na tapetę brany jest przede wszystkim czas oczekiwania na świadczenie. – *Czy wiesz, że rok na tej planecie to osiem lat na Ziemi?* – pyta kosmonauta towarzyszkę. – *Świetnie, jak wrócimy to akurat będę mieć wizytę u endokrynologa na NFZ* – odpowiada eksploratorka kosmosu.

Memy jak sejsmograf oddają doświadczenia i obawy pacjentów, zarazem zaskakująco trafnie obrazują dylematy różnych systemów leżące u ich podłoża. Czy z niedostateczną podażą usług zdrowotnych poradzimy sobie, ustawiając pieniądze jako barierę wejścia pacjenta do systemu, eliminując mniej zamożnych z konkurencji o leczenie? Jak poradzić sobie z dużymi opłatami z kieszeni pacjenta za usługi komercyjne bez gwarancji wysokiej jakości świadczenia? Czy próbując budować system dostępny dla wszystkich, nie ugrzęźniemy w kolejkach?

Wartość memów polega też na tym, że w zwizualnej formie sygnalizują niedoceniany w eksperckich dyskusjach wymiar organizacji ochrony zdrowia, jakim są systemy wartości, dyktujące takie, a nie inne rozwiązania. Podziwiana przez resztę Europy Skandynawia zawdzięcza swoje efektywne rozwiązania nie tylko ogólnej zamożności i skierowaniu odpowiednio wysokich środków na opiekę medyczną, ale także egalitarnym przekonaniom o zdrowiu jako prawie człowieka. Stany Zjed-

noczone, mimo rekordowych wydatków na ochronę zdrowia (liczone jako odsetek PKB są najwyższe na świecie: 17,8 proc. w 2016 r.), osiągają bardzo mierne efekty zdrowotne. Nie bez przyczyny nazywane są ironicznie najbogatszym krajem rozwijającym się. Kształt ochrony zdrowia zależy bowiem od podzielanego przez dane społeczeństwo systemu wartości. Widać to już w rozkręcającej się kampanii wyborczej, choć może jeszcze nie tak wyraźnie jak we wspomnianych memach.

Zbliżające się wybory odnawiają polskie spory dotyczące systemu ochrony zdrowia, nie jest to jednak na razie temat przewodni, który pozwoli zdobyć przewagę w wyścigu o głosy. Obietnice rządzącej koalicji, dotyczące wprowadzenia darmowych leków dla osób od 65. roku życia oraz dzieci i młodzieży do 18. roku życia, nie wywołały takich emocji, jak zapowiedź waloryzacji świadczenia 500 plus do 800 plus. I tak jednak wykaz darmowych leków dla wrażliwych finansowo grup można uznać za pewien postęp w wyborczej debacie na temat systemu ochrony zdrowia. Jest to bowiem propozycja w miarę konkretna (choć diabeł tkwi w szczegółach, a dokładniej – w ostatecznej wartości listy) i rozliczalna przez wyborców. Trudno ją jednak nazwać reformą. Stanowi raczej sygnał dla grup społecznych, dla których wizyta w aptece z receptą to źródło stresów i nierozstrzygalnych racjonalnie dylematów (kupić jedzenie czy leki?), że ich kłopoty znajdują się w polu zainteresowania danej formacji politycznej. Odnosi się także do realnego problemu społecznego, gdyż Polska jest krajem, w którym (na tle państw UE) współpłacenie pacjentów za leki, w tym refundowane, jest bardzo wysokie.

Propozycje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, bonów czy zwrotu części prywatnych

wydatków pacjenta to mruganie okiem w stronę klasy średniej, która nie lubi solidarnych podatków, ale chętnie wykupi instrumenty dowodzące wyższego statusu społecznego. Nawet jeśli okażą się mało użyteczne, o czym mieszkańcy dużych miast korzystający z abonamentów komercyjnych już się przekonali. W ofercie dla tej grupy wracają „proste rozwiązania” w postaci wprowadzenia współpłacenia przez pacjentów za wizytę, które miałyby udzielić dostęp do opieki ambulatoryjnej, choć proponując je przeslizgują się nad oczywistym pytaniem, jak drobna opłata pomoże mieszkańcom wsi na rubieżach Rzeczypospolitej, którzy nie mają jak dojechać do lekarza w odległej o 30 km miejscowości. Ale znów, należy te propozycje czytać bardziej jako społeczną grę w gorące krzesło niż przejaw troski o zdrowie populacji.

Wszystkie chyba partie obiecują, że skrócą czas oczekiwania na wizyty u lekarzy specjalistów, niektóre podają nawet konkretne terminy. Niestety, nie precyzują jednak, jak zamierzają ten cel osiągnąć, ani jak przełoży się to na poprawę jakości leczenia. Podstawowym problemem polskiego pacjenta jest bowiem fragmentacja opieki, której najczęściej nikt oprócz chorego nie koordynuje, a wzrost liczby wizyt u różnych lekarzy sam z siebie niewiele mu pomoże. Koordynacja opieki – owszem – przewija się w debacie, ale jest zbyt trudna i abstrakcyjna, by zmontować z niej zgrabne telewizyjne setki. Dlatego składanie „wycinkowych obietnic” w zakresie zdrowia, szczególnie podczas kampanii wyborczych, jest w naszym kraju regułą raczej niż wyjątkiem.

Dzięki Konfederacji powróciły hasła o ochronie zdrowia jako wiadrze bez dna. Szkoda, że politycy tej formacji nie dodają, iż proponowane przez nich rozwiązania ograniczenia roli strony publicznej i promowania konkurencji między prywatnymi ubezpieczycielami to prosta droga do inflacji kosztów opieki medycznej. Z opublikowanego na łamach „JAMA” porównania wynika, że w 2016 r. Stany Zjednoczone wydały na ochronę zdrowia prawie dwa razy więcej niż średnio 10 innych najbogatszych państw świata.* Zarazem oczekiwana długość życia była w tym kraju krótsza, a śmiertelność niemowląt wyższa niż we wszystkich objętych analizą państwach. O ile nie stwierdzono szczególnych różnic w zakresie częstości korzystania ze świadczeń (poza niektórymi badaniami obrazowymi, wykonywanymi częściej w USA), o tyle w kosztach związanych z leczeniem dostrzeżono przepaść. W Stanach Zjednoczonych każdy element systemu jest po prostu droższy, od leków przez wynagrodzenia personelu po koszty administracyjne placówek i ubezpieczycieli. W rezultacie obywatele USA dostają mniej za więcej. I to znacznie więcej.

Fot. licencja OIL w Warszawie



Dlaczego taki stan rzeczy, odczuwany przez obywateli państwa, w którym wysokie koszty leczenia są wiodącą przyczyną bankructw osób fizycznych, tak słabo przekłada się na realną politykę? Kiedy przyjrzymy się amerykańskim debatom, z niepokojem dostrzeżemy narracje, które także w Polsce używane są do osłabiania zaufania do systemu publicznego. Choć zwolennicy wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w USA, walcząc o tzw. Obamacare, zwracali uwagę, że nie tylko poprawi ono spójność społeczną, zmniejszy nierówności wynikające z sytuacji materialnej, ale także poprawi konkurencyjność, uniemożliwiając ubezpieczycielom „spijanie śmietanki” przez odmowę ubezpieczenia osób o gorszym stanie zdrowia, przeciwnicy kontratakowali hasłami: „przecież to dodatkowy podatek” i „nie chcemy, by państwo wtrącało się w nasze sprawy, sprawdzając, czy jesteśmy ubezpieczeni”.

Na koniec warto wskazać wojny kulturowe jako idealny instrument blokujący reformy. Trzymając się przykładu USA: rozpalający opinię publiczną do czerwoności temat przerywania ciąży i ewentualnego statusu aborcji jako świadczenia przekierowały debatę o powszechnym ubez-

pieczeniu zdrowotnym na niesprzyjające kompromisom pole różnic religijnych i światopoglądowych. Nie odbierając wagi temu sporowi etycznemu i politycznemu, trzeba zauważyć, że jest on często instrumentalnie wykorzystywany, gdy zachodzi potrzeba odwrócenia społecznej uwagi od palących, ale trudnych kwestii. Takich jak podstawowy w USA problem olbrzymich nierówności w dostępie do praktycznie wszystkich świadczeń opieki medycznej. Dzielią bowiem Amerykanów na korzystających z błogosławieństw superdrogich innowacyjnych terapii i tych, którzy skracają sobie życie, oszczędzając na lekach na cu-

krzycę. W Polsce, trochę *à rebours*, obietnica poszerzenia legalnych przesłanek przerywania ciąży już jest używana przez partie opozycyjne jako substytut rozwiązania bardziej skomplikowanego wyzwania, jakim jest niska dostępność i jakość opieki w obszarze zdrowia kobiet. W przeciwieństwie do zmiany regulacji dotyczących aborcji, przywrócenie opieki ginekologicznej w pozbawionych jej gminach wiejskich jest nie tylko bardziej złożone, wymagające nakładów i planowania, ale też – o, zgrozo! – kompletnie niemedialne. ●

* I. Papanicolas, L.R. Woskie, A.K. Jha, *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*, „JAMA” 319(10)2018, s. 1024–1039; doi:10.1001/jama.2018.1150.

Cóż tam, panie, w polityce? Czyli ochrona zdrowia w kontekście zblizających się wyborów parlamentarnych



GDY CZEKAMY NA NAJDŁUŻSZY DZIEŃ ROKU, Z PEWNOŚCIĄ NIE W GŁOWIE NAM
JESIENNE SŁOTY I WICHRY POD ZNAKIEM WYBORÓW PARLAMENTARNYCH.
ABY ROZJAŚNIĆ POSZCZEGÓLNE WIZJE OCHRONY ZDROWIA, PRZYGOTOWALIŚMY
SESJĘ Q&A I ZAPROSILIŚMY NA NIĄ POLSKICH POLITYKÓW.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Redakcja „Pulsu” opracowała zestaw pytań podzielonych na kategorie i odnoszących się do najgorętszych problemów, z którymi boryka się ochrona zdrowia w naszym kraju. Listę pytań z prośbą o udzielenie odpowiedzi wystaliśmy do sześciu najbardziej liczących się ugrupowań polskiej sceny politycznej. Otrzymaliśmy odpowiedzi od dwóch: Polski 2050 i Polskiego Stronnictwa Ludowego. Do dziś nie zareagowały na naszą prośbę: Prawo i Sprawiedliwość, Koalicja Obywatelska, Konfederacja i Nowa Lewica. W tym numerze prezentujemy skrót odpowiedzi dwóch ugrupowań, które zdecydowały się zabrać głos w sprawach ochrony zdrowia. Jeśli dotrą do nas odpowiedzi pozostałych partii, będziemy je publikować sukcesywnie. Odpowiedzi prezentujemy w kolejności ich napływania do nas.



Polska 2050
Szymona Hołowni

FINANSOWANIE

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

Polska 2050: Środki finansowe obecnie przeznaczone na ochronę zdrowia zdecydowanie nie są wystarczające. Więcej, system ochrony zdrowia wymaga pilnego zwiększenia finansowania. (...) W pierwszej kolejności proponujemy likwidację tzw. paradoksu N-2, tzn. finansowania ochrony zdrowia obliczanego na podstawie PKB sprzed dwóch lat. (...) Przesunięcie środków w ramach systemu finansów publicznych, które dzisiaj proponujemy, to: (a) przekierowanie do systemu całości lub odpowiedniej części dochodów państwa z akcyzy za wyroby tytoniowe i alkohol, opłaty cukrowej, hazardowej oraz nowej opłaty od niezdrowej żywności; (b) powrót do finansowania niektórych wydatków zdrowotnych ze środków pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej, przy czym dotyczy to przede wszystkim świadczeń wyspospecjalistycznych, jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz strategicznych inwestycji w systemie i oddłużenia podmiotów leczniczych; (c) wykorzystanie środków europejskich jako dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – przede wszystkim udział w Europejskim Programie Walki z Rakiem oraz inwestycje i działania edukacyjne, co pozwoli na przeznaczenie większości środków ze źródeł krajowych bezpośrednio na leczenie obywateli; (d) wprowadzenie swoistych reguł wydatkowych (na poziomie deklaracji politycznej), np. przekazywanie całości lub określonej nadwyżki dochodów budżetowych w stosunku do zanotowanych

w roku poprzednim w formie dotacji do NFZ do czasu osiągnięcia odpowiedniego progu finansowania systemu ochrony zdrowia; (e) ograniczenie niektórych wydatków państwa i przekazanie uzyskanych środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli. (...)

PSL: Oczywiście, system jest niedofinansowany i wymaga nakładów finansowych. Już w 2021 r. postulowaliśmy przeznaczenie 6,8 proc. PKB na ten cel. Środki uzyskamy w głównej mierze, przesuując 2 proc. składki rentowej, co da około 15 mld zł. Kolejne 5–7 mld zł miałyby pochodzić z akcyzy na papierosy i alkohol. Każdy Polak mógłby otrzymać także od państwa zwrot do 1 tys. zł rocznie za wizyty w prywatnych gabinetach lekarskich. To nam da także możliwość podwyżek rządu 30 proc. dla wszystkich pracowników medycznych – salowych, sanitariuszy, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarek, położnych, lekarzy. To jest systemowe rozwiązanie, które pozwoli zmienić funkcjonowanie ochrony zdrowia.

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

Polska 2050: W pierwszej kolejności likwidacja paradoksu N-2, tzn. finansowania ochrony zdrowia obliczanego na podstawie PKB sprzed dwóch lat. W drugiej kolejności dojście do poziomu 7 proc. PKB w ciągu maksymalnie dwóch lat.

PSL: 6,8 proc. PKB, liczone za ostatni rok budżetowy, chcieliśmy wprowadzić już od 2022 r.

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

Polska 2050: Przede wszystkim składki zdrowotne powinny być sprawiedliwe. Postulujemy, aby stanowiły jednakowe obciążenie dla wszystkich obywateli, z wyjątkiem najuboższych, co jest zgodne z konstytucją. (...) W tej chwili swoimi składkami „dzielimy się” z obywatelami, którzy ich nie płacą. Ten ciężar powinien jednak ponosić budżet państwa. (...) składka zdrowotna każdego z płatników podatku również powinna zależeć od wielkości jego dochodu. Nie należy podnosić wymiaru składki zdrowotnej przed wprowadzeniem kompleksowej reformy systemu.

PSL: Stała składka zdrowotna, którą można odliczyć od podatku.

KSZTAŁCENIE

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

Polska 2050: Nie ma takiej potrzeby, jest to wręcz szkodliwe. (...) Dziś szósty rok studiów nie jest wykorzystywany. Rozwiązaniem byłaby reforma idąca w kierunku studiów prowadzonych według systemu bolońskiego. (...) Możliwe byłoby nadawanie częściowego Prawa Wykonywania Zawodu osobom z licencjatem z medycyny (np. po pięciu latach edukacji), a następnie kierowanie ich na 12–18-miesięczne studia magisterskie, których największą składową byłaby praktyka zawodowa. Taka praktyka mogłaby odbywać się w szpitalu nieklinicznym, z którym uczelnia miałaby podpisaną umowę na czas praktyki zawodowej. Przy czym nauka w tych szpitalach musiałaby się odbywać z udziałem mentorów, pod nadzorem uniwersytetu medycznego.

PSL: Dostrzegamy deficyt lekarzy, ale poziom medycznego szkolnictwa wyższego nie może oddziaływać na jakość wykonywania zawodów medycznych. Chodzi o ludzkie życie, zdrowie i bezpieczeństwo Polaków w ogóle. Potrzebujemy świetnie wykształconych lekarzy, którzy będą fundamentem systemu.

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

Polska 2050: Zdecydowanie tak, ale przede wszystkim należy natychmiast zatrzymać proces otwierania kierunków lekarskich na kolejnych uczelniach niemedycznych. Studia na kierunku lekarskim, które zostały uruchomione w ciągu ostatnich dwóch lat, powinny zostać poddane surowej ocenie właściwych gremiów. Powinien zostać wprowadzony obowiązek organizowania zajęć w oparciu o własną, a nie wynajmowaną bazę dydaktyczną. (...) Postulujemy, aby kształcenie lekarzy mogło się odbywać tylko na uniwersytetach prowadzących badania naukowe w dziedzinie medycyny. (...)

PSL: Zdecydowanie tak, a poza tym jesteśmy zwolennikami rewolucji w dziedzinie nauki i szkolnictwa wyższego, również

w obszarze medycyny. Pieniądze muszą stwarzać warunki do zaistnienia jakości, a następnie trafiać tam, gdzie ona się pojawia. Mamy pomysł na uzyskanie synergii w tym zakresie.

WSPÓŁPRACA Z MEDYKAMI

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

Polska 2050: Oczywiście. Ta współpraca jest niezwykle ważna, ale nie powinna się ograniczać do samorządu lekarskiego. Powinna dotyczyć również samorządów innych zawodów medycznych, ale też przedstawicieli korporacji zawodowych dotychczas nieuregulowanych.

PSL: Jesteśmy zwolennikami jak najszerzej decentralizacji, a samorządy zawodowe, w tym lekarski, są jej przejawami. Jak najwięcej kompetencji w ręce samorządu lekarskiego. W przypadkach, gdy decyzja należy do władz państwowych, powinny odbywać się konsultacje prowadzone tak długo, jak będzie to konieczne, z poszanowaniem i życzliwością do argumentów samorządu.

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

Polska 2050: W naszej ocenie powinna opierać się na stałych spotkaniach, nie rzadszych niż jedno na pół roku, a optymalnie – jedno na kwartał. Spotkania te powinny być poświęcone konsultowaniu aktów prawnych na etapie ich planowania, a następnie tworzenia, wszystko na zasadach partnerskiej współpracy. Każdy akt prawny (...) musi podlegać konsultacji ze środowiskiem pracowników ochrony zdrowia, również w przypadku tworzenia projektów ustaw dla nich bolesnych.

PSL: Powinna być oparta na dialogu, zrozumieniu i wzajemnym szacunku.

3. W jakim zakresie widzą państwo potrzebę współpracy?

Polska 2050: Przykładem oczekiwanej i mamy nadzieję przyszłej współpracy powinno być przygotowanie i później uchwalenie dobrej ustawy *no-fault* odnoszącej się do wszystkich zawodów medycznych, z wcześniejszym uruchomieniem systemów rejestrujących zdarzenia niepożądane oraz nowelizacją ustawy o izbach lekarskich. Można by tu wymieniać liczne punkty styku między NRL a klubem poselskim Polska 2050 Szymona Hołowni w Sejmie kolejnej kadencji, bo większa część uchwalonego w ciągu ostatnich ośmiu lat prawa wymaga co najmniej przeglądu.

PSL: Wsluchiwanie się w głos całego środowiska, zarówno lekarskiego, jak i pozostałych zawodów medycznych.

PUBLICZNA OCHRONA ZDROWIA

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

Polska 2050: Powinniśmy postawić na rozwój mieszanego, dwusektorowego systemu ochrony zdrowia, w którym sektor publiczny i prywatny będą ze sobą współpracowały i wzajemnie się uzupełniały, a nie konkurowały. (...) Przykładem spełnienia zasady kompleksowości usług świadczonych przez jednostki sektora prywatnego jest zgoda na wykonywanie wysoko wycenionych procedur w kardiologii interwencyjnej, pod warunkiem realizowania również pakietu świadczeń z zakresu kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej. Natomiast w przypadku świadczeń zabiegowych jednostka sektora prywatnego nie może pozyskać finansowania na całą ortopedię urazową, a potem wykonywać wyłącznie zabiegi artroskopii czy proste technicznie i w założeniu niepowikłane operacje kręgosłupa, a całą resztę świadczeń, włącznie z leczeniem powikłań oraz z dyżurami medycznymi, pozostawić sektorowi publicznemu.

PSL: Publiczna ochrona zdrowia powinna być tam, gdzie prywatna jest nieopłacalna (*vide* oddziały zakaźne), gdzie są najbardziej potrzebujący i wykluczeni oraz gdzie obowiązek państwa łączy się z szerszym interesem społecznym, np. w zakresie bezpieczeństwa publicznego. Korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej powinno być w dużej mierze finansowane przez państwo.

BIUROKRACJA

1. Jak zamierzają państwo ograniczyć mnogość zadań czysto biurokratycznych, jakimi obłożeni są lekarze?

Polska 2050: Należy zreorganizować system tak, aby pozwolił wykwalifikowanym medykom skupić się na procesach związanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem. W tym kontekście konieczne jest zatrudnienie w jednostkach POZ specjalistów zdrowia publicznego (jako koordynatorów medycznych) oraz promowanie nowych zawodów medycznych, takich jak asystent lekarza/asystent medyczny, sekretarka medyczna czy rejestratorka medyczna. (...) Asystent medyczny powinien, tak jak dotychczas, posiadać prawo wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, oczywiście na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza lub w jego imieniu, wystawiania e-recept, e-skierowań, e-zleceń, koordynacji działań profilaktyczno-prozdrowotnych *etc.*, oczywiście we współpracy z lekarzem.

Dodatkowym wsparciem dla kadr medycznych zajmujących się leczeniem pacjentów powinna stać się obowiązkowa w każdym szpitalu pomoc socjalno-prawna (...)

PSL: Informatyzacja połączona z reformą administracji szpitali. Lekarz ma leczyć, administracja dokumentować.

CUDZOZIEMCY

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

Polska 2050: Zdecydowanie tak. Polski rynek medyczny powinien być dostępny wyłącznie dla pracowników ochro-

ny zdrowia posługujących się językiem polskim, z potwierdzonymi kwalifikacjami zawodowymi. (...) W różnych krajach różne są programy specjalizacji lekarskich oraz czas ich realizacji, różne oczekiwane efekty kształcenia zawodowego. Oczywiście, posiadanego doświadczenia zawodowego nie można negocjować, ale należy je sprawdzić i ocenić. (...) Od czasu rozpoczęcia prac nad projektem ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (...) jako jedyna formacja polityczna, na kolejnych etapach jego procedowania, wnosiliśmy poprawki dotyczące m.in. minimalnych kwalifikacji lekarza i lekarza dentystry, które uprawniałyby do pracy w naszym systemie ochrony zdrowia. Na każdym etapie poprawki te były odrzucane, również przez wszystkie pozostałe obecne w Sejmie formacje opozycyjne.

PSL: Podstawowym zadaniem państwa jest zapewnienie właściwej opieki medycznej. Należy wyznaczyć odpowiednio wysokie minima, które lekarze obcokrajowcy muszą spełniać.

MINISTERSTWO ZDROWIA

1. Czy minister zdrowia powinien być lekarzem praktykiem?

Polska 2050: Na to pytanie nie ma prostej odpowiedzi. Obecnie mamy fatalnie odnajdującego się na stanowisku ministra zdrowia ekonomistę Adama Niedzielskiego, ale przecież w naszej historii mieliśmy również fatalnych ministrów zdrowia będących lekarzami (Mariusza Łapińskiego, Bartosza Arłukowicza czy Łukasza Szumowskiego). Uważamy, że w Ministerstwie Zdrowia musi zostać zachowana równowaga. Minister zdrowia, jak każdy inny minister, musi być politykiem, bo odpowiada za prowadzenie polityki zdrowotnej kreowanej przez partię/koalicję rządzącą. Nie ma tu znaczenia, czy ministrem zdrowia będzie lekarz, czy ekonomista. Ważne, żeby cały pozostały skład Ministerstwa Zdrowia stanowili kompetentni przedstawiciele zawodów medycznych, profesjonalnie przygotowani do pracy w resorcie. Natomiast w przypadku ministra zdrowia, który jest lekarzem, funkcję sekretarza lub podsekretarza stanu powinien pełnić ekonomista.

PSL: Musi bardzo dobrze znać problemy ochrony zdrowia, a lekarze praktycy z reguły znają je najlepiej. Przede wszystkim musi być dobrym menedżerem, ale nie oderwanym od rzeczywistości, jak obecnie urzędujący, który widzi słupki i statystyki, ale tylko te wygodne dla niego. Na pewno nie pacjentów i pracowników całego systemu.

Z uwagi na długość uzyskanych odpowiedzi na łamach drukowanego magazynu zamieszczamy wersję skróconą. Z pełnym tekstem możecie się Państwo zapoznać na naszej stronie internetowej, do czego gorąco zachęcamy. ●

Państwo na kursie kolizyjnym z lekarzami

OD LUTEGO TRWA SPÓR MIĘDZY SAMORZĄDEM LEKARSKIM A WĘGIERSKIM RZĄDEM. JEST KOLEJNĄ ODSŁONĄ WIELKIEJ DYSKUSJI NA TEMAT SYSTEMU WĘGIERSKIEJ OCHRONY ZDROWIA, KTÓREGO NIE DA SIĘ UZDROWIĆ TYLKO PODWYŻKAMI DLA ŚRODOWISKA LEKARSKIEGO.



Fot. M. Starzyński

tekst
DOMINIK HÉJJ,
politolog,
autor książki
„Węgry na nowo”

27 lutego 2023 r. węgierskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, które nadzoruje ochronę zdrowia, przedstawiło projekt ustawy nowelizującej przepisy o samorządach lekarskich. Dzień później, w czasie nadzwyczajnego posiedzenia parlamentu, ustawa została uchwalona. Ministerstwo nie konsultowało projektu ze środowiskiem lekarskim.

Czego dotyczyła materia zmian? Otóż na mocy nowelizacji ustawy zniesiono przymusowe członkostwo lekarzy w samorządzie zawodowym. Na Węgrzech największą tego typu organizacją jest Węgierska Izba Lekarska (Magyar Orvosi Kamará). Powstała w grudniu 1988 r. na fali zmian demokratyzujących się Węgier, u schyłku epoki komunistycznej. Do tej pory jedynie członkowie MOK mogli pracować jako lekarze ogólni i szpitalni, ten obowiązek został zniesiony 1 marca 2023.

Ustawodawca wymagał od lekarzy należących do izby wyrażenia woli pozostania członkiem MOK (w ciągu 30 dni). Organizacja do końca lutego 2023 r. liczyła ponad 50 tys. członków, z których 40 tys. pozostawało aktywnych. Pod koniec lutego przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych sugerował w wywiadzie telewizyjnym, że lekarze, którzy nie złożą ponownej deklaracji do MOK, opowiedzą się w sporze po stronie rządu. Według komunikatu Węgierskiej Izby Lekarskiej, wydanego na początku kwietnia, do 1 kwietnia deklarację złożyło ponad 33 tys. osób, a według danych przekazanych w odpowiedzi z 15 maja – dokładnie 34 097.

Ograniczenie roli MOK nie sprowadzało się jedynie do członkostwa. Zmieniły się także przepisy związane z etyką lekarską. Tymi zagadnieniami zajmowała się dotychczas Węgierska Izba Lekarska, jednakże wraz z nowelizacją ustawy zostały przekazane Naukowej Radzie Zdrowia (Egészségügyi Tudományos Tanács), która podlega MSW. Dotychczas ETT w kwestiach etycznych zajmowała stanowisko wyłącznie w związku z badaniami naukowymi. Teraz ma stworzyć nowy kodeks etyki lekarskiej.

DLACZEGO W OGÓLE DOSZŁO DO NOWELIZACJI?

Lekarze są zgodni, że podjęta przez państwo kampania przeciwko MOK była rodzajem zemsty. Chodziło o krytykę kondycji węgierskiej ochrony zdrowia (od dawna niedofinansowa-

nej) przez środowisko lekarskie. Przez lata do wydatków na ochronę zdrowia wliczano budowę stadionów jako „działania profilaktyczne”. Według danych Centralnego Urzędu Statystycznego (KSH) w latach 2010–2011 r. na ochronę zdrowia wydawano 7,5 proc. PKB. Wartość ta regularnie malała do 2019 r., kiedy wyniosła 6,3 proc. PKB. W 2020 r. nakłady wzrosły o jeden punkt procentowy, co tłumaczyć należy walką z koronawirusem (w kilku państwach notowany był podobny skokowy wzrost finansowania, m.in. w Chorwacji, Holandii i Grecji). Dane za rok 2021 i 2022 w bazie KSH pozostają niedostępne.

Węgierski Bank Narodowy opublikował w listopadzie 2022 raport (dotyczący konkurencyjności kraju), z którego wynika m.in., że nakłady na ochronę zdrowia należą do najniższych w UE (trzecie miejsce od końca). W 2021 r. sięgały 6,4 proc. PKB, podczas gdy unijna średnia wynosiła 9,9 proc. Ochrona zdrowia w 68 proc. finansowana jest z budżetu państwa (o 12 p.p. mniej od unijnej średniej). Gospodarstwa domowe na opiekę zdrowotną wydają 1,8 proc. PKB wobec unijnej średniej wynoszącej 1,5 proc.

Węgierska ochrona zdrowia boryka się z poważnymi brakami kadrowymi. Młodzi lekarze po odbyciu obowiązkowego roku pracy w publicznych placówkach często wyjeżdżają do Austrii, Niemiec lub Skandynawii. Remedium na te problemy stanowić miały podwyżki uposażeń, wdrażane regularnie od 2021 r. O ile właśnie w 2021 r. pensja początkującego lekarza wynosiła około 6 tys. zł, o tyle w 2023 według planów miała sięgnąć 8,5 tys. Lekarz z doświadczeniem 16–20-letnim zarobi około 19 tys. zł, a po 41 latach pracy – blisko 28,3 tys. Uposażenie tej ostatniej grupy od 2021 r. wzrosło o około 9 tys. zł.

W systemie ochrony zdrowia brakuje m.in. pielęgniarek, traumatologów i onkologów. Z raportu, który został przygotowany kilka miesięcy temu przez Węgierską Izbę Lekarską, wynika, że na Węgrzech formalnie nie zamyka się oddziałów szpitalnych. Zamiast tego rozpoczyna się ich długotrwałe, ciągnące się miesiącami remonty. Kolejny problem polega na tym, że – również z racji zmian podatkowych, które zostały powzięte w 2022 r. – lekarze przechodzili do sektora prywatnego bądź porzucali zawód. Od lat postulatem medyków jest stworzenie niezależnego ministerstwa zdrowia, które poważnie podjęłoby się daleko idącej reformy systemu.

Ostatni konflikt wybuchł w związku ze zmianami w systemie całodobowej opieki medycznej. Zostały ogłoszone przez MSW w ostatnim dniu 2022 r., a weszły w życie 1 lutego 2023. W uproszczeniu chodzi o to, że OMSZ (Krajowa Służba Ratownicza, czyli pogotowie ratunkowe) od 1 lutego jest odpowiedzialna za stworzenie systemu opieki całodobowej. Lekarze rodzinni i szpitalni mieli podpisać stosowne umowy właśnie z OMSZ. Na początku lutego Węgierska Izba Lekarska podjęła jednogłośnie uchwałę, w której wezwano lekarzy rodzinnych do niepodpisania nowych kontraktów. Zwróciła się także do medyków pracujących w szpitalach, by zaniechali pracy w nadgodzinach. Uzasadniano, że celem tego działania jest doprowadzenie do rozpoczęcia rzeczywistego dialogu ze środowiskiem lekarskim na temat strategii rozwoju ochrony zdrowia. Był to protest tej grupy zawodowej.

WEDŁUG MINISTERSTWA LEKARZE ZAGRAŻAJĄ PACJENTOM

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przedłożyło wspomniany projekt nowelizacji ustawy o samorządzie lekarskim 27 lutego. W oświadczeniu, które przesłało do Węgierskiej Agencji Prasowej (MTI), wskazywano, że MOK, wzywając lekarzy do niepodpisania umów w ramach nowego systemu ochrony zdrowia, zagraża bezpieczeństwu pacjentów. Węgierska Izba Lekarska w opinii MSW miała się sprzeniewierzyć konstytucyjnemu prawu obywatela do bezpiecznej opieki zdrowotnej i własnym celom.

Uchwalenie nowelizacji nie tylko wpływało na sposób funkcjonowania MOK. Państwo przestało uznawać izbę za partnera w dialogu społecznym. W wypowiedziach polityków rządzącej koalicji pojawiały się zapewnienia, że nowy akt prawny umożliwi również zlikwidowanie systemu korupcyjnego. Twierdzono, że izba lekarska nie funkcjonowała już jako organ publiczny, lecz polityczny, zaangażowany w działania antyrządowe.

Sposób, w jaki węgierski parlament uchwalił ustawę o izbach zawodowych, stał w sprzeczności z zobowiązaniem Budapesztu, od którego zależało spełnienie jednego z podstawowych warunków uzyskania blisko 6 mld euro z Krajowego Programu Odbudowy. Chodziło konkretnie o „poprawę jakości i przejrzystości procesu decyzyjnego poprzez skuteczny dialog społeczny”. W tym stwierdzeniu zawarto także inicjowanie szerokich konsultacji społecznych nad projektami składanymi do Laski Marszałkowskiej.

SPOŁECZEŃSTWO POPARŁO LEKARZY

W połowie marca Instytut Badania Opinii Publicznej Publicus przedstawił sondaż (na zlecenie gazety „Népszava”), zgodnie z którym blisko dwie trzecie respondentów (62 proc.) uważało, że działania środowiska lekarskiego mają na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów. 58 proc. ankietowanych nie zgadzało się z narracją przyjętą przez rząd,

że protest MOK zagraża bezpieczeństwu opieki nad pacjentami. Ponad połowa pytanym (53 proc.) stwierdziła, że w trwającym konflikcie interes pacjenta lepiej reprezentuje środowisko lekarskie. Stanowisko rządu popierał co dziesiąty ankietowany. Co piąty respondent (22 proc.) był zdania, że zarówno lekarzom, jak i rządowi zależy na interesie pacjentów.

Być może z tego powodu 18 kwietnia rozpoczęły się konsultacje między rządem a środowiskiem lekarskim. Péter Takács, sekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych odpowiedzialny za kwestie ochrony zdrowia, a także Gyula Kincses, szef Węgierskiej Izby Lekarskiej, wraz z innymi przedstawicielami sektora medycznego podpisali oświadczenie w sprawie rozpoczęcia rozmów dotyczących m.in. finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Ministerstwo w osobnych komunikatach zapewniało, że nadal traktuje Węgierską Izbę Lekarską jak partnera.

Właśnie trwającymi negocjacjami tłumaczyć można brak odpowiedzi na pytania, które przesłaliśmy w trakcie przygotowywania tego tekstu do MOK. Zapytałem o przewidywany rozwój wydarzeń dotyczących MOK i plany rządu na przyszłość, o sposób odczuwania przez izbę skutków ustawy. W e-mailu wysłanym przez rzeczniczkę MOK poproszono o wyrozumiałość, gdyż izba nie chce odpowiadać na pytania podejmujące „kwestie polityczne”.

ETYKĄ NA RAZIE NIKT SIĘ NIE ZAJMUJE

19 maja na branżowym portalu węgierskim mfor.hu opublikowano artykuł, w którym autorka przytaczała swoją korespondencję z ETT w sprawie ustanowienia nowych ram etyki lekarskiej. Okazuje się, że mimo upływu trzech miesięcy od wejścia w życie nowelizacji ustawy, kodeks etyki wciąż nie powstał (będzie miał charakter rozporządzenia rządu). Konsekwencją tego stanu rzeczy jest fakt, że w ramach Naukowej Rady Zdrowia nie utworzono jeszcze odpowiednich komisji lekarskich, które będą zajmowały się konkretnymi przypadkami. Przedstawiciele środowiska lekarskiego z MOK podkreślają: „obecnie nie ma nikogo, kto z urzędu zajmowałby się kwestiami związanymi z etyką lekarską”. W odpowiedzi udzielonej portalowi mfor.hu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych nie określiło terminu, w którym powstanie kodeks etyki. Według ustaleń dziennikarzy informacja o tym, ile spraw zostało przejętych przez ETT od MOK, zostanie ujawniona dopiero po utworzeniu nowego systemu badającego etykę lekarską.

Bez wątplenia rządzący nie uwzględnili solidarności środowiska lekarskiego, a także poparcia społecznego, jakie ta grupa zawodowa uzyskała. Liczono na to, że problemami ochrony zdrowia uda się obciążyć lekarzy. Sam fakt zaprzestania otwartej krytyki lekarzy przez rządzących interpretować można jako sukces MOK. Z pewnością także po pewnym czasie uda się dojść do porozumienia. Pytanie, na jakich zasadach, i czy do negocjacji włączy się Unia Europejska. ●

Polityka

„- TO JEDNO POJĘCIE, POLITYKA – RZEKŁ PAN PICKWICK – STANOWI PRZEDMIOT TRUDNYCH I DŁUGICH STUDIÓW. – A! – ZAWOŁAŁ HRABIA, WYJMUJĄC NOTATNIK – DOSKONALE – ŚWIETNY POCZĄTEK ROZDZIAŁU! ROZDZIAŁ CZTERDZIESTY DRUGI. TO JEDNO POJĘCIE, POLITYKA, STANOWI PRZEDMIOT...”.

„- CÓŻ TAM, PANIE, W POLITYCE? CHIŃCYKI TRZYMAJĄ SIĘ MOCNO? (...) PAN POLITYK! – OTÓŻ WŁAŚNIE, POLITYKÓW MAM DOŚĆ, PO USZY, DZIEŃ CAŁY! – KIEDY TO CIEKAWE SPRAWY! – A TO CZYTAJ, KTO CIEKAWY...”.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bortyzel

Grecka nazwa miasta, a także i szerzej państwa, *polis*, dała nazwę obywatelowi, *polites*, a także ‘sprawom państwowym’ (*politike*). *Techne politike* to była, ogólnie mówiąc, ‘sztuka rządzenia’ (po łacinie *ars politica*) i w tym znaczeniu u nas samo słowo *polityka* przynajmniej od początku XVII w. jest używane, na wzór zresztą francuski i niemiecki.

Te dwa przytoczone i powszechnie znane cytaty pokazują półzartobliwie nasz stosunek do pojęcia polityki. I, oczywiście, do samego słowa (w angielskim brzmi ono niemal tak samo). Z jednej strony – ciekawe, ważne, o polityce rozprawiamy nie tylko wtedy, gdy nie ma o czym innym. Z drugiej – można mieć tej polityki po uszy, czemu też dajemy chętnie wyraz.

Polityka, polityczny – dokładne podstawowe znaczenie tych słów jest może skomplikowane, ale na tyle intuicyjnie jasne, że wnikanie

weń mogłoby trącić banałem, tak jak początek rozdziału u hrabiego Smorltorka. Ciekawsze są znaczenia dziś uważane za poboczne, choć w słownikach były oznaczane kwalifikatorem *posp.* (pospolite). Ciekawe, bo w pewnym sensie ambiwalentne. Bo *polityka*, jak podaje słownik wileński z połowy XIX w., to z jednej strony ‘przebiegłość, zręczność’, a z drugiej ‘grzeczność, obyczajność, dworność’; *polityczny* zaś to i ‘roztropany, zręczny, ostrożny’, i ‘grzeczny, nadskakujący, dworny’. Te dwa niejako dodatkowe, dziś raczej zapomniane znaczenia łączy pewien zapach nieszczerości, obłudy. Wprawdzie, gdy mamy u Sienkiewicza „*polityczny z waści kawaler*” czy „*tak politykę nawet z pospółstwem obserwował*”, to widzimy w tym pozytywny stosunek do znajomości i przestrzegania etykiety, ale również tu słyhać coś w rodzaju dystansu do tej odmiany grzeczności.

Polityk, prowadząc tak ważne dla państwa, dla swojej partii, a i dla siebie sprawy, powinien być zręczny, ostrożny, co jakże często może być nazwane przebiegłością. Powinien być w relacjach z innymi politykami układny, grzeczny. Tak byśmy go postrzegali, choć potoczne dzisiejsze doświadczenie, łączące politykę z populizmem, zdaje się temu przeczyć. Ale czy my powinniśmy być polityczni? I zachowywać się politycznie?

Zauważmy, że w codziennym użyciu słowa *polityk, polityka, polityczny* raczej nie łączą się z akceptacją. Politykom przypisuje się kłamstwo („*Po czym poznać, że polityk kłamie? Po tym, że porusza ustami*” – głosi niezbyt dowcipny żart), a przede wszystkim hipokryzję. Kiedy o czymś mówimy, że to *polityka* (zwłaszcza, o paradoksie, *czysta polityka*), to sugerujemy niezbyt czyste właśnie, ukryte intencje, a i słowo *polityczny*, poza oczywiście zdejmującymi z niego odium hipokryzji kontekstami, jak *więzień polityczny*, też służy wzbudzaniu niechęci (z *powodów politycznych*). I *upolityczniony*, i *rozpolitykowany* – wszystko niezbyt przychylnie określenia.

Poddajemy się *politykowaniu* i, co gorsza, uważamy się za obiekty polityki. Nie musi się to nam na ogół podobać. Ale wiemy, że żeby ogarnąć skomplikowane sprawy społeczne, potrzebna jest nie tylko *polityka zagraniczna* i *wewnętrzna*, lecz i *polityka kulturalna*, i *polityka oświatowa*, i *polityka językowa* nawet. I *polityka zdrowotna*.

I dobrze, gdy są dobrze prowadzone. ●

Ustawa o jakości. Powrót z zaświatów?

NIE JEDEN RZĄDOWY PROJEKT, LECZ DWA POSELSKIE – TAKI JEST „PRZEPIS NA SUKCES” MINISTRA ZDROWIA ADAMA NIEDZIELSKIEGO W SPRAWIE USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Minister zdrowia tuż po przegranym w połowie kwietnia głosowaniu w Sejmie zapowiadał, że zrobi wszystko, by ustawa wróciła do Sejmu, a pod koniec kwietnia na Europejskim Kongresie Gospodarczym w Katowicach zdradził plan: projekt poselski zamiast rządowego (nie ma wymogu konsultacji publicznych i uzgodnień, co znacząco skraca procedowanie) oraz usunięcie z ustawy kwestii budzących największe kontrowersje, czyli likwidacji Centrum Monitorowania Jakości oraz bloku przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej lekarzy i innych profesjonalistów za tzw. błędy medyczne. Nad tą kwestią, mówił minister w Katowicach, mają się pochylić eksperci. Obszary, które Adam Niedzielski chce uregulować ustawowo jeszcze w tej kadencji, to przede wszystkim kwestia powiązania jakości z finansowaniem świadczeń oraz utworzenie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Usunięcie z projektu za-

pisów budzących sprzeciw ekspertów, opozycji oraz środowisk pracowników medycznych minister określił jako „gałązkę oliwną” i wyraził nadzieję, że umożliwi ona prace nad projektami i uchwalenie ustawy.

Za projekty odpowiadają Czesław Hoc (właściwy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej) oraz Józefa Szczurek-Żelazko, była wiceminister zdrowia, której głosowanie nad wetem Senatu (posłanka wstrzymała się od głosu, tak samo jak przy uchwalaniu ustawy) walnie przyczyniło się do odrzucenia ustawy przez Sejm, bo do większości bezwzględnej zabrakło jednego głosu. Józefa Szczurek-Żelazko ma pilotować nowelizację ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, w której znajdują się przepisy regulujące powstanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

Minister oraz posłowie będą zabiegać o wsparcie w parlamencie, ale już w maju minister starał się sprawić wrażenie, że szuka poparcia dla ustaw poza Sejmem: 9 maja spotkał się z Radą Organizacji Pacjentów (wyraziła poparcie dla założeń projektów, bo samych projektów nie przedstawiono;

ks. Arkadiusz Nowak podkreślał podczas konferencji prasowej, że pacjenci są zadowoleni z faktu odstąpienia od forsowania rozwiązań, wobec których mieli pierwotnie wątpliwości) oraz z organizacjami pracodawców (przedstawili ministrowi własne postulaty dotyczące jakości w opiece zdrowotnej). Tego samego dnia zostało opublikowane zarządzenie ministra o powołaniu zespołu, którego zadaniem ma być wypracowanie rozwiązania kwestii klauzuli *no-fault*. W jego skład wchodzi trzech przedstawicieli samorządu lekarskiego (wiceprzewodniczący zespołu oraz dwóch członków) i reprezentant Porozumienia Rezydentów OZZL.

10 maja wiceminister Piotr Bromber oraz rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec uczestniczyli w pierwszym spotkaniu Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, zorganizowanym przez Porozumienie Organizacji Lekarskich w siedzibie NIL. W posiedzeniu, które trwało dobrych kilka godzin, uczestniczyło ponad 50 osób. Jego rezultatem jest kilkadziesiąt „projakościowych” postulatów, nad którymi w najbliższych tygodniach będą pracować zespoły robocze. Rozmach pierwszego spotkania forum jest jednak najlepszym dowodem kardynalnego błędu, popełnionego podczas trwających kilkanaście miesięcy prac nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. – *Szczerze żałuję, że nie było podobnego forum przed powstaniem ministerialnej ustawy. Ustawa nie powinna dzielić, powinna łączyć* – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łazarskiego, eksperta, która nie kryła rozczarowania odrzuceniem przez Sejm rządowej ustawy.



Czy w tej chwili szanse na dialog są większe? Kierowanie do Sejmu projektów poselskich, z pominięciem etapu konsultacji publicznych, każe wątpić. Ministerstwo kupuje w ten sposób czas (bo do końca kadencji Sejmu wiele go nie zostało), ale kosztem, nomen omen, jakości. Bowiern zapisy, które mają się znaleźć w projektach „poselskich”, również budzą zastrzeżenia, nawet jeśli wcześniej nie przebiły się one w dyskursie publicznym, zdominowanym przez kwestię karania medyków za zdarzenia niepożądane czy plany skrajnej centralizacji systemu przez likwidację CMJ i przekazanie NFZ zadań z zakresu akredytacji i monitorowania jakości.

Można więc założyć z graniczącym z pewnością prawdopodobieństwem, że w sprawach związanych z jakością prace w najbliższych nie tylko tygodniach, ale i miesiącach będą się toczyć w dwóch obiegach. W pierwszym, oficjalnym – będziemy mieć powtórkę procesu legislacyjnego. Zapewne z ożywioną dyskusją w Sejmie, która zakończy się uchwaleniem ustaw, którymi zajmie się Senat. I tu znów zajdzie prawdopodobieństwo odrzucenia projektów w całości, choć oczywiście przesądzić tego dziś nie można. W drugim, społecznym – toczyć się będzie dialog o tym, jak budować jakość w opiece zdrowotnej, a tak naprawdę, jak budować system i poprawiać rozwiązania, na których jest oparty, by wyzwalać, czy też odblokować, pro jakościowy potencjał. Bo uczestnicy forum zwracali uwagę, że na przeszkodzie budowaniu (podnoszeniu) jakości stoi przecież nie zła wola podmiotów leczniczych i ich pracowników, ale kwestie zupełnie fundamentalne, choćby niedobory kadrowe lekarzy i pielęgniarek.

W tle zaś są, oczywiście, pieniądze. Ustawa o jakości, którą chce przeforsować minister, przewiduje powiązanie jakości z poziomem finansowania, czyli – jak mówią rzecznik praw pacjenta i prezes NFZ – premiowanie podmiotów za wysoką jakość, która będzie mierzona i monitorowana. Abstrahując od niedoskonałości proponowanych rozwiązań (np. tego, że ustawa nie przewiduje wzięcia pod uwagę perspektywy pracowników konkretnych podmiotów), zauważmy, że w tej chwili punkt ciężkości dyskusji przesuwają się na samo stwierdzenie „poziom finansowania”. Samorządy powiatowe i wojewódzkie oraz kilka organizacji pracodawców (m.in. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej) przygotowały apel do premiera, prezydenta i ministra zdrowia o pilną nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Chcą automatyzmu indeksacji wycen świadczeń, by zatrzymać, a przynajmniej znacząco spowolnić rozwieranie się różnicy między kosztami udzielania świadczeń zdrowotnych a przychodami z tytułu kontraktów. Argumentują, że obecne rozwiązania (czyli przygotowywana z dużym wysiłkiem co roku, spóźniona, retaryfikacja świadczeń) nie nadążają ani za tempem inflacji, ani za koniecznością np. podnoszenia wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia. Nie gwarantują więc bezpieczeństwa ekonomicznego podmiotom leczniczym, które notują coraz wyższe straty i powiększają swoje zobowiązania. Bez tego bezpieczeństwa nie ma mowy, mówili samorządowcy, o dobrych decyzjach zarządczych, których domaga się – i które chce rozliczać – minister zdrowia. Bez dobrych decyzji zarządczych nie ma ani jakości, ani (zwłaszcza) bezpieczeństwa pacjenta. ●

Wkrótce

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI, OLGA RASIŃSKA**

CORAZ MNIEJ CZASU ZOSTAŁO NA DECYZJĘ O UDZIALE W NAJWIĘKSZEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ SAMORZĄDU LEKARSKIEGO – MAZOWIECKICH SPOTKANIACH STOMATOLOGICZNYCH.

To wyjątkowe wydarzenie, bo konsoliduje środowisko akademickie z lekarzami praktykującymi. Spotykamy się, rozmawiamy – zapewnia prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM. Uczelnia wraz z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i naszą Komisją ds. Lekarzy Dentystów jest organizatorem przedsięwzięcia.

Spotkania rozpoczną się w piątek 16 czerwca, tradycyjnie już w Serocku pod Warszawą, i potrwać do niedzieli. Program został podzielony na sesje tematyczne.

– Dzięki współpracy z Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie mamy możliwość zorganizowania podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych sesji Polskiego Towarzystwa Geriatrycznego. Uważam, że to bardzo ważne. Dlaczego? Społeczeństwo się starzeje, to problem nie tylko ogólnopolski, ale ogólnoswiatowy. Wiąże się nieuchronnie ze zwiększeniem liczby pacjentów obciążonych wielochorobowością i polifarmakologią, z którymi będzie sobie musiał radzić polski stomatolog

– wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, prodziekan ds. kierunków: lekarsko-dentystycznego, higieny stomatologicznej i technik dentystycznych WUM.

Konferencja stanowi okazję do zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami medycyny i ugruntowania posiadanej wiedzy, np. w dziedzinie radiologii.

– Lekarze dentyści samodzielnie wykonują badania radiologiczne i samodzielnie oceniają ich wyniki. Dysponują coraz nowocześniejszym sprzętem i dlatego niezbędne jest dalsze kształcenie w tej dziedzinie. Myślę, że możemy państwu zaoferować odświeżenie i poszerzenie posiadanej wiedzy – twierdzi prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński, kierownik Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej WUM.

Rejestracja chętnych do uczestnictwa w konferencji odbywa się za pośrednictwem strony internetowej Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych: mss.izba-lekarska.pl. Pod tym samym adresem można zapoznać się z kompletnym programem konferencji. ●





Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne

VII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

16–18 CZERWCA 2023 | HOTEL NARVIL | SEROCK

Rejestracja na:

mss.izba-lekarska.pl

Wśród prelegentów:

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



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY





Fot. archiwum

Mediacje pomagają wszystkim

O PRAKTYCZNYCH I PSYCHOLOGICZNYCH KORZYŚCIACH Z MEDIACJI W SPORACH LEKARZY Z PACJENTAMI MÓWI
ANDRZEJ SIARKIEWICZ,
LEKARZ DENTYSTA,
MEDIATOR OIL W WARSZAWIE.

rozmawia **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Współpraca z mediatorem naszej izby w celu rozstrzygnięcia sporu z pacjentem wciąż nie cieszy się popularnością wśród lekarzy. Stara się pan to zmienić.

Tak, nieustannie. Jedną z inicjatyw na rzecz popularyzacji działań mediatora OIL w Warszawie będzie otwarcie stoiska informacyjnego podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.

À propos stomatologii, proszę powiedzieć, z jakimi przypadkami z tej dziedziny spotyka się pan w pracy mediatora najczęściej?

Z relatywnie dużą częstotliwością pojawiają się roszczenia pacjentów związane z zabiegami z zakresu implantologii i protetyki. Przyczyna jest prosta – to niejednokrotnie bardzo drogie procedury, więc pacjentom wydaje się, że w ramach tak wysokich kosztów można zdziałać cuda, zrobić wszystko, czego pacjent pragnie. W rzeczywistości de-

cydującym się na zabieg brakuje wiedzy o tym, co lekarz dentysta faktycznie może zrobić. Jeśli się okaże, że efekt nie spełnia oczekiwań pacjenta, zaczyna on szukać winnego. Czasami pacjenci uznają kolor lub kształt zębów za źle dobrany albo nie akceptują wyglądu swojej twarzy po zabiegu. Bywa, że ich bliscy skomentują: „*To nie jesteś ty!*”, a wtedy pacjenci zapominają o wcześniejszych ustaleniach w gabinecie. Lekarze oczywiście informują o wszystkich aspektach wykonanej pracy, ale czy pacjent będzie zadowolony, nie przewidzimy. Możemy to określić z pewnym prawdopodobieństwem, ale nie przewidzimy. Pacjenci rzecz jasna podpisują zgodę na zabiegi, ale jeżeli efekt ich nie zadowala, szybko się z niej wycofują. Wiele takich spraw trafia potem do rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Wspomina pan przede wszystkim o kwestii wyglądu. Czy można w tym aspekcie szukać zasadniczej psychologicznej różnicy między

dentystycznymi i niedentystycznymi konfliktami lekarzy z pacjentami?

Myślę, że nie. Niezależnie bowiem, czy mowa o wyglądzie, czy o kwestiach stricte zdrowotnych, chodzi zazwyczaj o uzyskanie zadośćuczynienia, a finansowe jest jednym z najprostszych. A czy ma to być zadośćuczynienie za fizyczny ból, czy za ból istnienia, nie gra aż tak dużej roli. Widzę więcej podobieństw, np. fakt, że pacjenci prawie zawsze myślą powikłania z błędami lekarskimi i nie zdają sobie sprawy, że lekarz nie ponosi za nie odpowiedzialności. To oczywisty konflikt oczekiwań pacjenta i możliwości medycyny jako takiej.

Niemniej jednak nie wszystkie problemy wynikają z niezawinionych powikłań. Błędy też się zdarzają.

Nikt nie jest doskonały. Oczywiście my, lekarze, jesteśmy ludźmi i również popełniamy błędy. Na szczęście zdarza się to bardzo rzadko. Problemem nie są

błędy, lecz to, jak sobie z nimi radzić. Trudność wynika często z braku odpowiedniej wiedzy. Nikt nas tego na studiach nie uczy. Lekarze nieraz próbują konflikty z pacjentami rozwiązywać samodzielnie, bez odpowiedniego wsparcia, wierząc, że to definitywnie zakończy sprawę. Do niedawna rzeczywiście to działało. Obecnie jednak coraz częściej dochodzi do eskalacji roszczeń, napędzanych obsługą prawną kancelarii specjalizujących się w sprawach medycznych. I tu jest pole do mediacji. Mediacje to szansa na poradzenie sobie nie tylko z problemem pacjenta, który poniósł szkodę na skutek naszego błędu, ale także na pogodzenie się z własnym sumieniem. Na pokonanie bariery lęku przed winą.

W jaki sposób mediacja w tym pomaga?

Po pierwsze i najważniejsze, mediacja jest objęta tajemnicą. Nawet jeśli zakończy się niepowodzeniem, nie zostanie zawarta ugoda, mediator i strony są zobowiązani do zachowania poufności. Nie ma więc znaczenia dla ewentualnego dalszego procesu, czy i kto podczas mediacji przyzna się do winy, bo tej wiedzy nikt nie może wykorzystać. Po drugie, dlatego, że mediacje prowadzone są na bezwzględnie neutralnym gruncie, czego gwarantem jest właśnie mediator. Strony nigdy same nie umówią się na tak neutralną formułę rozmów, jak w obecności mediatora. Natomiast przyznanie się do winy przed samym sobą i przed drugą osobą jest, moim zdaniem, kluczowe nie tylko dla rozwiązania sporu, ale także z duchowego punktu widzenia. To zawsze czyni nas lepszymi. ●



Grat. licencja OIL w Warszawie



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami

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

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29



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

Tel. 512 331 230, 691 224 246

Zdalne partactwo

PODOBNI, JAK W GŁOŚNYCH KAMPANIACH MEDIALNYCH DOTYCZĄCYCH BEZPIECZEŃSTWA NAJMŁODSZYCH W SIECI, TAKŻE W PRZYPADKU LECZENIA PRZEZ INTERNET NALEŻY OSTRZEC, ŻE NIGDY NIE MOŻNA BYĆ PEWNYM, KTO ZNAJDUJE SIĘ PO DRUGIEJ STRONIE.



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



Fot. K. Bartyzel

Techniczna możliwość udzielania świadczeń medycznych w formie zdalnej daje ogromne korzyści, ale jednocześnie stwarza ryzyko obniżenia jakości leczenia. Świetnym przykładem takich korzyści i niebezpieczeństw jest e-recepta. W czasie utrudnionej pracy medyków podczas pandemii w pewnym stopniu uratowały system ochrony zdrowia. Teraz natomiast wykorzystywane są tzw. receptomaty, czyli strony internetowe oferujące wypisanie recepty w kwadrans. Mamy więc do czynienia z lekarzami, którzy wystawiają kilkaset tysięcy recepty rocznie, a w rzeczywistości – z systemami informatycznymi wypisującymi recepty automatycznie, z wykorzystaniem numeru PWZ lekarza.

Niestety, postęp techniczny także w przypadku leczenia stomatologicznego może okazać się ostrzem obusiecznym. Dzięki możliwości zdalnej komunikacji z pacjentem pewne obszary, zarezerwowane dotąd dla lekarzy dentystów podczas spotkania z pacjentem twarzą w twarz, dziś są przejmowane przez systemy informatyczne. Czy jest to partactwo? Tak kiedyś nazywało się pracę marnych, niewykwalifikowanych rzemieślników, którzy nie należeli do cechu, i to określenie dość dobrze oddaje opisywany stan rzeczy. Nieraz owi partacze są nawet przedstawicielami zawodów związanych z medycyną.

Ustawodawcy nie stawiają temu procederowi barier. Być może rządzący, wiedząc o deficycie personelu lekarskiego, widzą w tym możliwość zwiększenia dostępności usług medycznych. Czasami chodzi np. o wybielanie zębów bez nadzoru dentysty. Jednak znacznie poważniejsze konsekwencje powodują świadczone bez udziału lekarza dentysty lub bez kontaktu lekarza z pacjentem usługi protetyczne albo ortodontyczne. Na Zachodzie wręcz oferowane są aparaty ortodontyczne tworzone na podstawie wycisku czy skanu dostarczanego zdalnie przez

pacjenta, a przesyłane do niego pocztą! Także na naszym rynku pojawiają się już podobne oferty.

Jak się kończą takie zabawy? Ruchomość, rozchwianie zębów, zanik wrostka zębodołowego – to tylko kilka spośród wielu groźących problemów. Problemów, które nieraz będą się ciągnęły całe życie, bo powikłania są nie do naprawienia, niezależnie od tego, ile później poświęci się na to czasu i pieniędzy. A nawet jeśli są odwracalne, i tak na końcu trzeba leczyć je u lekarza. Zlikwidowanie ich jest znacznie dłuższe i kosztowniejsze niż uporanie się z pierwotną dolegliwością.

Oczywiście, każdy zabieg, także wykonywany przez dentystę, obarczony jest pewnym ryzykiem. Tym jednak różni się osobista wizyta u lekarza od zdalnej usługi, świadczonej przez człowieka „bez twarzy”, że lekarz widzi żywy organizm, może przewidywać niebezpieczne objawy, kontrolować oraz modyfikować leczenie i dzięki temu niwelować ryzyko zdarzeń niepożądanych.

W społeczeństwie panuje jednak przekonanie, że praca lekarza jest łatwa, a procedury medyczne i decyzje o wyborze leczenia oglądane z boku wydają się oczywiste. Dochodzi nawet do przypadków, kiedy leczeniem zębów zajmuje się ktoś bez najmniejszego przygotowania, np. mechanik samochodowy (nie zmyślam! wydawało mu się, że może przejąć biznes po zmarłej żonie stomatolożce). Także częste nieudane zabiegi upiększające, prowadzone bez nadzoru lekarza, są tego konsekwencją. Niestety, popyt na upiększanie obserwujemy duży, więc podaż partaczy jest adekwatna do potrzeb.

Środowisko lekarskie alarmuje, apeluje do pacjentów, by nie dawali się naciągać na oferty typu „szybko i tanio”. Trudno nam jednak przebić się przez krzykaczy opłacanych z potężnych budżetów reklamowych. Dlatego uważam, że już czas, by sprawę uregulować prawnie. ●

Sprawdzam

Co ze strategią na rzecz zdrowia dzieci?

2 LISTOPADA 2022 MINISTER ZDROWIA NA KONFERENCJI PRASOWEJ, TOWARZYSZĄCEJ PRZEDSTAWIENIU NIEPOKOJĄCYCH WNIOSKÓW Z RAPORTU EKSPERTÓW Z INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE NA TEMAT STANU ZDROWIA NAJMŁODSZEJ CZĘŚCI POPULACJI, ZAPOWIEDZIAŁ, ŻE „RAZEM Z PREMIEREM MATEUSZEM MORAWIECKIM ZDECYDOWAŁ O PRZYGOTOWANIU SPECJALNEJ STRATEGII NA RZECZ ZDROWIA DZIECI”.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Dajemy sobie trzy miesiące na sformułowanie podstawowych założeń tego dokumentu. Mam nadzieję, że w lutym będziemy mogli państwu przedstawić fundamentalne założenia strategii na rzecz zdrowia dzieci – zapowiedział minister.

Minął luty, marzec i kwiecień. Gdy zaczął się maj, zapytałam w biurze prasowym resortu, czy „ktokolwiek widział, ktokolwiek wie” cokolwiek na temat złożonych pół roku wcześniej obietnic.

Pierwsza odpowiedź, jaką uzyskałam, miała potencjał zbijania z pantafelki. Resort poinformował bowiem, że „jednym z kluczowych celów działania ministra zdrowia jest zapewnienie wysokiej jakości opieki pediatrycznej”. Czego konsekwencją było powołanie 28 listopada zespołu ds. opracowania założeń strategii działań na rzecz zdrowia dzieci. Jednak zespół się nie zatrzymał, bo efektem jego prac jest „Międzyresortowa strategia działań na rzecz zdrowia dzieci na lata 2023–2027”.

„Strategia została przygotowana we współpracy z Ministerstwem Sportu i Turystyki, Ministerstwem Edukacji i Nauki, Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Instytutem Matki i Dziecka, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH, Polskim Towarzystwem Pediatrycznym oraz Radą Organizacji Pacjentów. Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie międzyresortowej strategii działań na rzecz zdrowia dzieci na lata 2023–2027 został zgłoszony do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów”.

Brzmi rewelacyjnie, choć jeszcze pod koniec kwietnia nieoficjalnie można było usłyszeć w „kręgach zbliżonych do...”, że prace nad założeniami strategii „wywróciło” odrzucenie przez

Sejm ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, a to z powodu owych 50 mln zł, z których zasilony miał być budżet na kontynuację badań. Nie można być drobiazgowym – ze względu na ważny cel społeczny pieniądze na pewno się w porę (?) znalazły, skoro kilkanaście dni później można było przekazać optymistyczną informację o gotowej strategii, czyli – jak mówił minister w listopadzie – spójnego, kompleksowego planu „który będzie zawierał działania z różnych dziedzin (...) i integrował je w jeden dokument, który będzie miał status dokumentu rządowego, czyli tak, jak mieliśmy w Planie dla Chorób Rzadkich uchwały Rady Ministrów”. *Nota bene*, ów plan – podnosi część ekspertów – nadal nie działa do końca optymalnie, ciągle jest, można powiedzieć, *in statu nascendi*.

Pozostając z respektem dla procesu decyzyjnego, postanowiłam jednak dopytać Ministerstwo Zdrowia co, ramowo, zawiera strategia, której założenia miały być znane w lutym, ale nie są znane w maju.

Odpowiedź. *In corpore*.

„Na strategię składają się m.in.:

- 1) zdrowy styl życia: żywienie i aktywność fizyczna, promocja zdrowia i profilaktyka,
- 2) zdrowie psychiczne i profilaktyka uzależnień,
- 3) ochrona wzroku i słuchu,
- 4) szczepienia.

Aby realizować zadania wynikające ze strategii, niezbędna będzie międzyresortowa współpraca oraz zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego. Partnerem w realizacji działań skierowanych do dzieci i młodzieży będą jednostki naukowo-badawcze oraz organizacje pozarządowe”.

Amen. ●

„Bistro” prawo

ZACZYNAJEMY OD TRUDNEGO OKREŚLENIA: „INICJATYWA USTAWODAWCZA”. CHODZI O TO, KTO TAK NAPRAWDĘ MOŻE FORMALNIE „WRZUCAĆ” PROJEKTY USTAW. TO TEMAT NAJWYŻSZEJ WAGI I DLATEGO ROZWAŻANIA ZACZYNAJEMY OD KONSTYTUCJI. ZGODNIE Z NIĄ, USTAWĘ MAJĄ PRAWO ZŁOŻYĆ DO PROCEDOWANIA: PREZYDENT, SENAT JAKO ORGAN WŁADZY USTAWODAWCZEJ, RZĄD, POSŁOWIE (CO NAJMNIEJ 15) ORAZ CI, KTÓRZY W WYNIKU OBYWATELSKIEJ INICJATYWY USTAWODAWCZEJ ZEBRALI POD PROJEKTEM 100 TYS. PODPISÓW.

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



Fot. archiwum

W inicjatywie ustawodawczej nieważne, kto „wymyśla” i pisze projekt nowego prawa, bo w praktyce może to być grupa ekspertów, znawców z danej dziedziny, lecz kto jest uprawniony do poddania projektu ustawy procedurom i podjęcia starań, by stał się prawem.

W polskiej praktyce ustawodawczej najczęściej stosowane są dwa rozwiązania: projekt rządowy lub poselski. Lepiej byłoby głosować tylko nad projektem poselskim. Zacząć od opracowania założeń ustawy i opisu oczekiwanych zmian. Założenia należy przedyskutować, porównać z istniejącymi przepisami i regulacjami obowiązującymi w innych krajach. Potem powinno nastąpić formalne złożenie projektu przez odpowiednią agendę rządu. Przykładowo, jeśli nowa ustawa dotyczy kwestii medycznych, to przez ministra zdrowia. Kolejny etap stanowią uzgodnienia między ministerstwami i konsultacje publiczne. Wnioski z tych wszystkich procedur powinny być podstawą przyjęcia projektu ustawy przez Radę Ministrów. I to jest właśnie moment, kiedy rząd może skorzystać ze swojej inicjatywy ustawodawczej. Następnie w Sejmie powinny toczyć się prace w komisji i na sali plenarnej według schematu: trzy czytania i głosowanie. Potem ustawa kierowana jest do Senatu. Jeśli zostanie odrzucona, wraca do Sejmu i w przypadku przyjęcia przez Sejm zostaje przekazana do podpisu przez prezydenta. Średni czas pracy nad ustawą od ogłoszenia projektu do podpisu prezydenta wyniósł w pierwszym roku sprawowania rządów przez PiS 87 dni, ostatnio już 217 dni. Zależy od tego, jak długo prezydent przetrzyma projekt przed podpisem.

Mało które z rosyjskich słów zrobiło taką karierę na Zachodzie jak słowo „bistro”. Podobno żołnierze napoleońscy, przyzwyczajeni do czekania na dania we francuskich tawernach i restauracjach, przekonali się w Rosji, że jedzenie może być podawane „bistro”, czyli szybko. Podobnie jest z ustawami. W teorii poselski projekt powinien dotyczyć kwestii mniej ważnych, nie systemowych, nie takich, które wymagają wielu analiz i uzgodnień. Skoro jednak rząd ma większość w Sejmie, dlaczego nie ułatwić sobie życia? Jeśli 15 posłów złoży projekt ustawy, który „napiszą im w rządzie”, władza nie musi stosować się do procedur obowiązujących przy projekcie rządowym, wyliczać kosztów proponowanej zmiany, tłumaczyć się ze szczegółowych rozwiązań. Projekt „wrzucany” jest do Sejmu: trzy czytania, głosowanie i gotowe. W ostatnich latach ustawy „bistro” są normą. Nawet trzy czytania w Sejmie stały się fikcją. Samo słowo „czytanie” jest tu często nie na miejscu, bo czas przeznaczony na czytanie projektów był w ostatnich latach krótszy niż potrzebny na literalne przeczytanie przyjmowanego tekstu. Rekord padł w przypadku jednej z ustaw sądowych, która jako projekt „bistro” była w Sejmie około trzech godzin.

Tak oto konstytucyjna możliwość, by także posłowie składali projekty ustaw, stała się drogą na skróty dla władzy. Dawne procedury, długie, ale leżące w interesie obywateli, zostały zastąpione pstryknięciem palcami przez lidera i okrzykiem „bistro!”. Najlepiej bez czytania. ●

Wyprzedzić Jeźdźców

STARZEJEMY SIĘ JUŻ OD DNIA NARODZIN, A ZATEM UCZYĆ SIĘ ZDROWYCH NAWYKÓW POWINNIŚMY OD MAŁEGO. ŁATWIEJ WYTWORZYĆ W DZIECKU CHĘĆ JEDZENIA PIĘCIU – SZĘŚCIU PORCJI WARZYW I OWOCÓW DZIENNIE, NIŻ WPOIĆ TO UKSZTAŁTOWANEMU DOROSŁEMU. BYŁAM, WIDZIAŁAM, PRÓBOWAŁAM.

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



Fot. A. Boguski

Mamy rok wyborów. Będą składane obietnice, które znajdą rozmaite pokrycie w powyborczej rzeczywistości. Edukacja zdrowotna dzieci w przedszkolu i na późniejszych etapach nauki to dziś nie fakultet, ale twardy priorytet, jeśli aspirujemy do zbudowania nowoczesnego społeczeństwa. Musimy zapewnić najmłodszemu pokoleniu rzetelną wiedzę o nowoczesnym żywieniu (już nie piramida, lecz talerz zdrowego żywienia), aktywności fizycznej (każda „porcja” ruchu ma znaczenie), wypoczynku (sen to inwestycja, nie strata czasu) i zdrowych relacjach (w tym najważniejszej – relacji z samym sobą). Powtarzając za Światową Organizacją Zdrowia: *„Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”*. W tym szczególnym czasie promowania programów politycznych niech zatem nasi rządzący zwrócą życzliwe oko ku holistycznej prewencji i medycynie stylu życia.

Jestem w trakcie lektury książki „Outlive: The Science and Art of Longevity”, czyli jak zadbać o swoją długowieczność, ale tylko jeśli towarzyszyć jej będzie optymalne zdrowie. Dr Peter Attia, autor publikacji, punktuje stany chorobowe, które najbardziej gnębią rozwinięte społeczeństwa. Nazywa dysfunkcje metaboliczne, choroby sercowo-naczyniowe, choroby neurodegeneracyjne i raka Czterema Jeźdźcami Apokalipsy naszych czasów. Bardzo poetycko i bez pudła. Polskie dzieci należą do najszybciej tyjących w Europie.

OIL w Warszawie zaplanowała cykl lekcji o zdrowiu, przeznaczonych dla uczniów szkół średnich, których celem jest podniesienie poziomu wiedzy młodzieży o zdrowym stylu życia.

Zawały, udary, cukrzyca typu drugiego i nowotwory układu pokarmowego dla pokolenia Alfa (urodzonych po 2010 r.) staną się codziennością, jeśli nie odwrócimy wzbierającej fali dodatkowych kilogramów u przedstawicieli naszej populacji. Czy dzisiejsze dzieci będą żyć krócej niż ich rodzice? Pewnie nie, bo tak dobrze rozwinie my medycynę interwencyjną, że zatkane naczynia uda się udrożnić na czas, a nowoczesna farmakoterapia dopełni dzieła. Ale co potem? Co z jakością życia osób po wielokrotnych zawałach czy udarach? Jaki będzie komfort życia ich bliskich oraz opiekunów? A gdyby tak włożyć podobny trud i środki w zmylenie współczesnych Jeźdźców Apokalipsy? Czy wizja zdrowego, mocnego fizycznie i intelektualnie przyszłego pokolenia nie jest czarująca?

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zaplanowała cykl lekcji o zdrowiu, przeznaczonych dla uczniów szkół średnich, których celem jest podniesienie poziomu wiedzy młodzieży o zdrowym stylu życia. Chcemy mówić o jedzeniu, ruchu, śnie, wypoczynku i bardzo dużo o zdrowiu psychicznym. Marzy nam się, aby nauczyć młodych ludzi skutecznie umykać Jeźdźcom, ale też czuć się jak najlepiej. Bo po co żyć długo, jeśli żyje się byle jak? Obecnie w OIL w Warszawie prowadzimy rozmowy z potencjalnymi partnerami w przygotowaniu naszych „Lekcji o zdrowiu”. Jeśli ktoś z Państwa byłby zainteresowany takim przedsięwzięciem i pomocą w zrealizowaniu projektu, zapraszam do kontaktu. ●



W obcęgach stresu

POSTULAT EMPATII W MEDYCYNIE NABRAŁ ZNACZENIA, ODKĄD DOSTRZEŻONO W NIEJ KLUCZ DO POPRAWY WYNIKÓW LECZENIA.

Fot. licencja OLL w Warszawie

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Przez polskie media przemknęła niedawno informacja stanowiąca opis badania, w ramach którego porównano osobowość lekarza z osobowością statystycznego przedstawiciela populacji w Australii. Co nas mogą obchodzić Antypody? Wyniki tej pracy opublikowano wcześniej na łamach „BMJ Open” i uznano za przyczynek do postawienia uniwersalnej hipotezy, że usposobienie lekarzy ma wpływ na jakość opieki oraz skuteczność leczenia. Autorzy analizy stwierdzili w podsumowaniu: „*Nasze wyniki mogą pomóc w zwiększeniu wiedzy lekarzy o różnicach między ich osobowością i osobowością pacjentów. Biorąc je pod uwagę, lekarze łatwiej ocenią pacjentów i poznają czynniki, które wpływają na interakcje z nimi*”. Z badania można się było dowiedzieć, że lekarze są bardziej ekstrawertyczni, ugodowi i sumienni, ale również bardziej neurotyczni i mniej otwarci na doświadczenia niż chorzy, którymi się opiekują.

Wyniki te ponoć zaskoczyły naukowców, zwłaszcza w kontekście poziomu neurotyzmu.

Wiąże się on bowiem z niepewnością, lękiem, wahaniami nastroju i nadmiernym krytycyzmem. Choć przeciwieństwem neurotyczności jest stabilność emocjonalna, jej wysoki poziom może łączyć się z obwinianiem siebie, częstą frustracją, zamartwianiem się. Badacze z Australii piszą: „*Sumienni lekarze mogą przeceńnić zdolność swoich pacjentów do przestrzegania zaleceń. Z kolei wyższa neurotyczność, która wiąże się ze stresem, może prowadzić do postrzegania przez lekarzy stresu jako normalnej części życia, a tym samym niedoceniać jego wpływu na samopoczucie chorych*”.

Znajdujemy się w samym środku epidemii stresu, lecz nie ma powszechnej zgody co do tego, jak ten stan zdefiniować. Gdy jest krótkotrwała – mobilizuje, ale kiedy trwa zbyt długo i przechodzi w codzienną frustrację – niszczy i osłabia organizm. Kiedy stajesz oko w oko ze stresem (jak wynika z badań, najbardziej szkodliwy jest ten, którego doświadczamy, utraciwszy wpływ na sytuację), organizm wchodzi na wyższe obroty i to musi zaważyć na ogólnej

kondycji. Kardiolodzy wespół z psychologami ostrzegają już od lat: jeżeli zabija nas ambicja, żyjemy w pośpiechu, lubimy rywalizację i nadmiar obowiązków – nabieramy idealnych cech kandydata na zawałowca. Ale kiedy lekarz informuje pacjenta o wykrytym raku lub przekazuje mu równie niepomysłne informacje na temat jego zdrowia, stan napięcia jest także wysoki. Podczas jednej z konferencji prasowych prof. Marcin Grabowski z I Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na pytanie o znaczenie wpływu stresu na serce, na tle innych czynników ryzyka, mówił, że jest ono niewiele mniejsze niż w przypadku otęłości lub nadciśnienia. – *Szkoda więc, że przy szacowaniu ryzyka chorób serca moi koledzy zwracają na ten czynnik tak małą uwagę. Pytamy pacjenta o wagę, używki, mierzymy ciśnienie krwi. A stanem emocjonalnym i warunkami, w jakich żyje, mało kto się interesuje* – ubolewał. Czy właśnie dlatego, że medycy, sami przyzwyczajeni do stresu, skłonni są bagatelizować go u innych?

A może nie potrafią go dostrzec? W Polsce rola psychiki w procesie leczenia wciąż nie jest przez wszystkich doceniana. Lekarze zasłaniają się brakiem czasu na rozszerzanie wywiadu o treści pozamedyczne, ale nie wypytyują pacjentów o duchowe samopoczucie raczej z braku wiedzy. Lapidarne pytanie „Jak się pan/pani czuje?” to za mało, by otworzyć chorego i skłonić do bardziej szczerych wyznań. Zdaniem psychologów warto pytać konkretnie: jak opisałbyś poziom swojego napięcia, jak spiasz, w jakim ostatnio byłeś nastroju, czy martwisz się czymś, czy jesteś pod nadmierną presją w pracy lub domu, jaki wpływ choroba ma na twoje codzienne życie i relacje z najbliższymi?

Psychoonkologia stała się na tym tle ewenementem, gdyż ze wsparcia psychologicznego udzielanego chorym na raka udało się stworzyć pełnoprawną dziedzinę naukową. Może nadszedł czas, by skorzystały na tych doświadczeniach inne specjalności? Zdaję sobie sprawę, że są przeciwnicy takiej „rozpsychologizowanej” medycyny. A i pacjenci nie dowierzają, że ich stres czy przynębnienie mogą pogarszać przebieg kuracji.

Poznałem kiedyś pacjentkę, dla której najbardziej dotkliwym elementem kontaktu z lekarzami okazał się brak rzetelnych informacji na temat skutków ubocznych leczenia, z którymi ma się liczyć. Usłyszała od lekarki tylko, że czeka ją ciężki rok, i otrzymała kartkę ze spisem efektów niepożądanych, na które powinna być przygotowana, takich jak nudności, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, wypadanie włosów (powodem tych objawów był interferon). Wszystko podane z wersji *light*, tymczasem życie okazało się *hard*: zamiast nudności – silne wymioty, łagodne sformułowanie o podwyższeniu temperatury należało zinterpretować jako gorączkę powyżej 40 stopni z dreszczami, głowę oszpeciły brzydkie tyse placki. Kobieta wpadła w panikę, gdy pewnej nocy dostała krwawej biegunki, bo nie uprzedzono jej, że to też skutek dzia-

łania leku. Nikt nie doradził, jak pielęgnować wysuszoną skórę, nikt nie ostrzegł przed depresją. Moja rozmówczyni odnosiła po każdej kontrolnej wizycie wrażenie, że lekarze są zawstydzeni kontaktem z poważnie chorym człowiekiem. Kilka ogólnych pytań i dalej, następny czeka w kolejce.

Podpisujesz kwitki, otrzymujesz leki na kolejny miesiąc i co noc zasypiasz z niepewnością, jak będziesz się po nich czuć. W tym męczącym stanie wyczekiwania żyją miliony przewlekle chorych z rakiem, chorobami reumatycznymi, astmą, nadciśnieniem. Lekarzom, którzy mają pretensję do pacjentów za brak cierpliwości i lekceważenie zaleceń, może zbyt rzadko przychodzi do głowy, że źródeł wypowiadanego posłuszeństwa należy szukać w ich własnym gabinecie, w którym nie potrafili porozumieć się z pacjentem.

Gdyby chory wiedział, co go czeka, lepiej przygotowałby się na najgorsze. Jeśli mieszka sam, kładąc się do łóżka – tak jak pacjentka, której doświadczenia przytoczyłem – postawiłby przy nim miskę, pamiętałby o mokrym ręczniku.

Konieczność rejestrowania się na badania, przesuwanie terminów wizyt, oczekiwanie tygodniami na kontakt z lekarzem to kolejne źródła stresu, który odczuwają pacjenci. Ale to już nie wina osobowości lekarzy, lecz systemu, który dla medyków jest częstym powodem niezadowolenia z pracy i źródłem napięcia.

Ograniczony dostęp do lekarzy daje obu stronom fałszywe poczucie, że jakość kontaktu z chorym nie ma znaczenia. Pacjent po przekroczeniu progu gabinetu czuje się tak, jakby pana Boga złapał za nogi. Nieważne nawet, że czas na rozmowę wynosi 10 minut, bo przecież za drzwiami zostawił tłum czekających. Zdawkowość kontaktu jest łatwiej tolerowana, a nawet usprawiedliwiana. Kto czeka pół roku na wizytę, nie będzie się zastanawiał nad jej przebiegiem i nie zrezygnuje z niej w połowie, by zapisać się do innego lekarza (przed którego oblicze zostanie dopuszczony za sześć miesięcy).

Wiele problemów w relacjach z chorymi bierze się z wygórowanych oczekiwań. Są po obu stronach. Pacjentom wydaje się, że jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki można uwolnić ich od wszelkich trosk i dolegliwości, z kolei lekarze chcieliby mieć naprzeciw siebie partnerów, którzy się im we wszystkim podporządkują, pilnie wysłuchają i rozumieją. Na styku tych dwóch nierzeczywistych światów rodzą się konflikty, bo utrata złudzeń zawsze boli. Zdaniem autorów australijskich badań lekarze postrzegają pacjentów (w przeciwieństwie do samych siebie) jak nastawionych na konfrontację i mniej sumiennych, niż są oni w rzeczywistości. Takie podejście kształtuje się już w czasie studiów. Ponieważ u nas przyszłych lekarzy zaczynają kształcić politechniki, quasi-seminaria i szkoły zawodowe, różnice między oczekiwaniami ich absolwentów i chorych mogą tylko przysporzyć kolejnych kłopotów. ●

Anatomia kryzysu w social mediach

PO CHIŃSKU SŁOWO „KRYZYS” SKŁADA SIĘ Z DWÓCH ZNAKÓW: NIEBEZPIECZEŃSTWA... I SZANSY. Wbrew pozorom niezadowolony klient to nie koniec świata. Kryzys wywołany nieprzychylną opinią można przeanalizować, a nawet przekuć w sukces. Jeśli jednak myślisz, że Twojej firmie nic nie grozi, lepiej przygotuj się na tsunami w social mediach, bo kiedy nadejdzie fala hejtu, zasypie Cię lawina komentarzy. Co z nimi zrobisz?

tekst **OLGA RASIŃSKA**



Fot. W. Szachowski

EMOCJONALNE KOMENTARZE

W świecie social mediów każdy komentarz możemy określić (według emocji, które zawierają i budzą) jednym z trzech „sentymentów”*: pozytywny, neutralny lub negatywny. Pracownik firmy, która przykłada się do monitoringu sieci, wie, że komentarze negatywnych nigdy nie należy lekceważyć. Wierzcie lub nie, ale w firmie, która troszczy się o swój wizerunek, dział monitoringu jest ceniony i liczny. Dlatego, kiedy zostawiamy na profilu marki swoją opinię, pomyślmy o sympatycznej twarzy osoby, która czyta ją kilka sekund później i stawia przy niej znaczek uśmiechniętej, smutnej lub obojętnej buźki. Czy krytyki należy się obawiać? Przede wszystkim trzeba podejść do niej z powagą. Jeśli fani zobaczą, że odpowiednio reagujesz na tego typu problemy, będą Ci ufali. W świecie pełnym negatywnych emocji odnajdziesz prawdziwych przyjaciół, którzy chętnie wystąpią w Twojej obronie.

* Określenie używane przez internautów, oznaczające wydzwięk emocjonalny wypowiedzi.

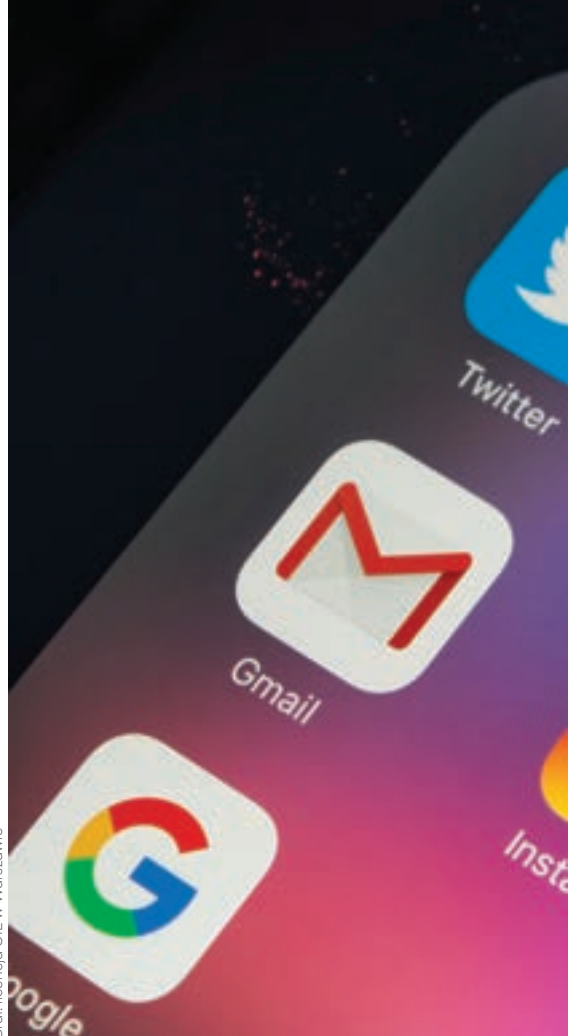
KIM SĄ AMBASADORZY MARKI?

Wśród klientów lub pacjentów są tacy, którzy Cię doceniają i szanują. Częstym błędem jest ignorowanie... pozytywnych opinii. Czy pamiętasz, żeby podziękować swoim ambasadorom? Osoby, które poświęciły czas, aby powrócić na Twój profil i podzielić się dobrym słowem, zasługują, by odwdziżyć im się tym samym. Ambasadorzy, nazywani także adwokatami marki, promują i udzielają się na Twoich kanałach komunikacji. Potrafią odpowiadać na pytania dotyczące oferowanych przez Ciebie usług, a także polecić je znajomym. Mogą też pomóc firmie w czasie kryzysu lub konstruktywnie skrytykować. Za każdym razem warto z nimi otwarcie i szczerze rozmawiać, pytać o opinie, angażować w interakcje.

STAŁA KRYZYSOWA

W social mediach mówi się, że kryzys zawsze wybucha tuż przed weekendem. Kiedy Ty odpoczywasz po pracowitym tygodniu, internauci mają właśnie czas na surfowanie w sieci. Istotą kryzysu w mediach społecznościowych bywa brak szybkiej reakcji na komentarze. Ale nie każda opinia nacechowana negatywnie wywoła kryzys.

Grat. licencja OIL w Warszawie





Każda jednak ma taki potencjał. Jeśli we właściwym momencie nie przejmiesz kontroli nad komunikacją, efektem będzie informacyjna reakcja łańcuchowa rozpowszechniająca tylko argumenty strony oskarżającej.

ANATOMIA KRYZYSU

Stało się! Mimo że nikt się tego nie spodziewał, nastąpił armagedon. W sieci powielana jest negatywna opinia na temat Twój lub Twojej firmy. Co można zrobić? Przede wszystkim dowiedz się prawdy. Zidentyfikuj osobę lub zdarzenie, które doprowadziło do publikacji negatywnych treści. Jeśli opinia jest nieprawdziwa, musisz przedstawić swoją wersję wydarzeń. Komunikat, który przygotujesz, ma być krótki i rzeczowy. Treść powinna odnosić się jedynie do faktów, nigdy nie należy atakować personalnie osoby stawiającej nam zarzuty. Wiadomość opublikuj bezpośrednio pod wypowiedzią, która stawia Cię w złym świetle. Przygotuj się na dodatkowe pytania i oskarżenia – najlepiej wcześniej wypisz sobie odpowiedzi związane z zakresem, który może wymagać sprecyzowania. Jeśli sprawa ma szeroki zasięg, konieczne będzie także opublikowanie oddzielnego komunikatu, np. na firmowym fanpage’u. Pamiętaj jednak, żeby wpis zamieścić jedynie na kanale komunikacji dotkniętym kryzysem. To, że na Facebooku trwa walka, nie znaczy, że pole bitwy ma się przenieść również na Twittera. Jeśli komunikat będzie zrozumiały i prawdziwy, internauci szybko dowiedzą się prawdy. Jednak co się stanie, gdy okaże się, że nie masz racji?

ZASADA PIĘCIU „P”

W całym zamieszaniu nie zapomnij, że wszystkim zdarzają się błędy, a po drugiej stronie monitora siedzą ludzie, którzy o tym wiedzą. Jeśli z sytuacji kryzysowej wyciągniesz wnioski i zlikwidujesz przyczynę problemu, nadal możesz zyskać w oczach internautów. Jak właściwie informować o błędach? Zasada pięciu „P” to wyjście proponowane przez Monikę Czaplicką, autorkę książki „Zarządzanie kryzysem w social mediach” i twórczynię popularnego fanpage’a „Kryzysy w social mediach wybuchają w weekendy?”:

- 1) Przeprós – część odbiorców potrzebuje tylko tego.
- 2) Przyznaj się do błędu – nie obwiniaj pracowników, zgłaszających problem ani czynników zewnętrznych.
- 3) Przeciwdziałaj – według badań ponad połowy kryzysów można uniknąć, słuchając uwag swoich odbiorców.
- 4) Popraw się – to szansa na rozwój.
- 5) Powetuj – jeśli już przyznajesz się do błędu, przepraszasz i masz zamiar się poprawić, kolejnym krokiem powinno być zadośćuczynienie poszkodowanemu.

Jeśli Ty i Twoja firma przetrwaliście internetowe tsunami, to oznacza, że wykorzystaliście w pełni szansę, jaką dał Wam kryzys. ●

Vademecum przedsiębiorcy ze stetoskopem

W PRZYPADKU ZAKŁADANIA GRUPOWEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ USTAWA OGRANICZA WYBÓR FORMY DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DO TRZECH SPÓŁEK: CYWILNEJ, JAWNEJ I PARTNERSKIEJ. PONIŻEJ KRÓTKIE ZESTAWIENIE.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

	Spółka cywilna	Spółka jawna	Spółka partnerska
Rodzaj spółki	–	Osobowa	Osobowa
Podmiotowość prawna	Brak (spółka cywilna to rodzaj umowy łączącej wspólników)	Tak (zgodnie z art. 8 kodeksu spółek handlowych są tzw. ułomnymi osobami prawnymi)	
Dokument	Umowa wspólników ¹		Umowa partnerów będących przedstawicielami tzw. wolnych zawodów ²
Rejestracja	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej Bezpłatna (każdy członek spółki będący osobą fizyczną musi mieć wpis w CEIDG) ³	Krajowy Rejestr Sądowy Płatna	Krajowy Rejestr Sądowy Płatna
Zgłaszanie zmian	Bezpłatne	Płatne	Płatne
Podatek dochodowy	Spółka nie jest płatnikiem podatku dochodowego. Podatek dochodowy odprowadzają wspólnicy/partnerzy.		
Składki ZUS	Spółki są płatnikami składek ZUS jedynie za osoby, które spółka zgłosiła do ubezpieczenia (np. pracowników). Każdy wspólnik jest zobowiązany do odprowadzania składek na ubezpieczenie na zasadach obowiązujących osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Każdy wspólnik jest płatnikiem składek na własne ubezpieczenie.		

Księgowość	Nieobowiązkowa pełna księgowość (we wszystkich trzech spółkach dopuszcza się prowadzenie uproszczonej księgowości, czyli księgi podatkowej przychodów i rozchodów KPiR, o ile nie został przekroczony limit przychodów określony w ustawie o rachunkowości z 29 września 1994 r. (DzU 1994 nr 121, poz. 591; w przypadku przekroczenia limitu pełna księgowość jest obligatoryjna)		
Kapitał zakładowy	Nie (każdy wspólnik w umowie spółki musi określić swój wkład, ale nie musi być to wkład pieniężny czy rzeczowy, tylko np. praca własna, lecz nie w formie prowadzenia spraw spółki!)		
Czy wspólnicy ponoszą odpowiedzialność za zobowiązania cywilnoprawne spółki?	Tak Jest to odpowiedzialność nieograniczona	Tak Jest to odpowiedzialność nieograniczona, ale o charakterze uzupełniającym ⁴	Tak Jest to odpowiedzialność nieograniczona, ale o charakterze uzupełniającym ^{5,6}
Czy wspólnicy ponoszą odpowiedzialność za długi publicznoprawne spółki?	Tak wspólnik odpowiada całym swoim majątkiem solidarnie ze spółką i z pozostałymi wspólnikami za zaległości podatkowe/składkowe spółki (art. 115 Ordynacji podatkowej)		
Kto reprezentuje spółkę?	Wszyscy wspólnicy	Przedstawiciele wskazani w umowie spółki	

¹ Umowa określa m.in. wkład własny wspólników, procentowy udział w zyskach i stratach (z założenia jest równo dzielony między wspólników, o ile zapis w umowie nie wskazuje inaczej), prawo do reprezentacji spółki (w przypadku spółki cywilnej do podejmowania wszelkich zobowiązań niezbędni są wszyscy wspólnicy, nawet jeśli umowa wskazuje inaczej, chyba że stosowny zapis znajduje się w CEDIG).

² Ibidem.

³ Spółka cywilna nie jest przedsiębiorstwem, mimo że posiada odrębny NIP i REGON, o które występują wszyscy wspólnicy odpowiednio w urzędzie skarbowym oraz urzędzie statystycznym.

⁴ W przypadku, gdy majątek spółki nie wystarczy na pokrycie zobowiązań przedsiębiorstwa, partnerzy są zobligowani do spłaty pozostałej części z własnego majątku.

⁵ Ibidem.

⁶ Partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania drugiego partnera. Każdy wspólnik samodzielnie ponosi odpowiedzialność np. za błędy w sztuce i wynikające z nich roszczenia pacjentów.

PODSUMOWANIE

Spółka cywilna funkcjonuje jako jedyna forma prawna podlegająca kodeksowi cywilnemu. W porównaniu z innymi spółkami jest mało zobowiązująca, nie posiada własnej osobowości prawnej. Przedsiębiorcami są jej wspólnicy. Zakładanie działalności gospodarczej jako spółki cywilnej wiąże się z uproszczonym prowadzeniem księgowości. Jeśli przychody spółki nie przekraczają 2 mln euro, wystarczy księga przychodów i rozchodów. **Wspólnikami** spółki cywilnej **mogą być nie tylko osoby fizyczne, lecz także prawne**. W tej sytuacji obowiązkowe jest prowadzenie szczegółowej księgowości. Spółka **nie wymaga wniesienia kapitału**. Jej wadą jest pełna **odpowiedzialność każdego wspólnika za zobowiązania spółki zarówno majątkiem firmowym, jak i własnym**, a także małżonka/ki, o ile nie mają rozdzielności majątkowej.

Spółka jawna wymaga przynajmniej dwóch wspólników. Za jej zobowiązania wspólnicy odpowiadają własnym majątkiem, chyba że całość zobowiązania uda się pokryć z majątku

spółki. Spółka jawna, w przeciwieństwie do spółki cywilnej, ma status przedsiębiorstwa i zdolność prawną, więc **może być kredytobiorcą**. Możliwe jest także pozwanie spółki, a nie jej wspólników.

Spółka partnerska to rodzaj spółki osobowej, przeznaczona dla przedstawicieli wolnych zawodów, czyli m.in. lekarzy i lekarzy dentyków. Jej zaletą jest **zachowanie pewnej niezależności partnerów, mimo wspólnego działania**. Za zobowiązania odpowiada spółka, jeśli posiada majątek wystarczający do ich pokrycia. Jeśli nie, do odpowiedzialności finansowej pociągnięci zostają partnerzy. Należy jednak pamiętać, że **odpowiedzialność spółki ogranicza się wyłącznie do zobowiązań wynikających z umów, w których stroną jest spółka**. Partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu przez pozostałych partnerów. ●

Tik-tak, tik-tak... Lekarzu POZ, przypominamy, że kurczy Ci się czas

LEKARZE PEDIATRZY I INTERNIŚCI, KTÓRZY CHCĄ PRZYJMOWAĆ PACJENTÓW W PORADNIACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, MUSZĄ UKOŃCZYĆ KURS W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bartyzel

Zgodnie z przepisami ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z 27 października 2017 r. (DzU 2017 r., poz. 2217), lekarz przyjmujący w poradni podstawowej opieki zdrowotnej i niebędący specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, aby nadal udzielać świadczeń zdrowotnych, musi odbyć specjalny, płatny kurs. Na zrealizowanie tego obowiązku ma czas do 31 grudnia 2024 r.

ZOBOWIĄZANY CZY NIE?

W kursie muszą wziąć udział lekarze pracujący w POZ, który posiadają specjalizację:

- I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
- I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
- I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Niektórym jednak się „upieczce”, bowiem z obowiązku ukończenia kursu ustawodawca zwalnia lekarzy, którzy przed 31 grudnia 2024 r. rozpoczną specjalizację z medycy-

ny rodzinnej lub zaczęli udzielać świadczeń w POZ przed 29 września 2007, czyli mają długi i nieprzerwany (przerwa nie może przekroczyć sześciu miesięcy) staż pracy w POZ.

Lekarze ze specjalizacją I lub II stopnia albo z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej rzecz jasna doszkalania w postaci owego kursu nie potrzebują.

PO CO TEN AMBARAS?

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej nakłada na lekarzy POZ nowy (szerszy) zakres obowiązków. Muszą mu sprostać również ci, którzy nie specjalizowali się w medycynie rodzinnej.

Ministerstwo Zdrowia 21 maja 2019 r. wydało rozporządzenie do wspomnianej ustawy, w którym określa założenia organizacyjno-programowe kursu, plan nauczania z rozkładem zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Oto niektóre zagadnienia poruszane na kursie:

- zapewnianie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną,
- koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia,
- ocena potrzeb oraz ustalanie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką i wdrażania działań profilaktycznych,
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego oraz psychicznego,
- zapewnianie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa,
- zapewnianie edukacji pacjentów w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Kurs obejmuje zajęcia e-learningowe, tj. materiał do przyswojenia w dogodnym dla każdego czasie, oraz stacjonarne. Zawiera także moduł zajęć praktycznych, na które lekarze muszą wybrać się do Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w Lublinie.

KOŁO RATUNKOWE?

Kurs jest utrudnieniem dla i tak zabieganych lekarzy, ale jednocześnie kołem ratunkowym. Dlaczego? Bowiemy od 2025 r. nowi lekarze specjaliści medycyny ogólnej oraz chorób wewnętrznych nie będą już zatrudniani w POZ. Omawiany kurs będzie nadal obowiązkowy, ale jedynie dla lekarzy pediatrów. Warto podkreślić, że będzie na nim tylko 50 miejsc rocznie.

Obecne rozwiązanie może ratować także POZ, bo nie pozabawi tych placówek sporej części obsady po 31 grudnia 2024 r. Niewystarczająca liczba specjalistów medycyny rodzinnej i będących w trakcie zdobywania tej specjalizacji została uwzględniona przez ustawę. Stąd dopuszczenie do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej również lekarzy posiadających inne specjalizacje. Ale czy do 2025 r. odnotujemy znaczący wzrost liczby medyków specjalizujących się w medycynie rodzinnej?

TYLE HAŁASU O... CZAS

Czasu niby dużo, ale tylko niby. Kursy organizuje Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, jak już wspomniano składają się na nie moduły e-learningowy, stacjonarny oraz praktyczny. Dlatego liczba miejsc na kursie, a także kursów jest ograniczona. Resort zdrowia przyjął założenie, że rocznie odbędzie kurs około 200 lekarzy, w okresie 2019–2024 daje to 1000–1200. Tyle teoria. A co mówi praktyka? Z danych otrzymanych od CMKP wynika, że założenia nie mają wiele wspólnego z rzeczywistością.

W 2020 r. odbył się jeden kurs, drugi został odwołany z powodu braku chętnych. Przeszkoliło się 24 lekarzy (na kursie były jeszcze wolne miejsca).

W 2021 r. kursy ze względu na ich obowiązkową część praktyczną nie mogły się odbyć (obostrzenia covidowe).

W 2022 r. odbyły się dwa kursy, w których w sumie wzięło udział 87 osób (na obu były wolne miejsca).

W tym roku CMKP zaplanowało pięć kursów. Do udziału w trzech zakwalifikowano 168 osób. Na czwarty, który odbędzie się w terminie 31 lipca – 2 października, zgłosiło się 33 osób, a na piąty (31 lipca – 27 października) 41. Na obu nadal są wolne miejsca. Zatem w okresie 2020–2023 przeszkoliło się mniej niż 400 osób.

Agnieszka Pochręst-Motyczyńska, rzeczniczka CMKP, zapytana o to, czy zaangażowanie innych placówek lub instytucji (na co zgodę musiałby wydać ustawodawca) umożliwiło by przeszkolenie większej liczby lekarzy, odpowiada: – *Dotychczas na każdym kursie były wolne miejsca, więc nie wydaje się, aby zaangażowanie innych placówek mogło w tym względzie coś zmienić.*

Dane pokazują również, że w przedostatnim roku ukończy kursy najwięcej lekarzy. Możemy zatem przyjąć założenie, że rok 2024 najbardziej obrodzi w chętnych. Problemem może jednak stać się ograniczona liczba miejsc. Jednocześnie CMKP podkreśla, że stara się organizować kolejne kursy ze względu na zainteresowanie lekarzy. Jednak zbyt duża zwłoka z ich strony, może spowodować, że miejsc dla nich zabraknie.

Na prośbę Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przypominamy o zapisach na obowiązkowy kurs dla lekarzy POZ.

NAJBLIŻSZE TERMINY

Z WOLNYMI MIEJSCAMI:

31 lipca – 2 października 2023 r.

31 lipca – 27 października 2023 r.

Zapisy na stronie internetowej: <https://kursy.cmkp.edu.pl/>. ●



Graf. licencja OIL w Warszawie



Fot. M. Niepytalski

Więcej empatii i więcej odwagi

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Już po raz trzeci OIL w Warszawie współorganizuje konferencję poświęconą podejściu do umierania i śmierci w pracy lekarza. Wydaje mi się, że z każdą kolejną mamy więcej odwagi, by podejmować kontrowersyjne tematy – mówi redaktorowi „Pulsu” dr n. med. Agata Malenda, jedna z organizatorek konferencji „Empatia a umieranie i śmierć. Dobre praktyki w relacji lekarz – pacjent – rodzina”, która odbyła się w przedostatni weekend maja.

Wśród podjętych podczas konferencji tematów były m.in. metody wspierania rodziców w przypadkach strat okołoporodowych lub śmierci starszych dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnością. Uczestnicy rozmawiali o potrzebach osób w stanach terminalnych, a także o problemach zespołów medycznych, widzianych z perspektywy kierownika oddzia-

łu, związanych z podejmowaniem decyzji rozstrzygających o życiu lub śmierci.

W rozmowach przewijał się także wątek dokumentu przygotowanego niedawno przez Towarzystwo Internistów Polskich, z poparciem Naczelnej Izby Lekarskiej, zawierającego zbiór wytycznych w zakresie terapii daremnej. Jednym z jego autorów jest współuczestnik konferencji, wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela. Zdaniem Agaty Malendy owe wytyczne mają szansę wywrzeć istotny wpływ na pracę lekarzy z pacjentami w stanie terminalnym. – *My, lekarze, lubimy wytyczne. Bez względu na to, ile mówimy o dobrych praktykach, bez pisemnej formy opracowania zasad dużo trudniej jest podejmować decyzje i próby np. powoływania konsyliów w sprawach terapii daremnej* – przekonuje lekarka. ●

Konferencja „Ból i cierpienie”

PATRONAT
pulsu

tekst **ks. DARIUSZ PATER**

Na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie 22 kwietnia odbyła się XII Konferencja Ochrony Zdrowia „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. Onkologia dziecięca”. Wśród organizatorów byli: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, którą reprezentował wiceprezes ORL Karol Stępniewski, Wydział Studiów nad Rodziną UKSW w Warszawie, Wydział Medyczny Collegium Medicum UKSW, Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz liczni współorganizatorzy. Patronat honorowy nad konferencją sprawował ks. prof. dr hab. Ryszard Czekalski, rektor UKSW w Warszawie, a patronatem medialnym objął spotkanie miesięcznik „Puls”.

Na trzy sesje konferencji złożyły się referaty poświęcone szczegółowym zagadnieniom onkologii wieku dziecięcego. Prelegentkami w sesji pierwszej były: prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka, prof. dr hab. n. med. Bożenna Dembowska-Bagińska, dr n. med. Magda Wołowiec i dr n. med. Anna Wakulińska. W sesji drugiej głos zabrali: prof. dr hab. n. med. Anna Raciborska, dr n. med. Barbara Sopyło, prof. dr hab. n. med. Paweł Łąguna, mgr Maciej Starzyński oraz dr n. med. Marek Karwacki, a w trzeciej: dr n. med. Aleksander Wiśniewski, dr n. med. Beata Chełstowska, lek. Mateusz Szatanek oraz ks. dr hab. Dariusz Pater, prof. UKSW. W komitecie naukowym znalazło się ponad 40 znanych autorytetów nauk medycznych. ●



Fot. archiwum

#ODWOLUJE #NIEBLOKUJE – przyłączamy się do akcji

OIL W WARSZAWIE PRZYŁĄCZA SIĘ DO KAMPANII SPOŁECZNEJ MAJĄCEJ NA CELU UŚWIADOMIENIE PACJENTOM, JAKIE STRATY DLA OCHRONY ZDROWIA GENERUJE NIEODWOŁYWANIE PRZEZ NICH WIZYT.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

W pierwszej części kampanii zainicjowanej w ubiegłym roku wzięło udział około 200 placówek medycznych w całej Polsce. Inicjatorem przedsięwzięcia jest Centrum Medyczne Puławska. O przystąpieniu do akcji OIL w Warszawie mówił podczas konferencji „Akademia menedżera ochrony zdrowia” prezes Piotr Pawliszak. – Jako pierwsza okręgowa izba lekarska przystępujemy do tego projektu, ale wielu medyków już wcześniej zwracało uwagę na istnienie problemu. Szczególnie ci wąsko wyspecjalizowani. Przykładowo, nieodwołanie wizyty u pediatry w POZ ma relatywnie niewielkie negatywne skutki, bo na miejsce nieobecnego pacjenta zwykle znajdzie się ktoś, kto przyszedł

nieumówiony. Zgodnie z zasadami bowiem i tak trzeba przyjąć pacjenta np. z gorączką. Gorzej jest, gdy na uzgodnioną wizytę nie przychodzi pacjent chociażby do psychiatry dziecięcego. Tych specjalistów mamy ledwie kilkuset w całym kraju, czas oczekiwania na wizytę jest długi, a i sama wizyta trwa nie 15 minut, ale nawet godzinę – przekonywał prezes ORL w Warszawie.

Organizatorzy akcji podają, że w Polsce nawet 17 mln pacjentów rocznie nie stawia się na wizyty lekarskie, nie uprzedzając placówek medycznych. Więcej informacji o kampanii na stronie: odwolujenieblokuje.pl. ●

35 lat dyplomatorium

23 września 2023 r. w Rokitnicy odbędzie się uroczystość związana z 35-leciem dyplomatorium. Koleżanki i Kolegów, którzy ukończyli studia w 1988 r. i są zainteresowani spotkaniem, prosimy o kontakt z dr. Jackiem Sroczyńskim, e-mail: dr.sroczyński@gmail.com, tel. 601 268 217. ●



OIL SPORT MISTRZ

Program nagród dla najlepszych sportowców lekarzy

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

Regulamin i wniosek:



Komisja ds. Sportu  OBLĘGOWA IZBA LECARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nitebowicza

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

9. MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY

w ramach 11. Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76

18 czerwca 2023, Radom



Rejestracja: 

Więcej informacji: izba-lekarska.pl w zakładce „Kultura i sport”

  OBLĘGOWA IZBA LECARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nitebowicza  Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie

KALENDARZ KOMISJI DS. KULTURY NA NAJBLIŻSZE TYGODNIE:

- 5 czerwca** godz. 18.00 – „Ostry dyżur literacki” – warsztaty w Domu Literatury
- 19 czerwca** godz. 16.00 – operetka w Domu Lekarza TLW
- 30 czerwca** – ostateczny termin przesyłania zgłoszeń w konkursie „Puls słowa”
- 31 sierpnia** – ostateczny termin przesyłania zgłoszeń w konkursie poetyckim
- 30 września** – ostateczny termin przesyłania zgłoszeń w trzeciej edycji Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Szczegółowe informacje na izba-lekarska.pl w zakładce Komisji ds. Kultury.

Sztuka współpracy

KOOPERACJA MIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI SEKCJAMI KOMISJI DS. KULTURY ORL W WARSZAWIE TO NOWY PRIORYTET, JAKI WYZNACZYŁA JEJ PRZEWODNICZĄCA **BOŻENA HOFFMAN-GOLAŃSKA**.

rozmawia **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Plan działań komisji na ten rok zakłada pewne zmiany w dotychczasowej formule, prawda?

Pracujemy dla czterech głównych grup lekarzy-twórców: literatów, malarzy, fotografów i muzyków. Oczywiście, dla każdej z tych grup przewidujemy oddzielne przedsięwzięcia, ale chcemy, by działania wszystkich naszych artystów miały wspólny mianownik. Stąd pomysł na swoistą synergię inspiracji. Przykładowo: dla literatów będziemy przeprowadzać wybory utworu miesiąca (wiersza, opowiadania). Takie dzieło

zostanie przedstawione malarzom i fotografom jako inspiracja dla twórczości wizualnej. Malarze zaprezentują obraz miesiąca, który pokazywać będą poetom i pisarzom jako źródło weny literackiej, muzycy – układać oprawę instrumentalną i wokalną do tekstów naszych autorów itd.

Jaki zamierzacie w ten sposób osiągnąć cel?

Przede wszystkim nasilić działania integracyjne komisji. Poza tym pod koniec roku zorganizujemy uroczyste spotkanie poświęcone twórczości lekarskiej,

na którym zaprezentujemy owoce całorocznej pracy.

Rozumiem, że te dzieła nie będą powstawać tylko w zaciszach domów.

Oczywiście. Komisja stale organizuje imprezy kulturalne – warsztaty, plenery, koncerty, spotkania autorskie, o których informujemy na bieżąco. Za nami np. plener fotograficzny w Żyrardowie, podczas którego zajmowaliśmy się, oprócz fotografii miejskiej, ćwiczeniami z fotografii portretowej, a już 5 czerwca zapraszamy na kolejne warsztaty „Ostry dyżur literacki”. ●



Fot. O. Rasińska



Liga Mistrzów OIL

WYNIKI 6. KOLEJKI

	ZESPÓŁ	M	W	R	P	B.Z.	B.S.	R.B.	PKT.
1	FC Stylus	5	5	0	0	27	14	13	15
2	Dynamo Wołoska	6	4	0	2	34	21	13	12
3	Najlepsi	6	4	0	2	53	16	37	12
4	Healers United	6	4	0	2	41	19	22	12
5	IRON BOYZ	6	3	0	3	36	38	-2	9
6	Medicine United	6	3	0	3	24	29	-5	9
7	FC Biały Kieł	6	2	0	4	29	28	1	6
8	OIL Warszawa	4	1	0	3	10	23	-13	3
9	FC Mazovia Szpitale Marszałkowskie	5	1	0	4	17	51	-34	3
10	Pędzące Kochery	6	1	0	5	15	47	-32	3

PIĘCIU NAJLEPSZYCH STRZELCÓW

POZYCJA	ZAWODNIK	ZESPÓŁ	BRAMKI
1	Andranik Petrosjan	IRON BOYZ	16
2	Michał Pac	Najlepsi	14
3	Kacper Jackowicz	Dynamo Wołoska	13
	Filip Szulecki	Healers United	13
5	Bartłomiej Rotuski	Healers United	12



Statystyki ligi obowiązujące w dniu zamknięcia numeru „Pulsu”, 24 maja 2023 r.

OIL w Warszawie organizuje ogólnopolski kongres poświęcony sprawom lekarek

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Kongres Matek Lekarek (od nazwy organizującego go Zespołu ds. Matek Lekarek ORL w Warszawie) odbędzie się jesienią w Otwocku pod Warszawą. Trzydniowe spotkanie zostanie poświęcone najważniejszym wyzwaniom, jakie rzeczywistość stawia przed kobietami, które swoją karierę zawodową związały z medycyną.

Zjazd rozpocznie się w piątek 20 października i potrwa do niedzieli. W agendzie znajdują się takie zagadnienia jak: dyskryminacja, w tym luka płacowa dotycząca lekarki; sytuacja kobiet w pracy naukowej i klinicznej (np. problemy, jakie napotykają początkujące chirurżki, z dopuszczaniem ich do prowadzenia operacji, porady dotyczące otwarcia przewodu doktorskiego); dobrostan fizyczny i umysłowy w pracy i poza nią. Organizatorki zaplanowały także sesję z udziałem lekarek, których wybitne osiągnięcia mogą stanowić inspirację dla uczestniczek. Udział w tej części programu potwierdziły: Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultantka krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, trzecia na liście stu najbardziej wpływowych osób polskiego systemu ochrony zdrowia według

„Pulsu Medycyny”, a także Anna Lella, prezeska Warmińsko-Mazurskiej Rady Lekarskiej i wiceprezeska Rady Europejskich Lekarzy Dentystów. Odbędą się także spotkania grup roboczych pracujących nad systemowymi rozwiązaniami wybranych zagadnień poruszanych podczas kongresu.

– *Organizacja ogólnopolskiego kongresu poświęconego sprawom lekarek to wyzwanie i zobowiązanie, ale podejmujemy je z przyjemnością – zapewnia w rozmowie z „Pulsem” Maria Kłosińska, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek ORL w Warszawie. – Szczególnie, kiedy się przekonujemy, z jaką radością prelegentki przyjmują zaproszenia, podkreślając potrzebę tworzenia forum dyskusji o naszych sprawach. Właśnie wychodząc naprzeciw tej potrzebie, zapraszamy do udziału w zjeździe lekarki z całej Polski.*

To już drugi kongres. Pierwszy odbył się w 2019 r., organizowała go wówczas izba warmińsko-mazurska w Starych Jabłonkach. Tym razem spotkanie odbędzie się w Z-Hotelu w Otwocku. Szczegóły i rejestracja: izba-lekarska.pl. ●

**II Ogólnopolski Kongres
Matek Lekarek**

20–22 października 2023
Z-Hotel w Otwocku

Rejestracja od 19 czerwca na izba-lekarska.pl

MATEK LEKAREK



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

TERMINY I TEMATY WYKŁADÓW, KTÓRE PLANOWANE SĄ W I SEMESTRZE ROKU AKADEMICKIEGO 2023/2024

10.10.23 r., godz. 11.00 Inauguracja roku akademickiego 2023/2024

Wykład inauguracyjny „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej” – dr Łukasz Jankowski, prezes NRL

24.10.23 r., godz. 11.00 „Profilaktyka szczepień” – dr n. med. Ewa Duszczyk

7.11.23 r., godz. 11.00 „Rehabilitacja osób starszych” – lek. Barbara Dobies-Krześniak

21.11.23 r., godz. 11.00 „Stan przyzębia jamy ustnej – współczesne wyzwania” – dr hab. n. med. Maciej Czerniuk

5.12.23 r., godz. 11.00 „Jedz zdrowo, żyj długo! Jak dieta wpływa na długowieczność” – mgr Anna Gałązkiewicz

12.12.23 r., godz. 11.00 Spotkanie przedświąteczne

9.01.24 r., godz. 11.00 „Kampinoski Park Narodowy” – mgr Konrad Malec

21.01.24 r., godz. 11.00 „Historia samorządu lekarskiego” – dr Sebastian Stykowski

6.02.24 r., godz. 11.00 „Warto rozmawiać. Rola komunikacji społecznej w życiu człowieka” – płk Leszek Laszczak

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

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

Lekarze z Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” w Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN



Fot. P. Kórczyk

Z okazji 80. rocznicy wybuchu powstania w getcie warszawskim nasi lekarze seniorzy z Uniwersytetu Trzeciego Wieku za sprawą przewodniczącej Elżbiety Małkiewicz odwiedzili muzeum POLIN. Placówka prezentuje historię polskich Żydów od średniowiecza do czasów współczesnych. Uczestnicy wycieczki obejrzeni stali ekspozycję, poświęconą m.in. kulturze, religii, życiu społecznemu i kwestiom związanym z Holokaustem.

Jedną z najważniejszych części muzeum jest wystawa poświęcona Zagładzie Żydów podczas II wojny światowej. Seniorzy obejrzeni makiety obozów koncentracyjnych, przedmioty codziennego użytku, fotografie, a także poznali indywidualne losy niektórych ofiar Holokaustu.

Przy okazji chcielibyśmy przypomnieć, że do końca semestru pozostały jeszcze trzy spotkania. Ich harmonogram przedstawiamy poniżej. ●

13.06.23 r., godz. 11.00 „Sumienie wyznacznikiem dobroci czynu” – prof. dr hab. ks. Ryszard Moń

27.06.23 r., godz. 11.00 „Naruszenie dóbr osobistych. Oświadczenie woli i przyjmowanie oświadczenia woli”
– Sebastian Stykowski, prawnik

4.07.23 r., godz. 11.00 „Medycyna stylu życia a zdrowa starość” – mgr Sylwia Piętka

Lekarz kontra Znany Lekarz

HEJT, BEZPODSTAWNE OCZERNIANIE I INNE NARUSZENIA DÓBR OSOBISTYCH – TO JEDEN Z NAJPOWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW, Z JAKIMI BORYKAJĄ SIĘ LEKARZE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ. WAŻNY ORĘŻ W NIEUSTAJĄCEJ WALCE RZECZNIKA PRAW LEKARZA O GODNOŚĆ ZAWODU DAJE (NA RAZIE NIEPRAWOMOCNY) WYROK SĄDU OKRĘGOWEGO W WARSZAWIE, KTÓRY PRZYZNAŁ ZADOŚĆUCZYNIENIE OD PORTALU ZNANYLEKARZ.PL ZA NEGATYWNY KOMENTARZ JEDNEGO Z UŻYTKOWNIKÓW.

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



Fot. K. Bartyzel

Do precedensowego procesu, jaki serwisowi internetowemu wytoczyła lekarka, nasza izba włączyła się w charakterze interwenienta ubocznego.

Nie da się ukryć, że portal ZnanyLekarz.pl odgrywa istotną rolę w życiu zawodowym medyków. Być może znacznie większą, niż nieporównywalnie potężniejsze media społecznościowe, takie jak Facebook czy Twitter, w których użytkownicy szukają przede wszystkim „igrzysk”. Internauci są przyzwyczajeni, że komentarze nie muszą być wiarygodne, ale muszą być szokujące. Na portalu ZnanyLekarz.pl szukają natomiast konkretnej wiedzy o jakości usług medycznych, dlatego komentarze innych użytkowników skłonni są traktować z większą powagą. Tym istotniejsza w mojej opinii jest społeczna odpowiedzialność administratorów portalu.

Sąd uznał, że przepisy potwierdzają tę odpowiedzialność. W uzasadnieniu podkreślił, że jednoznacznie nakładają na portal internetowy ciężar udowodnienia prawdziwości negatywnego komentarza. Ponieważ ZnanyLekarz.pl tego nie uczynił, jedynie przyjął bezkrytycznie oświadczenie autora krzywdzącego wpisu, został uznany odpowiedzialnym za naruszenie

dóbr osobistych lekarki, pod której adresem ów wpis był skierowany.

W uzasadnieniu wyroku sąd wskazał, jakie kroki powinny zostać podjęte, jeżeli osoba, której dobra osobiste są naruszane, zgłosi to dostawcy usługi internetowej. Musi on udowodnić, że komentarz jest prawdziwy, albo go zablokować. Ponieważ w omawianej sprawie tak się nie stało, zasądzono na rzecz wspieranej przez izbę lekarską poszkodowanej 10 tys. zł zadośćuczynienia. Czekaemy teraz na reakcję naszych przeciwników procesowych, choć z doniesień medialnych wiem, że

zamierzają odwoływać się od wyroku. W przypadku apelacji też będziemy wspierać naszą koleżankę.

Warto jednak zwrócić uwagę, że portal ZnanyLekarz.pl jest spółką z siedzibą w Polsce, co ułatwiło dochodzenie praw poszkodowanej. Znacznie trudniejsze są spory prawne z firmami z siedzibami poza Polską, przede wszystkim poza Unią Europejską. To największy grzech na rynku usług cyfrowych, a właśnie oni są współodpowiedzialni za szerzenie hejtu, jeśli nie usuwają komentarzy naruszających dobra osobiste lekarzy i wszystkich innych osób. Ale i na tym polu walki o godność zawodu nie składamy broni. ●

Analiza przypadku

TYM RAZEM W NASZEJ RUBRYCE PRZEDSTAWIAMY SPRAWĘ, KTÓRA ROZPATRYWANA BYŁA PRZEZ SĄD. POZWANYM NIE BYŁ LEKARZ, LECZ SZPITAL, KTÓRY GO ZATRUDNIA.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

Pani K.Z. w 2008 r. przeżyła zawał mięśnia sercowego, który był leczony angioplastyką prawej tętnicy wieńcowej z wszczepieniem dwóch stentów metalowych i angioplastyką gałęzi tylnobocznej z wszczepieniem stentu typu DES. Po operacji przyjmowała leki kardiologiczne i znajdowała się pod stałą opieką kardiologa w przychodni. Pacjentka była obciążona genetycznie chorobami sercowo-naczyniowymi, na które cierpieli również członkowie jej rodziny, sama zaś miała przewlekłą chorobę wieńcową i nadciśnienie tętnicze. Po zabiegu w 2008 r. pani K.Z. powróciła do pracy zawodowej, którą kontynuowała do osiągnięcia wieku emerytalnego.

4 lipca 2018 r. pacjentka zgłosiła się do szpitala z uwagi na bóle w klatce piersiowej. Przeprowadzono jej badania, ale odmówiono hospitalizacji, mimo objawów wskazujących na zawał serca. 9 lipca 2018 r. powódka przeszła zawał, trafiła do szpitala, gdzie została poddana operacji. Po przebytym zawale serca odczuwała pogorszenie stanu zdrowia oraz silny strach przed koniecznością ponownego poddania się leczeniu i kolejnym zbagatelizowaniem jej przypadku. Złożyła zatem pozew do sądu. Jej zdaniem lekarz popełnił błąd medyczny, odmawiając przyjęcia na oddział w celu poszerzenia diagnostyki kardiologicznej i udzielenia świadczeń zdrowotnych odpowiednich do jej stanu zdrowia. W wyniku takiego postępowania

lekarza została narażona na utratę życia lub zdrowia oraz zmniejszenie szans na bardziej skuteczne leczenie kardiologiczne. W ocenie pani K.Z. przyjęcie na oddział chorób wewnętrznych placówki pozwoliłoby uniknąć zawału albo zmniejszyć jego rozmiar. Według pacjentki odmowa hospitalizacji przez szpital stanowiła także rażące naruszenie praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w szczególności prawa do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Pani K.Z. złożyła roszczenie w wysokości 45 tys. zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną błędem medycznym, oraz 65 tys. zł z odsetkami za zawinione naruszenie praw pacjenta.

W odpowiedzi na pozew szpital wskazał, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego względem powódki. Zdiagnozowanie lub wykluczenie zawału serca następuje nie tylko na podstawie badania poziomu troponiny, ale także innych badań, m.in. EKG, wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego. Wszystkie wymagane badania zostały przeprowadzone w placówce 4 lipca 2018 r. Po zastosowaniu leczenia nastąpiła u pani K.Z. normalizacja ciśnienia i ustąpiły dolegliwości dławicowe, została więc odesłana do domu z zaleceniem kontynuacji stałego leczenia.

Nie sposób przypisać pozwanemu szpitalowi jakiegokolwiek błędu lub najłżejszej winy, a zachowanie lekarza cechowało wysoki stopień staranności i zgodności z zasadami wiedzy medycznej. Pani K.Z. nie dowiodła również doznanej krzywdy. Zawał mięśnia sercowego 9 lipca nie był powiązany z objawami, które występowały u niej 4 lipca. W odniesieniu do roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta przedstawiciel pozwanej placówki podał, że świadczenia zdrowotne udzielone powódce odpowiadały aktualnej wiedzy medycznej, a z uwagi na poprawę stanu zdrowia nie było wskazań do jej hospitalizacji.

Sprawa toczyła się przed sądem okręgowym. W trakcie postępowania sąd powołał biegłego, który przekonująco uzasadnił, że zachowanie lekarzy w stosunku do powódki było prawidłowe, nie można zarzucić im błędnych działań leczniczych ani zaniechań w zakresie diagnostyki i leczenia. Wyniki badań, nie tylko stężenia troponiny, ale także EKG, pozwoliły wykluczyć ostry zespół wieńcowy. Niewielkie podwyższenie stężenia troponiny bieglej ocenił jako niespecyficzne i mogące występować w różnych sytuacjach klinicznych, m.in. przy wysokim ciśnieniu tętniczym. Zaniechanie dalszej diagnostyki przez personel medyczny nie stanowiło zatem naruszenia zasad sztuki lekarskiej i wskazań wynikających z aktualnego poziomu wiedzy medycznej w dziedzinie kardiologii. Odmowa przyjęcia powódki do szpitala 4 lipca 2018 r. była postępowaniem prawidłowym, opartym na wykluczeniu wówczas zawału serca.

Na podstawie zebranych w sprawie dowodów, w tym opinii biegłego, sąd postanowił oddalić powództwo w całości. Uzasadniając swoje stanowisko, wskazał, że nie było błędem ze strony personelu placówki medycznej zaniechanie względem pani K.Z. dalszej diagnostyki, nieprzyjęcie jej na oddział oraz niewykonanie u niej angioplastyki czy koronarografii. W ocenie sądu nie doszło również do naruszenia prawa pacjentki do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze

względu na zagrożenie zdrowia lub życia, przewidzianego w art. 7 ust. 1 ustawy. Między godziną przybycia powódki ze skierowaniem do placówki medycznej a przyjęciem na izbę przyjęć i pobraniem materiału do badań upłynęło niewiele czasu. Adekwatnej pomocy medycznej udzielono powódce bezzwłocznie, więc nie została narażona na utratę zdrowia lub życia ze względu na opóźnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Pytanie redakcji: Zazwyczaj w opisywanych sprawach zarzuty kierowane są do lekarzy. Tutaj tak nie było. Dlaczego?

Odpowiedź prawnika lekarza: W przypadku błędów medycznych popełnionych przez lekarzy, którzy zatrudnieni są na podstawie umowy cywilnoprawnej, ich odpowiedzialność jest solidarna z placówką medyczną. Co to oznacza? Pacjent może zdecydować, czy roszczenie kieruje do lekarza, placówki medycznej, czy do lekarza i placówki medycznej razem. To zależy od jego decyzji. W tym przypadku pacjentka zdecydowała się pozwać podmiot leczniczy.

Pytanie redakcji: Czy takie przypadki są częste?

Odpowiedź prawnika lekarza: Tak. Często pacjenci decydują się pozwać placówkę medyczną, ponieważ w procesie leczenia, które prowadzi kilku lekarzy, nie wiedzą kto *de facto* ponosi winę. Poza tym placówki medyczne mają zazwyczaj wyższe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, co w przypadku zasądzenia roszczenia ma niebagatelne znaczenie. ●

Podsiadły  Powierża
Kameralne Biuro Prawne - Radomsko, sp. z o.o.

PRAWNIK § LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyistów
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w poniedziałek w godz. 10.00–18.00

od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)

Kontakt prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH PYTA O PRAWA PACJENTA OSÓB OSADZONYCH W ZAKŁADACH KARNYCH

Rzecznik praw obywatelskich Marcin Wiącek zwrócił się z oficjalnym pytaniem* do rzecznika praw pacjenta, czy RPO jest organem właściwym do rozpatrywania wniosków i skarg osób pozbawionych wolności dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych im w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania. Zauważył, że docierają do jego biura informacje, że RPP odmawia zajmowania się tego rodzaju sprawami, wskazując jako właściwy tryb określony w rozporządzeniu ministra sprawiedliwości w sprawie sposobów rozpatrywania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych.*

W odpowiedzi* rzecznik praw pacjenta wyjaśnił, że jego zdaniem prawa pacjenta, o których mowa w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta,* nie są tożsame z prawami osób pozbawionych wolności bądź tymczasowo aresztowanych, ponieważ ich prawa reguluje kodeks karny wykonawczy.* W związku z tym skazanym, odbywającym karę pozbawienia wolności, przysługuje odmienny zakres ochrony, niekiedy ograniczony. Jako przykład podano art. 115 kodeksu karnego wykonawczego, który z jednej strony stanowi o prawie skazanego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych, ale z drugiej mówi o braku prawa wyboru lekarza i pielęgniarki. RPP stwierdził, że jego zdaniem zapewnienie osobom skazanym na karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanym przestrzegania ich praw, a zwłaszcza prawa do opieki zdrowotnej, należy do zadań Służby Więziennej. Natomiast rozpatrywanie wniosku dotyczącego nieprawidłowego działa-

nia jednostek penitencjarnych, zgłoszonego przez osobę pozbawioną wolności bądź tymczasowo aresztowaną, zdaniem rzecznika praw pacjenta nie jest jego zadaniem.

W kolejnym wystąpieniu* Marcin Wiącek wskazał zasadnicze wątpliwości, jakie powstają w związku ze stanowiskiem RPP. Pozbawienie wolności wiąże się z odrębnością w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym z pewnymi ograniczeniami. Zdaniem rzecznika praw obywatelskich nie czyni to jednak z rzecznika praw pacjenta organu niewłaściwego do rozpatrywania wniosków osób pozbawionych wolności. Pacjentem, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, jest osoba zwracająca się o świadczenie zdrowotne lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot lub osobę wykonującą zawód medyczny. Definicja ta nie wyłącza zatem ze swego zakresu osób przebywających w zakładach karnych. Co więcej, przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem m.in. podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, do których należą również jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra sprawiedliwości. Rzecznik praw obywatelskich zwrócił przy tym uwagę na trzy praktyczne aspekty związane z ochroną praw pacjenta osób pozbawionych wolności.

Po pierwsze, z rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej pacjentów w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności* wynika, że ma być ona prowadzona dla omawianej grupy osób. Zbadanie zarzutu nieprawidłowego jej prowadzenia lub uniemożliwienia dostępu do niej leży zdaniem RPO w zakresie kompetencji Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Dalej wskazano, że minister sprawiedliwości podejmuje decyzje dotyczące budżetu jednostek ochrony zdrowia w zakładach karnych. Rezultatem jednej z takich decyzji jest brak możliwości hospitalizacji w strukturze więziennej osób pozbawionych wolności chorujących na WZW typu C. Zdaniem Marcina Wią-

ka pacjenci pozbawieni wolności mają prawo oczekiwać, że rzecznik praw pacjenta stanie na straży ich prawa do opieki medycznej, którego naruszenie mogłoby wynikać z decyzji ministra sprawiedliwości. Trzecim aspektem ochrony praw pacjenta w zakładach karnych jest prawo do złożenia wniosku dotyczącego praw pacjenta przez osobę bliską osadzonego lub inną działającą na jego rzecz. Tryb przewidziany w przepisach kodeksu karnego wykonawczego uprawnia do złożenia skargi wyłącznie skazanego, tymczasem ustawa o prawach pacjenta określa uprawnienia także innych osób.

W pełni podzielając wątpliwości rzecznika praw obywatelskich odnośnie do wykładni prawa prezentowanej przez rzecznika praw pacjenta, polegającej na faktycznym odmawianiu osadzonym ochrony ich praw jako pacjentów, dodam, że według aktualnych statystyk Służby Więziennej* w jednostkach penitencjarnych 5 maja 2023 r. przebywa ponad 78 tys. osób.

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCEGO RECEPT NA ŚRODKI ODURZAJĄCE I SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE

Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało projekt* rozporządzenia, którego celem jest zwiększenie nadzoru nad wystawianymi w postaci elektronicznej receptami na preparaty zawierające środki odurzające. Zgodnie z proponowaną regulacją, recepta na wspomniane produkty może być wystawiona wyłącznie w postaci elektronicznej, tylko po osobistym zbadaniu pacjenta oraz weryfikacji ilości i rodzaju przepisanych mu leków zawierających substancje odurzające, a także sprawdzeniu ich bezpieczeństwa i konieczności stosowania, z uwzględnieniem recept wystawionych oraz zrealizowanych przez pacjenta. Warunek weryfikacji nie będzie dotyczył wystawiania recept pacjentowi, który nie aktywował Internetowego Konta Pacjenta, z uwagi na brak możliwości dokonania takiej weryfikacji. Z kolei warunek zbadania pacjenta nie będzie dotyczyć przypadku, o którym mowa w art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach

lekarza i lekarza dentystry,* zgodnie z którym bez zbadania pacjenta lekarz może wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Ministerstwo podkreśla, że w wyniku działalności podmiotów oferujących płatne uzyskanie e-recepty dochodzi do nieprawidłowości zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu pacjenta oraz uzyskiwania określonych produktów leczniczych w celach odurzania się. Omawiana regulacja zdaniem ministerstwa ma uniemożliwić przepisywanie recept na środki odurzające i substancje psychotropowe pacjentom dotychczas niebadanym oraz nieleczonym przez danego lekarza.

NACZELNA RADA LEKARSKA APELUJE O UREALNIENIE NORM ZATRUDNIANIA LEKARZY

Naczelna Rada Lekarska wystąpiła 21 kwietnia 2023 r. z apelem* do ministra zdrowia o podjęcie pilnych prac legislacyjnych mających na celu wprowadzenie realnych norm zatrudnienia lekarzy w lecznictwie szpitalnym. Autorzy apelu wskazują, że obecnie żadne normy prawne nie określają zasad zatrudniania lekarzy w oparciu o liczbę łóżek szpitalnych. W świetle obowiązujących przepisów dla większości oddziałów szpitalnych wystarczają dwa etaty lekarzy na oddział szpitalny, w tym jednego lekarza specjalisty. Liczba ta jest niezależna od wielkości oddziału czy liczby łóżek. W praktyce, w związku z brakami kadrowymi w lecznictwie szpitalnym, bardzo często zatrudniana jest minimalna liczba lekarzy. W efekcie placówki nie zapewniają prawidłowej opieki nad pacjentem i realizacji podstawowych jego praw, chociażby prawa do informacji. Sytuacja może skutkować dalszymi rezygnacjami lekarzy z pracy w szpitalach. ●

* Źródła:



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

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

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

◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

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

SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

Szpital zawierzony św. Antoniemu



Fot. NAC

DZIŚ – NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE NA WARSZAWSKIM MOKOTOWIE. KIEDYŚ – SZPITAL, W KTÓRYM POMOC NAJUBOŻSZYM NIOSŁY ZAKONNICE ZE ZGROMADZENIA SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY. NIE KAŻDY WIE, ŻE ZNANA PLACÓWKA PRZY UL. GOSZCZYŃSKIEGO POWSTAŁA Z IDEI I POTRZEBY OTOCZENIA OPIEKĄ TYCH, KTÓRYCH ÓWCZESNY ŚWIAT WOLAŁ NIE WIDZIEĆ.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

W drugiej połowie XIX w. nastąpiły wielkie przemiany w medycynie. W wyniku jej rozwoju (zwłaszcza chirurgii ogólnej) szpitale zmieniły swoją rolę. Do tej pory zajmowały się przede wszystkim opieką, teraz również miały leczyć. Szybko pojawił się problem braku szpitalnych łóżek.

Zwracano uwagę, aby do zakładów leczniczych trafiali ci chorzy, którzy mogli zostać tam skutecznie wyleczeni. Chorzy nieuleczalnie, zwłaszcza biedni, nie mieli szans uzyskania jakiegokolwiek opieki. Reakcją na ten problem było zarówno rozwijanie opieki domowej, jak i tworzenie instytucji charytatywnych opiekujących się „niechcianą” grupą chorych.*

Nieodpowiednia opieka w domu wynikała z braku umiejętności bliskich, złych warunków mieszkaniowych, ubóstwa powodującego niedożywienie, braku higieny i leków. Z tych powodów powstawało wiele przedsięwzięć dobroczynnych.*

Opieką domową zajmowały się m.in. siostry elżbietanki. Jednak zanim podążymy za nimi z Poznania do Warszawy, przyjrzyjmy się zasadom pełnionej przez nie opieki domowej.

DYSKRECJA I CIERPLIWOŚĆ BEZ WYNAGRODZENIA

*„Niech Bóg cię zachowa od tego, byś za opiekę nad chorym zapragnęła – choćby nawet tylko w duchu – zapłaty pieniężnej lub nosiła się z taką nadzieją albo licząc się z szansą zapłaty, spełniała gorliwiej tę posługę”.**

Organizację opieki koordynowała przełożona, która decydowała o wyznaczaniu siostron wizyt u konkretnych chorych i ich częstotliwości. Siostry nie miały możliwości odwiedzenia chorych wyłącznie z własnej inicjatywy. Prośby pacjentów o zmianę siostry posługującej były respektowane, jednak wskazywanie tej, której posług chory sobie życzy, przełożona traktowała z najwyższą ostrożnością.

Zalecenia odnoszące się do posługi w domach dotyczyły także posiłków. Siostry miały zakaz ich przyjmowania. Wyjątek stanowił skromny posiłek w przypadku nocnego czuwania przy chorym. Zwracano też uwagę na dyskrecję, zachowywanie tajemnicy, a przede wszystkim postawę łagodności, cierpliwości, skromności i radosnego służenia. Obowiązywał bezwzględny zakaz przyjmowania jakiegokolwiek wynagrodzenia.*

HRABINA I TOPIEL 14

W 1902 r. w Warszawie powstało Towarzystwo Opieki nad Chorymi Pozaszpitalnymi. Inicjatorką była hrabina Julia Aleksandrowicz. W opracowaniach czytamy, że to osobiste doświadczenia hrabiny sprawiły, że postanowiła poświęcić się niesieniu pomocy chorym. Zdobyła wykształcenie pielęgniarskie w Wiedniu i Berlinie, a po powrocie do Warszawy postanowiła stworzyć własny szpital. Towarzystwo dzięki datkom i darowiznom kupiło budynek przy ul. Topiel 14. Tam urządzono szpital pod wezwaniem św. Antoniego. Był wyposażony w sprzęt medyczny, zorganizowano salę chirurgiczną oraz Kaplicę pw. Najświętszego Serca Pana Jezusa. 10 sierpnia 1922 r. siostra prowincjalna Hildegarda Stefańska przychyliła się do prośby hrabiny Aleksandrowicz i przysłała z Poznania do Warszawy pierwsze siostry. Przełożoną warszawskiej placówki została Ambrozja Nowak, po jej śmierci w 1924 r. funkcję przejęła Ludwika Opertowska. Siostry zdobyły duże uznanie społeczeństwa, pracowały w szpitalu, ale też odwiedzały chorych w domach.*

ELŻBIETANKI I GOSZCZYŃSKIEGO 1

Za dobrą „prasą” idzie większe zainteresowanie. Pracy przybywało, liczba osób, nad którymi pieczę sprawowały siostry, rosła. W takiej sytuacji niezbędna była większa placówka. W 1928 r. matka przełożona Ludwika Opertowska wystąpiła z ideą budowy nowoczesnego szpitala. Siostry kupiły plac pod budowę placówki przy ul. Goszczyńskiego 1. Nuncjusz apostolski, arcybiskup Franciszek Marmaggi 15 sierpnia 1929 r. poświęcił kamień węgielny pod budowę szpitala sióstr elżbietanek. Prace trwały zaledwie dwa lata. Pierwszym dyrektorem został dr J. Zaorski. Czteropiętrowy gmach mieścił oddziały: wewnętrzny, chirurgię, laryngologię, ginekologię i okulistykę. Pomieszczenia urządzono jak przystało na lata międzywojenne: drzwi typu francuskiego, minimalistycznie ozdobione nadproża, werandę zdobiło bogactwo roślin. W budynku mieszkały także siostry zakonne. Patron pozostał niezmieniony – św. Antoni zamieszkał i pod tym adresem.

WOJNA I OKUPACJA

W roku 1936 siostry kupiły plac pod budowę domu w Zalesiu Górnym, który miał służyć jako sanatorium dla chorych i dom wypoczynkowy dla sióstr. Wybuch II wojny światowej przerwał prace budowlane.

Już na początku działań wojennych szpital, jako obiekt strategiczny, został zbombardowany przez Niemców, siostry jednak pozostały na posterunku, w częściowo zburzonym obiekcie, do ostatniej chwili służąc polskim żołnierzom.*



Fot. NAC

Gwiazdka dla dzieci



Fot. NAC

Gdy Niemcy wkroczyli do Warszawy, przejęli szpital. W czasie okupacji stał się cywilnym szpitalem niemieckim. Liczył około 100 łóżek. Ponieważ najciemniej pod latarnią, siostry przemycaly polskich pacjentów. Przed wybuchem powstania, 28 lipca 1944, Niemcy ewakuowali szpital.

W pierwszych godzinach powstania budynek został zajęty przez oddziały Pułku „Baszta”. Cały ciężar pomocy rannym wzięła na siebie służba zdrowia „Baszty” i sanitariatu pułkowego. Ulokowano w nim szefostwo sanitarne obwodu. Szefem obwodu był ppłk prof. Edward Loth ps. „Gozdawa”. Wobec dużego napływu rannych utworzono kilka polowych filii szpitala, przy ul. Pielickiej, Lenartowicza i Puławskiej, łącznie na około 200 łóżek.

Od 13 sierpnia szpital zaczęła systematycznie ostrzeliwać ciężka artyleria. Rannych zniesiono na niższe kondygnacje i założono nową filię szpitala przy ul. Malczewskiego. Ciężkie bombardowania i ostrzał artyleryjski miały miejsce 20 sierpnia. 29 sierpnia placówka, mimo oznakowania flagami Czerwonego Krzyża, została ostrzelana przez czołgi i zbombardowana z powietrza. Piloci strzelali z broni pokładowej do personelu i powstańców wnoszących rannych z bombardowanego budynku. Zginęło tego dnia kilkadziesiąt osób. Uratowanych rannych umieszczono głównie w gmachu sióstr franciszkanek przy ul. Misyjnej 7. Szpital działał do końca obrony Mokotowa. W jego ruinach, w niezawalonych piwnicach, urządzono punkt opatrunkowy. 25 września Niemcy zajęli ruiny Szpitala Sióstr Elżbietanek wraz z sąsiednimi pomieszczeniami przepelnionymi rannymi. Po Powstaniu Warszawskim szpital został zniszczony w 90 proc., lecznica przy ul. Topiel w 100 proc., a siostry elżbietanki wywieziono do obozu w Pruszkowie.*

Fot. NAC

NOWY PAN

W 1946 r. właścicielki zburzonego budynku zwróciły się do Wydziału Zdrowia Rady Narodowej w Warszawie z prośbą o pomoc finansową w odbudowie szpitala. Uzyskały ją, ale na mało korzystnych warunkach. Odbudowa szpitala trwała od 1946 do 1948 r. Po zakończeniu prac zmieniono jego nazwę na Szpital Sióstr Elżbietanek. O św. Antonim kazano zapomnieć.

22 października 1948 r. w Szpitalu Sióstr Elżbietanek zmarł prymas Polski kardynał August Hlond. Trumnę z ciałem wystawiono w kaplicy szpitalnej, gdzie przybywały tysiące



Hanka Ordonówna ze złamanym obojczykiem

wiernych, aby oddać hołd wielkiemu prymasowi i pomodlić się. Wyprowadzenie zwłok ze szpitala było prawdziwą manifestacją wiary. Setki tysięcy ludzi przeszło w wielkiej procesji pogrzebowej do Katedry Warszawskiej.*

Gdy w 1949 r. szpital został upaństwowiony, pewna era dobiegła końca. Na rozkaz władzy komunistycznej usunięto figury m.in. Matki Bożej z sal chorych, a siostry oficjalnie nie mogły mówić o wierze. 4 lipca 1954 r. wydano nakaz opuszczenia przez nie zajmowanych pomieszczeń. Przesiedlono je do mieszkań zastępczych przy u. Miodowej 16, w Klasztorze Ojców Bazylianów. Przez pewien czas po eksmisji siostry pracowały w szpitalu przy Goszczyńskiego, jednak były sukcesywnie zwalniane. Ostatnie zwolniono w 1964 r., z wyjątkiem wykonujących RTG, EKG i pracujących w laboratorium.

Przez szpital przewinęło się wiele wybitnych postaci, m.in. prof. Edmund Żera (twórca pierwszej w kraju Kliniki i Katedry Kardiologii), prof. Eugeniusz Butruk (wieloletni konsultant krajowy w zakresie gastroenterologii, twórca kliniki gastroenterologii), prof. Witold Bartnik (wychowawca wielu pokoleń polskich gastroenterologów), prof. Jerzy Rutkowski (wieloletni ordynator Oddziału Chirurgicznego), doc. dr Mieczysław Tylicki (twórca polskiej proktologii).* ●



Fot. Fotopolska.eu

PS Po latach starań w czasach III RP siostry elżbietanki odzyskały swój szpital.

* Literatura i źródła w wersji elektronicznej.



Fot. P. Bieżański



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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 czerwca 2023 r.



Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 czerwca 2023 r.

CHÓR MEDICANTUS

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

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

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



Kontakt:
Dorota Mazur
dorotamazur05@gmail.com
730 191 916



Obiady w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza

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

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 30.

**UCHWAŁA NR 98/R-IX/23
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 26 KWIETNIA 2023 R.**

**w sprawie wyrażenia zgody na wydatkowanie
kwoty do 1 000 000 zł brutto w celu przyznania
refundacji doskonalenia zawodowego
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
– członków Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

PREAMBUŁA

Wobec faktu, że 1 kwietnia 2023 r. podczas posiedzenia XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, uchwałą nr 10/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z 1 kwietnia 2023 r. w sprawie uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na rok 2023 zatwierdzono budżet na rok 2023 uwzględniający kwotę 1 000 000 złotych brutto w celu refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, postanowiono jak poniżej.

Na podstawie art. 25 pkt 10, art. 5 pkt 7 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) w zw. z uchwałą nr 67/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 marca 2023 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, oraz uchwałą nr 10/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z 1 kwietnia 2023 r. w sprawie uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na rok 2023, niniejszym uchwała się, co następuje.

§1

1. Wyraża się zgodę na wydatkowanie kwoty do **1 000 000 zł brutto** (słownie: jeden milion 00/100) w celu przyznania refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Celem refundacji, o której mowa w ust. 1, jest pomoc materialna lekarzom, służąca realizacji ich ustawowego obowiązku i prawa w zakresie doskonalenia zawodowego.
3. Kwota, o której mowa w ust. 1, została zabezpieczona w pkt 7 planu budżetowego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów na rok 2023.

§2

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą uchwałą zastosowanie mają postanowienia Regulaminu refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów

– członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie stanowiącego załącznik do Uchwały nr 67/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 marca 2023 r.

2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia wejścia w życie Uchwały nr 67/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 marca 2023 w sprawie przyjęcia Regulaminu refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 5/2023/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 25 KWIETNIA 2023 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata
na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026
w rejonie wyborczym nr K9/090
Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa
oraz Dom Lekarza Seniora**

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. Obwieszczenia nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 9/2023/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2023 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na IX kadencję 2022–2026 w rejonie wyborczym nr K9/090 Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa oraz Dom Lekarza Seniora obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie 17 kwietnia 2023 r. mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 w rejonie wyborczym nr K9/090 Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa oraz Dom Lekarza Seniora – lek. Ryszarda Tomaszkiwicza.

§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**



Witold Bartnik (1944–2018)

16 kwietnia 2023 r. minęła piąta rocznica śmierci prof. dr. hab. n. med. Witolda Bartnika, wybitnego lekarza, gastrologa, nauczyciela akademickiego, wspaniałego Człowieka, dla wielu z nas, gastroenterologów – Mistrza.

Witold Bartnik urodził się w 1944 r. w Ostrowcu Świętokrzyskim. W latach 1961–1967 studiował na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie, otrzymał dyplom lekarza z wyróżnieniem. Po stażu podyplomowym podjął pracę w Klinice Gastroenterologii CMKP. W 1975 r. zdał egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych, w 1980 uzyskał dyplom specjalisty w zakresie gastroenterologii, a w 2002 tytuł Fellow in Gastroenterology, nadany przez European Board of Gastroenterology. Odbył staże naukowe: w Anglii (w Oksfordzie, w Szpitalu św. Marka w Londynie), w Niemczech i Stanach Zjednoczonych (w Nowym Jorku, Seattle i Narodowych Instytutach Zdrowia w Mayo Clinic). W 1973 r. otrzymał stopień naukowy doktora nauk medycznych, w 1980 – doktora habilitowanego, a w 1988 – profesora.

Był promotorem wielu rozpraw doktorskich, opiekunem specjalizacji kilkunastu lekarzy, recenzentem prac doktorskich, habilitacyjnych oraz dorobku naukowego kandydatów do tytułu profesora medycyny.

Obszarem szerokich zainteresowań badawczych Profesora była gastroenterologia i onkologia kliniczna, endoskopia przewodu pokarmowego, nieswoiste choroby zapalne jelit i czynnościowe choroby przewodu pokarmowego.

Jego opublikowany dorobek naukowy liczy ponad 300 pozycji, które ukazały się w renomowanych czasopismach o wysokiej randze międzynarodowej, m.in. „Lancet”, „Gastroenterology”, „British Medical Journal”. Był autorem, współautorem lub redaktorem 40 rozdziałów książek, skryptów, m.in. w dwóch książkach wydanych w Stanach Zjednoczonych.

Działał aktywnie w Polskim Towarzystwie Gastroenterologii, był członkiem St. Mark’s Association i British Society of Gastroenterology w Wielkiej Brytanii oraz American Gastroenterological Association i Mayo Medical Alumni Association w Stanach Zjednoczonych.

W latach 1989–2001 przewodniczył Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej.

Poza medycyną i gastroenterologią Profesor miał wiele zainteresowań, m.in. z dziedziny muzyki i architektury. Odnaczał się wysublimowanym poczuciem humoru i doskonałą pamięcią. Z niemal fotograficzną dokładnością opisywał zdarzenia

z minionych lat. W młodości z kolegami, później z żoną Alicją odbywał liczne górskie wyprawy. Ilekroć wjeżdżaliśmy do Zakopanego, stojąc na Kasprowym, pokazywał i nazywał poszczególne szczyty, przywoływał związane z nimi historie górskich wędrowek. Pasję chodzenia po górach przekazał córce Oli, z którą także często odbywał górskie wyprawy.

Był znawcą wina. Cenił dobrą kuchnię, ale nie przepadał za słodyczami, z wyjątkiem... szarlotki mojej żony. W listopadzie wyjeżdżaliśmy z naszymi rodzinami w różne zakątki Polski, zawsze dobrze się bawiliśmy i smacznie jedliśmy.

Profesor wiele lat chorował, dzielnie znosił trudy choroby, nie skarżył się i nie poddawał, był aktywny zawodowo do końca życia.

Dla mnie i mojej rodziny to wielki dar, że splotły się nasze drogi.

Adam Wojciech Koprowski



Annie Popis-Witkowskiej
członkini Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie
wyraży głębokiego współczucia i żalu
z powodu śmierci

Meża

składają
przewodniczący OSL Roman Jasiński,
koleżanki i koledzy oraz pracownicy kancelarii



Z głębokim zalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Tomasza Kmiecica

ukochanego syna
dr Anny Turskiej-Kmieć i dr. Tomasza Kmiecica.

Drodzy Przyjaciele, łączymy się z Wami
w tej chwili smutku i bólu.

Zarząd Główny i Zarząd Oddziału Warszawskiego
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Urszula Wolińska-Kuñaj

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w przygotowaniu książki pod roboczym tytułem: „Pamiętniki lekarzy – wychowanków Warszawskiej Akademii Medycznej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. Idea publikacji jest zachowanie pamięci o naszych studiach, pracy zawodowej, koleżankach i kolegach. Czas powoli zaciera wspomnienia, a przecież stanowią, obok osiągnięć naukowych i zawodowych każdego z nas, ważny element życia naszej Alma Mater. Zachęcamy do przesyłania pocztą pod adresem OIL w Warszawie lub pocztą elektroniczną pod adresem: wspomnienia@oilwaw.org.pl, Waszych wspomnień i fotografii z lat studiów i pracy zawodowej. Jednocześnie zachęcamy do współpracy w ramach naszego stowarzyszenia.

Przewodniczący stowarzyszenia prof. dr hab. n. med. **Bogdan Cizek** oraz prezes ORL w Warszawie **Piotr Pawliszak**

Do wynajęcia: gabinet medyczny – cena netto 1800 zł.

W świetnej lokalizacji, przy ul. Puławskiej róg Wałbrzyskiej, w sąsiedztwie Centrum Damiana na Mokotowie.

W galerii usługowej, bardzo dobrze skomunikowanej (autobus, metro, tramwaj). W lokalu, w trzech innych gabinetach, prowadzona jest działalność medyczna i terapeutyczna. Gabinety (12 mkw. każdy) ze wspólną częścią recepcyjną i zapleczem (całość 106 mkw.) tworzą atrakcyjne miejsce pracy i usług medycznych.

W galerii działa m.in. gabinet stomatologiczny (naprzeciwko), centrum rehabilitacyjne, salon urody. Tel.: 510 175 509.

OGŁOSZENIE

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

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





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


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


Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:


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

Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów

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

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

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

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

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę ins-med.pl.

ins INS Services

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

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

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

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



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



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



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



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

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

Piotr Pawliszak PREZES ORL W WARSZAWIE

Olga Rostkowska WICEPREZES ORL

Tomasz Imiela WICEPREZES ORL

Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH

Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK

Marta Moczydłowska SEKRETARZ ORL

Joanna Pokładnik ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL

Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Roman Jasiński PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48

SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55

BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31

BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27

KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.20)

SKŁADKI tel. 22-542-83-38 | 22-542-83-39 | 22-542-83-78 | 22-542-83-96

OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21

OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14

PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19

LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55

OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31

KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12

KOMISJE
I ZESPOŁY
PROBLEMOWE

MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,

MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ

KOMISJA DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | skladki@oilwaw.org.pl

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 | 22-542-83-33

SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

tel. 22-542-83-71 | 22-542-83-75 | 22-542-83-76 | 22-542-83-77 | odz@oilwaw.org.pl

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33

DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ tel. 22-542-83-83

RZECZNIK PRASOWY Olga Rasińska tel. 784-986-716 | media@oilwaw.org.pl

MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | marketing@oilwaw.org.pl

DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30

poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48

biuro@oilwaw.org.pl

NIP 522-00-02-357





EMKA[®] to firma, która od blisko **30 lat** świadczy usługi w zakresie **odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych.**

Podpisując z nami umowę zyskasz:

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