

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

PAŹDZIERNIK 2023 (nr 342)



TEMAT NUMERU:

PODSTAWY PRAWNE

- » Prześwietlenie ustawy o jakości
- » Zawód w związku z nowymi zawodami
- » RPP na prawach przysługujących prokuratorowi

» Pro auctore

» Ochrona zdrowia w wyborach 2023 r.

» Raport NIK o pandemii

TEMAT NUMERU:

PODSTAWY PRAWNE

- 4** **Prześwietlenie ustawy o jakości**
Michał Niepytalski
- 7** **Ustawa**
Jerzy Bralczyk
- 8** **Usprawiedliwiona ustawa**
– rozmowa
z Sebastianem Sikorskim
- 12** **Zawód w związku
z nowymi zawodami**
Dariusz Paluszek
- 14** **RPP na prawach
przysługujących prokuratorowi**
Hanna Odziemska



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2** **Kolos na glinianych nogach**
Michał Niepytalski
- 3** **O wyborach platonicznie**
Piotr Pawliszak

ZDROWIE LEKARZY

- 16** **Pro auctore**
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

OPINIE

- 20** **Zapraszamy po hot-doga**
Paweł Walewski
- 23** **O nauczycielach**
Olga Rostkowska
- 24** **Po owocach ich poznacie**
Małgorzata Solecka

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 22** **Dołączamy do
#ODWOLUJE #NIEBLOKUJE**
Olga Rasińska
- 50** **Staż lekarski...**
Elżbieta Trybus

POLKI W MEDYCYNIE

- 26** **Kobiety w medycynie...**
Michał Niepytalski

POLITYKA

- 28** **Walka przy urnie...**
Kamila Hoszcz-Komar

PRAWO

- 32** **Vademecum lekarza przedsiębiorcy**
Kamila Hoszcz-Komar
- 34** **Sprawdzam**
Małgorzata Solecka
- 35** **Lekarz „oskarżony”...**
Monika Potocka
- 36** **Analiza przypadku**
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
Aleksandra Powierża
- 38** **Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

- 42** **Tego wymaga od nas świat**
Kamila Hoszcz-Komar

OC dla członków OIL w Warszawie

Pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!

Wystarczy
tylko raz w roku
odnowić deklarację
przystąpienia do programu
by zachować ciągłość ubezpieczenia
które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
gwarantuje swoim członkom

Zrób to

online na stronie www.ins-med.pl/oil-warszawa

telefonicznie 577 930 560, 577 930 370, 577 930 380

lub osobiście w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18

W razie pytań, związanych z ubezpieczeniem OC,
zapraszamy do kontaktu z INS Services:

tel.: 22 494 36 50

e-mail: biuro@ins-med.pl

Kolos na glinianych nogach

POLSKI SYSTEM OCHRONY ZDROWIA TO GIGANTYCZNY, SKOMPLIKOWANY ORGANIZM. WIEMY, ŻE JEST SKRAJNIE NIEDOŻYWIONY, ALE NIE O BRAKU ODPOWIEDNIEGO FINANSOWANIA PISZEMY W TYM NUMERZE „PULSU”, LECZ O RACHITYCZNYCH, POWYKRĘCANYCH NÓŻKACH, NA KTÓRYCH ÓW GIGANT KROCZY. MAM NA MYŚLI PRZEPISY, NA KTÓRE – WRAZ Z POWSTAWANIEM KOLEJNYCH AKTÓW PRAWNYCH – PATRZYMY Z ROSNĄCYM NIEPOKOJEM.

MICHAŁ NIEPYTALSKI, p.o. redaktor naczelny



Fot. K. Bartyzel

Aprzecież bywa i tak, że system ochrony zdrowia jest kształtowany bez podstawy prawnej. W końcu do dziś opinia publiczna nie poznała odpowiedzi na pytanie, w oparciu o jakie przepisy minister zdrowia w okresie wakacji wprowadził limit na wystawianie recept. Niemniej jednak na co dzień to realne, a nie istniejące tylko w głowach polityków, przepisy budzą niepokój. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie regularnie podejmuje działania mające na celu poprawę jakości stanowionego prawa. Tylko o części z nich samorząd informuje szeroko w mediach.

W zaciszu gabinetów i w skomplikowanej dokumentacji towarzyszącej powstawaniu ministerialnych ustaw i rozporządzeń pozostają postulaty izby zgłoszone w ramach konsultacji. Niektóre są uwzględniane, inne niestety nie. Ale trudno się dziwić, skoro przebieg konsultacji publicznych często pozostawia wiele do życzenia. Chociażby w takich sytuacjach, kiedy po ich przeprowadzeniu, w dalszym ciągu prac nad przepisami, dokonane zostają fundamentalne zmiany mechanizmów prawnych. Zgodnie z zasadami prawodawstwa, konsultacje należałoby wówczas powtórzyć. Śledzę dość uważnie zmiany prawa w obrębie medycyny i, prawdę mówiąc, jeszcze się z taką powtórką nie spotkałem.

Czasem naszemu samorządowi udaje się powstrzymać ministerialnych urzędników przed przyjęciem bublej prawnych, np. gdy resort zapomniał określić wzór karty stażu podyplomowego obowiązującej do czasu wprowadzenia wersji elektronicznej. Udało się też przekonać Ministerstwo Zdrowia, że nie tylko lekarze, ale i dentyści powinni mieć możliwość zdobycia specjalizacji medycznej: psychoterapeuta.

Niestety, równie często samorządowi się nie udaje. Stomatolodzy nadal nie są dopuszczeni do specjalizacji terapeuty uzależnień (choć nawet socjologowie mogą się o nią starać). Od ponad roku, czyli od wystosowania przez Prezydium ORL w Warszawie apelu w tej sprawie, nadal brakuje rozporządzenia określającego wzór karty badań dla celów sanitarno-epidemiologicznych. A prawo nałożyło na ministra zdrowia obowiązek wydania takiego rozporządzenia już kilkanaście lat temu i wszyscy kolejni ministrowie go „przegapili”.

Izba zajmuje się nie tylko tymi, w kontekście całości systemu drobnymi, aktami prawnymi, ale także oceną najważniejszych ustaw, m.in. dotyczących systemu kształcenia medycznego na uczelniach wyższych i skandalicznym obniżeniem wymagań wobec szkół tworzących kierunki lekarskie.

Wypada też przypomnieć o inicjatywach ustawodawczych naszej izby. Prezes ORL Piotr Pawliszak jest jednym z ojców samorządowego projektu ustawy o jakości, o którym pisaliśmy kilka miesięcy temu. Rzecznik praw lekarza Monika Potocka natomiast w poprzednim numerze „Pulsu” poruszała temat projektu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry dotyczącej wprowadzenia do porządku prawnego instytucji RPL.

W tym numerze pokazujemy, jakie jeszcze pola legislacji budzą nasze zainteresowanie. Rząd i parlament nie potrafią nogom systemu zapewnić właściwej rehabilitacji, więc samorząd lekarski musi myśleć przynajmniej o egzoszkielecie redukującym legislacyjny niedowład. ●

O wyborach platonicznie



Fot. M. Najdzik

Z OSTATNICH KILKU MIESIĘCY SZCZEGÓLNIE UTKWIŁO MI W PAMIĘCI PODWAŻENIE KOMPETENCJI BIURO LEGISLACYJNEGO SEJMU PRZEZ PRZEDSTAWICIELA MINISTERSTWA ZDROWIA. SYTUACJA DOTYCZYŁA WYDAWANIA DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH PRZEZ NFZ (MÓWI O NICH USTAWA O „JAKOŚCI”), DO KTÓRYCH NIE MA UPRAWNIENI, NIE BĘDĄC ORGANEM ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ. TAKĄ UWAGĘ W KONSULTACJACH PUBLICZNYCH ZGŁASZAŁ SAMORZĄD LEKARSKI, A NA POSIEDZENIU KOMISJI SEJMOWEJ BIURO LEGISLACYJNE SEJMU. PRZEDSTAWICIEL MZ (*NOTA BENE* LEKARZ) STWIERDZIŁ, ŻE NIE DOSTRZEGA KOLIZJI W TYM PRZEPISIE. I NA BAZIE TEJ SUGESTII POPRAWKA ZOSTAŁA ODRZUCONA.

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

W dniu, w którym oddaję ten tekst do druku, do wyborów pozostał równo miesiąc. Jak wiele się po nich zmieni? Jak wiele rzeczy pozostanie niezmienionych? Odkładając na bok konkretne postulaty merytoryczne: chciałbym doczekać przede wszystkim profesjonalizacji procesów legislacyjnych w obszarze opieki zdrowotnej. Począwszy od zaprzestania wprowadzania zmian w systemach informatycznych, dla których w ogóle nie było podstawy prawnej, przez zaniżanie standardów kształcenia medycznego (współ z MEiN) po samą merytorykę poprawek podczas posiedzeń komisji sejmowych.

Nie wdając się w rozważania dotyczące programów partii i poglądów politycznych, na wybory należy spojrzeć przez pryzmat ostatniej dekady, która przyniosła narastanie zagrożeń. Wynikają one z kilku czynników.

Po pierwsze – tzw. postprawda. Timothy Snyder w jednym z wywiadów powiedział, że serce demokracji wyrwa się przez ciągle kłamstwo połączone z oskarżaniem mediów i pozostałych partii o to, że właśnie one kłamią. W takiej sytuacji wielu odbiorców traci orientację – zacierają się granice między tym, co prawdziwe, i tym, co fałszywe. A to zniechęca ludzi do stawiania oporu władzy.

Po drugie – media społecznościowe. Częściowo powiązane z pierwszym wątkiem, ale mające również swój (nie do końca mimowolny) wkład. Algorytmy mediów

społecznościowych sprawiają, że bardzo łatwo wpadamy w bańki informacyjne – klikając określone linki, otrzymujemy sugestie wyświetlenia większej ilości podobnych informacji. W ten sposób uzyskujemy pewną dawkę wiedzy z danej dziedziny, która zaspokaja mniej dociekliwych internautów. Jedyнным sposobem wyjścia z takiej bańki jest poszukiwanie informacji z danego zakresu na własną rękę, przejście od prostego konsumowania do aktywnego wyszukiwania danych.

Po trzecie – manipulacje informacjami wraz z kombinacją dwóch wymienionych wcześniej czynników. Dość przytoczyć przykład kampanii z wyborów prezydenckich w USA w 2016 r. lub kampanii brexitowej. Dane osobowe (w tym lokalizacja) i preferencje użytkowników Facebooka zostały pozyskane w niejasny sposób przez firmę Cambridge Analytica i udostępnione politykom. Miało to niewątpliwy wpływ na późniejsze wyniki głosowań.

Wobec tego mogę doradzić tylko dwie rzeczy. Uważne przyjmowanie do wiadomości informacji i krytyczną ocenę ich źródeł. I udział w wyborach – z założeniem, że warto wybrać osobę, w której racjonalność osądów wierzymy. Choć demokracja nie jest utopijnym systemem politycznym, trudno wyobrazić sobie dla niej alternatywę. Już Platon zauważył, że ludzie, którzy są na tyle mądrzy, by nie angażować się bezpośrednio w politykę, ponoszą za to karę w postaci rządów głupców. Mam nadzieję, że uda się tego uniknąć. ●



Prześwietlenie ustawy o jakości

CENTRUM OCENY SKUTKÓW REGULACJI UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO PRZYGOTOWAŁO RAPORT NA TEMAT USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA ORAZ INNYCH, TOWARZYSZĄCYCH JEJ ZMIANOM, AKTÓW PRAWNYCH. TO JEDEN Z OWOCÓW WSPÓŁPRACY Z OKRĘGOWĄ IZBĄ LEKARSKĄ W WARSZAWIE.

opracował **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Zbyt wąska definicja zdarzenia medycznego, która nie obejmuje za długiego czasu oczekiwania na leczenie ani niedostępności leków; niemiarodajne wskaźniki oceny jakości, w tym brak zróżnicowania oceny w zależności od rodzaju prowadzonej działalności leczniczej; ryzyko braku obiektywizmu NFZ podczas oceny wskaźników i autoryzacji – to niektóre wady rozwiązań prawnych zawartych w podpisanych 7 sierpnia przez prezydenta ustawach: o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, a także o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw.

Zgodnie z zamieszczonymi w ustawie o jakości przepisami przejściowymi, większość jej postanowień weszło w życie na początku września. Tymczasem w ramach współpracy z OIL w Warszawie Centrum Oceny Skutków Regulacji Uniwersytetu Warszawskiego przygotowało analizę tego aktu prawnego oraz nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Ekspertyzę przygotował zespół w składzie: prof. dr hab. Przemysław Biecek (Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki UW), dr Małgorzata Ołdak (Wydział Nauk

Politycznych i Studiów Międzynarodowych UW), dr Miłosz Kłosowiak oraz dr Dawid Ziółkowski (obaj z Wydziału Prawa i Administracji UW).

Cały raport zostanie opublikowany w Internecie. W „Pulsie” zdecydowaliśmy się wymienić niektóre wnioski płynące z analizy:

1 Przyjęta w ustawie definicja zdarzenia medycznego jest zbyt wąska, ponieważ **wyklucza rekompensatę uszczerbku na zdrowiu spowodowanego systemowym brakiem leków lub rozstroju zdrowia w efekcie zbyt długiego oczekiwania na świadczenie**. Niezależnie od starań o poprawę sytuacji w tym zakresie, ustawodawca powinien brać pod uwagę ryzyko systemowego braku konkretnych leków. W tych dwóch przypadkach przejawia się oczywista odpowiedzialność państwa za złą organizację ochrony zdrowia.

2 Obowiązująca ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta przewiduje ocenę jakości opieki zdrowotnej z wykorzystaniem wskaźników z obszaru klinicznego, konsumenckiego i zarządczego (art. 4). Zdaniem autorów opinii **warto rozważyć zastosowanie innych grup wskaźników: czasu oczekiwania na opiekę medyczną, wskaźników związanych z zakażeniami szpitalnymi, z komunikacją i przekazywaniem informacji między podmiotami świadczącymi usługi medyczne, wskaźniki dotyczące stosowania procedur bezpieczeństwa oraz związane z personelem itp.** Monitorowanie tych wskaźników pozwoli na bardziej dokładną analizę przyczyn błędów medycznych.

3 Wątpliwe wydaje się przyznanie NFZ zadania monitorowania wprowadzonych przez ustawodawcę wskaźników. Rodzi to ryzyko arbitralności, ponieważ instytucja ta jest podmiotem administracji rządowej. Poza tym NFZ decyduje o wysokości finansowania danej jednostki. **Należałoby zatem wprowadzić weryfikację wartości wskaźników przez podmiot niezależny lub dopuścić możliwość wniesienia do sądu skargi na rozstrzygnięcie wydane przez prezesa NFZ.** Warto podkreślić, że tak daleko idące powiązanie rozstrzygnięć o finansowaniu podejmowanych przez NFZ z weryfikacją wskaźników z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta może być uznane za kolidujące z zasadą *nemo iudex in causa sua* (nikt nie może być sędzią we własnej sprawie).

4 Wprowadzenie wskaźnika klinicznego może nosić znamiona naruszenia zasady równości (art. 32 Konstytucji RP). Na jego podstawie ocenia się np. śmiertelność po zabiegach. Może to powodować nierówne traktowanie podmiotów leczniczych, ponieważ w niektórych obszarach ochrony zdrowia, ze względu na rodzaj wykonywanych świadczeń, dalece bardziej praw-

dopodobne jest odnotowywanie większej śmiertelności po zabiegach. Ważne jest zatem, aby stosowanie wskaźnika klinicznego nie zaburzało rzeczywistej oceny działalności podmiotów leczniczych. Przykładowo kryterium czasu udzielenia pomocy przez personel szpitala choremu po opuszczeniu przez niego karetki mogłoby prowadzić do celowego opóźniania opuszczenia karetki przez pacjenta. W związku z tym postuluje się, aby zróżnicować wskaźnik kliniczny, uwzględniając kategorię placówki (tzn. zakres jej obowiązków).

5 Kryterium oceny placówki przez pacjentów wymaga **doprecyzowania, ponieważ część chorych nie będzie zdolna do jej dokonania (np. pacjenci szpitali paliatywnych, psychiatrycznych lub pediatrycznych).**

6 Rozdział 2 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta określa, czym jest autoryzacja i kto jej dokonuje. Autoryzację wydaje, odmawia jej wydania oraz cofa ją prezes NFZ w drodze decyzji administracyjnej (art. 9 ust. 1 ustawy). Rozwiązanie to nie wydaje się trafne, bo wiąże się z zagadnieniem omówionym w punkcie dotyczącym określania wskaźników monitorowanych przez prezesa NFZ. Takie połączenie ról jednego organu rodzi ryzyko braku obiektywizmu.

7 Forma prawnej decyzji administracyjnej oznacza, że autoryzacja wydawana jest na podstawie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego oraz podlega kontroli przez sąd. **Kontrola decyzji administracyjnej przez sąd nie wstrzymuje jej wykonania, a sąd administracyjny co do zasady orzeka kasatoryjnie (tzn. uchyla decyzję wydaną przez organ administracji publicznej i przekazuje sprawę temu organowi do ponownego rozpoznania).** Wskazane aspekty kontroli decyzji administracyjnych sprawiają, że **dla podmiotu, który nie uzyskał autoryzacji lub mu ją cofnięto, proces weryfikacji decyzji przez sąd i zniwelowania skutków ewentualnej błędnej decyzji jest długotrwały.**

8 W kontekście akredytacji należy zwrócić uwagę na art. 48 ustawy, mówiący o składzie Rady Akredytacyjnej. Liczy ona 13 członków, w tym 9 powoływanych z ramienia administracji rządowej. Takie rozwiązanie może budzić wątpliwości w świetle art. 17 ust. 1 konstytucji, bowiem w drodze tej ustawy można tworzyć samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. **Znaczący udział w radzie osób powoływanych z ramienia rządu może rodzić pytanie, czy udział przedstawicieli samorządu zawodowego jest w ogóle celowy.** By rada mogła spełniać postawione jej zadania, niezbędna jest równowaga w liczbie członków reprezentujących rząd i samorząd zawodowy. Zawarty w konstytucji przepis dotyczący samorządów

zawodowych i przewidzianej dla nich roli zabrania wprowadzania przepisów je marginalizujących.



Ustawa o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw przewiduje powołanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Będzie to państwowy fundusz wypłacający świadczenia kompensacyjne w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych. Cechą charakterystyczną państwowych funduszy celowych jest to, że ich wydatki nie są pokrywane z budżetu państwa, lecz ze środków, które same zgromadzą. Takie rozwiązanie zmniejsza możliwość kontroli Sejmu nad wydatkowaniem środków. Nie ma jednoznacznego argumentu, który przemawia za tym rozwiązaniem. Wydatki nie są finansowane za pośrednictwem danego ministerstwa, lecz tworzy się w tym celu odrębny fundusz. Ponieważ powoływanie tego typu podmiotów odbierane jest jako działanie na granicy prawa (wyłączanie wydatkowania środków spod kontroli Sejmu), powoływanie kolejnego funduszu ocenić należy negatywnie.



Wydaje się, że proponowana wysokość świadczeń kompensacyjnych jest zbyt mała, co powodować może kierowanie przez pacjentów spraw do sądów i prokuratur, z pominięciem systemu rekompensat ustawowych. Należy zatem rozważyć podniesienie wysokości świadczeń, zwłaszcza w przypadkach śmierci. Na jednoznaczną aprobatę zasługuje natomiast przewidziany mechanizm corocznej waloryzacji świadczeń.



System kompensacji wprowadzany przez ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw

pacjenta oraz niektórych innych ustaw dotyczy wyłącznie zdarzeń, które mają miejsce w szpitalach. Ponieważ system ochrony zdrowia obejmuje także innego rodzaju placówki (np. przychodnie), ograniczenie systemu kompensacji szkód dla pacjenta wyłącznie do przypadków występujących w szpitalach powoduje, że ustawa nie spełnia swoich zadań.



Kontrowersyjnym rozwiązaniem jest wyłączenie z systemu kompensacji świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są finansowane ze środków publicznych. Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Wspomniane wyłączenie może być poczytane za naruszenie zasady równości. Sytuacja pacjenta nie powinna być różnicowana ze względu na to, czy zabieg wykonywany będzie w ramach publicznej ochrony zdrowia, czy jako usługa odpłatna.

Autorzy raportu kończą go refleksją: „[omawiane w niniejszym dokumencie ustawy] są propozycjami wartościowymi, których przyjęcie i wdrożenie przyczyni się do poprawy jakości systemu opieki zdrowotnej, w tym bezpieczeństwa pacjentów (...). Jednocześnie zwracamy uwagę na pewne wątpliwości i ryzyko, które wynikają z treści przeanalizowanych ustaw i zostały przez nas szczegółowo omówione. Za zasadne uznać należy wprowadzenie do przedmiotowych aktów prawnych kilku modyfikacji, zgodnie z treścią przeprowadzonych rozważań”.

Raport OIL w Warszawie

Cyfryzacja zdrowia

W INTERESIE
SPOŁECZNYM

pobierz
dokument



Ustawa

SŁOWA ODNOSZĄCE SIĘ DO KONKRETNÝCH DZIAŁAŃ CZŁOWIEKA PRZENOSIŁY SVOJE ZNACZENIE NA SPRAWY BARDZIEJ ZŁOŻONE, PÓŹNIEJ WYMAGAJĄCE NAZWY, A NIERAZ TEŻ NA SPRAWY TRUDNE I ABSTRAKCYJNE. ZDUMIEWA NASZA SKŁONNOŚĆ – I ZDOLNOŚĆ – DO METAFOR, KTÓRE POZWALAŁY NAZYWAĆ STANY DUCHA OKREŚLENIAМИ CIELESNYCH ZDARZEŃ (*PRZERAŻONY TO PRZECIEŻ NAJPIERW ‘PRZEBITY OSTRYM NARZĘDZIEM’*), A NAZWY RELACJI MIĘDZY BYTAMI WYWODZIĆ OD PROSTYCH CZYNNOŚCI (*UKŁAD CZY PRZYKŁAD POCZODZI OD KŁAŚĆ*) ITD. SĄ TAKIE NAZWY KONKRETNÝCH CZYNNOŚCI LUB STANÓW, KTÓRE ZDUMIEWAJĄ RÓŻNORODNOŚCIĄ ZNACZEŃ SŁÓW POCZODNYCH.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Co łączy chociażby podobnie zbudowane i o wspólnym pochodzeniu takie słowa jak *wystawa*, *zastawa*, *postawa* i *ustawa*? Wszystkie są od czasownika *stawiać*, a ten od *stać*. Rdzeń *staw-* występował już w praindoeuropejskim, po łacinie ‘stać’ to *stare*, w innych językach indoeuropejskich mamy podobne słowa. Ta dawność i powszechność wydaje się mieć związek ze znaczeniem słowa, które wskazuje na *stałość*. *Stać* oznacza pewien *stan*, *stały stan* istoty lub przedmiotu. *Stawiać* z kolei to czasownik kauzatywny, oznaczający powodowanie tego stanu. *Stawiając dom*, sprawiam, że on zaczyna *stać*. *Stać*, *stawiać* to czasowniki tak podstawowe, że metafora jest tu oczekiwana i mówimy o *stawianiu* nie tylko tego, co potem *stoi* – np. *stawiamy coś za przykład*, *stawiamy pasjansa*, *stawiamy założenie* (osobliwa nielogiczność, wyraźniejsza w zwrocie *postawić się w czyimś położeniu*). Wiele rzeczy możemy *stawiać*. I nawet już metafory w tym nie wyczuwamy.

Przedrostki nie tylko modyfikują znaczenie czasowników, z którymi się łączą. A rzeczowniki pochodzące od tych przedrostkowych czasowników często już, jak się zdaje, żadnych wspólnych elementów znaczeniowych nie mają. Co łączy *przykład* z *wykładem*, *zakładem*, *pokładem* czy *nakładem*? *Przebieg*, *wybieg* i *zabieg* należą do kompletnie innych sfer działalności człowieka.

Tak i *ustawy* nie łączymy z *postawą*, *zastawą*, *podstawą* i *wystawą*. Dopiero gdy się wmyślimy w sprawę, widzimy, że *podstawa* jakoś *stoi* u *podstaw*; *zastawa* to albo *postawa*, w której się *zastawiamy*, broniąc się przed czymś, albo to, co *stawiamy* na stole; *wystawa* zaś to wiele na zewnątrz *wystawionych* rzeczy, które często właśnie *stoją* itp. *Ustawa* została przez człowieka *ustawiona* w tym sensie, że porządkuje określone zachowania. *Ustala* i *ustanawia* (widać tu już niewymagający rozwinięcia związek ze *stawianiem*), co jest społecznie pożądane i oczekiwane. Dodajmy, że jeszcze w XVI w. jednym ze znaczeń słowa *ustawa* było ‘pozycja’ (z łacińskiego *ponere*, ‘kłaść’), ‘ustawienie’.

Nasz sposób myślenia o świecie czyni naturalnymi skojarzenia między *stałą* pozycją, *ustalonym stanem* rzeczy a umową dotyczącą *ustaleń stabilizujących* zachowania. Naturalnym tokiem myślenia może być ten *stan* zabezpieczony utrwaleniem takiej umowy aktem na piśmie. Akt ten (słowo wzięte z łacińskiego określenia działania) w uzasadniony sposób może być określony jako *ustawa* właśnie, jako coś *ustawionego*, *ustalonego*, obowiązującego *stale*, na *stale* – te słowa też wiążą się z tym, co wydaje się *stabilne*, *stateczne*, co zostało *postawione*, *postanowione* po to, by *stało*.

I taka *ustawa* ma moc. Bo moc bierze się z trudnej do naruszenia *stałości*. ●

Usprawiedliwiona ustawa

USTAWA O PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W ZAŁOŻENIU MIAŁA KOMPLEKSOWO UREGULOWAĆ PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ. NIESTETY, NIEKTÓRE ISTOTNE ZAGADNIENIA, TAKIE JAK SZCZEGÓŁOWE ZASADY FINANSOWANIA CZY OCENA JAKOŚCI, ZOSTAŁY W NIEJ POTRAKTOWANE BARDZO POBIEŻNIE – UWAŻA PROF. UCZ. DR HAB.

SEBASTIAN SIKORSKI, ADWOKAT ZAJMUJĄCY SIĘ PRAWEM MEDYCZNYM, AUTOR „KOMENTARZA DO USTAWY O PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ”, KTÓRY UKAZAŁ SIĘ PRZED KILKOMA TYGODNIAMI NAKŁADEM WYDAWNICTWA WOLTERS KLUWER.

– PRZYKŁAD TEN POTWIERDZA OGÓLNY TREND KSZTAŁTUJĄCY SIĘ NA PRZESTRZENI OSTATNICH KILKUNASTU LAT, A MIANOWICIE OBNIŻAJĄCEGO SIĘ POZIOMU LEGISLACJI, CO JEST WIDOCZNE ZWŁASZCZA W OBSZARZE PRAWA ADMINISTRACYJNEGO

– KOMENTUJE PROFESOR W ROZMOWIE Z MICHAŁEM NIEPYTALSKIM.

Po prześwietleniu każdego przepisu ustawy o POZ z pewnością dostrzegł pan jej słabe punkty. Na co osoby, których ona dotyczy, powinny zwrócić szczególną uwagę?

Oprócz wskazanego wcześniej marginalnego potraktowania w ustawie zasad finansowania i monitorowania jakości w mojej ocenie słabym punktem ustawy jest również brak ustawowego przesądzenia fakultatywnego charakteru opieki koordynowanej, co obecnie wynika *de facto* z zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kolejną kwestią jest wprowadzony obowiązek powołania w podmiotach zespołu POZ. Należy pamiętać, że ustawodawca wyznaczył graniczną datę powołania tych zespołów pod rygorem wygaśnięcia deklaracji wyboru po 31 grudnia 2024 r.

Czy pana zdaniem powołanie zespołu POZ może dla placówek stanowić problem?

Na podstawie sygnałów docierających od obsługiwanych przeze mnie podmiotów leczniczych uważam, że w praktyce mogą wystąpić trudności z pozyskaniem do zespołów POZ położnych. Może więc należałoby się zastanowić, na ile położ-

na jest rzeczywiście niezbędna w każdym POZ. Szczególnie ze względu na uwarunkowania demograficzne, takie jak starzenie się społeczeństwa. Jednak skład zespołu POZ został określony na poziomie ustawowym, konieczna więc byłaby ewentualna interwencja w tym zakresie ustawodawcy.

Przy okazji warto jeszcze zwrócić uwagę, że świadczeniobiorca ma prawo wybrać odpowiednio lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i ewentualnie położną POZ z różnych podmiotów leczniczych, co może w praktyce sprawić lekarzowi duże trudności z koordynacją tego zespołu. Dla porządku należy jednak przypomnieć, że argumentem przemawiającym za taką możliwością była samodzielność poszczególnych zawodów (postulat samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych).

A co się stanie z pacjentami, którzy składali deklaracje w takim spóźnialskim POZ? Czy ktoś ich ostrzeże, że nie mają już „swojego” lekarza?

Będzie to oznaczać konieczność ponownego złożenia przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru, jednak tylko do podmiotu, który taki zespół powołał. Trzeba przypomnieć, że rozmawia-

my o ustawie z roku 2017. Natomiast omawiany obowiązek wynika z przepisów przejściowych, które wchodzi w życie 31 grudnia 2024 r. Przyпускаjąc więc, że w wielu przypadkach po prostu zapomniano o konsekwencjach tego przepisu.

Koniec 2024 r. to ostateczny termin nie tylko powołania trzyosobowych zespołów w POZ...

Tak, ustawa w art. 6 definiuje, kto jest lekarzem POZ. Ponadto określa jak – oprócz zdobycia specjalizacji – uzyskać status lekarza POZ. Jako przykład można wskazać pediatrę posiadającego specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, z którym jednocześnie NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i który to lekarz został wybrany przez świadczeniobiorcę.

W praktyce może być problem z zapewnieniem potrzebnej liczby miejsc na kursach w dziedzinie medycyny rodzinnej.



Fot. archiwum

I może się zdarzyć, że nie wszyscy chętni dostaną się na kurs przed końcem 2024 r. Pisaliśmy o tym niedawno w „Pulsie” (nr 6/2023). Niestety, okazało się, że lekarze nie są wolni od złego nawyku załatwiania ważnych spraw na ostatnią chwilę. Teraz miejsca na kursach są zajęte do ostatniego, choć wcześniej frekwencja nie była stuprocentowa.

Nie zmienia to faktu, że istnieje ryzyko nagłego „wypadnięcia z systemu podstawowej opieki zdrowotnej” pewnej grupy lekarzy. Oczywiście, można powiedzieć, że ustawodawca przewidział wystarczająco długi okres na ewentualne uzupełnienie kwalifikacji przez lekarzy. Pamiętając o zasadzie *dura lex, sed lex*: przecież problem nie dotyczy tylko lekarzy, lecz przede wszystkim pacjentów, którym utrudnić to może uzyskiwa-

nie pomocy medycznej. Niewykluczone, że ustawodawca będzie zmuszony termin ten wydłużyć.

Wspomniał pan wcześniej, że wkrótce przekonamy się, czy pewne rozwiązania prawne są funkcjonalne. Ale przecież opieka koordynowana była testowana w ramach programu pilotażowego.

I mam do tego procesu pewne zastrzeżenia. Oczywiście, należy bardzo pozytywnie ocenić samo przeprowadzenie pilotażu. Jednak zgłosiły się do niego przede wszystkim duże placówki, więc nie przetestowano działania opieki koordynowanej w małych podmiotach. Ponadto programy pilotażowe są zwykle finansowane odmiennie niż docelowe świadczenia, zatem w tej kwestii także brakuje nam kompletnych ocen. Wresz-

cie nie była możliwa pełna ocena skutków pilotażu POZ Plus. Funkcja koordynatora weszła bowiem w życie 1 października 2021 r., a program POZ Plus zakończył się 30 września 2021. Zabrakło więc czasu na pełną jego analizę. Powstają zatem uzasadnione wątpliwości, na ile jego efekty zostały uwzględnione podczas przygotowywania rozwiązań prawnych w tym zakresie.

Wróć jeszcze do oceny jakości świadczeń. Czy tego zagadnienia nie uwzględniła dostatecznie ustawa o jakości w opiece zdrowotnej?

Ustawa z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta dotyczy oczywiście jakości, ale w nieco innym ujęciu. Nie koliduje więc z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej, która w art. 23 w zakresie obowiązku monitorowania jakości udzielanych świadczeń wymienia takie elementy jak dostępność, ciągłość, kompleksowość udzielanych świadczeń.

Czy pana zdaniem ustawa odzwierciedla realia systemu ochrony zdrowia, jeśli chodzi o podział na usługi finansowane z funduszy prywatnych i publicznych?

Ustawa ma zastosowanie tylko do podmiotów finansowanych ze środków publicznych i dziś większość świadczeń udzielanych jest w oparciu o umowę zawartą przez podmiot z NFZ. Nie jestem jednak pewien, czy taki stan rzeczy się utrzyma, a zatem, czy ustawodawca wykazał się oczekiwanym przez społeczeństwo myśleniem przyszłościowym i nie powinien objąć regulacją także podmiotów udzielających komercyjnie tego typu świadczeń.

Na koniec zapytam jeszcze wprost: czy pana zdaniem ustawa o POZ jest dobrze napisanym aktem normatywnym?

Na to pytanie nie da się odpowiedzieć „tak” albo „nie”, bo musimy wziąć pod uwagę otoczenie prawne. Ustawa ta z pewnością wymaga zmian i uzupełnień, ale wobec rosnącej roli POZ w naszym systemie ochrony zdrowia jej uchwalenie znajduje swoje usprawiedliwienie. ●

Receptomat

REGULACJE I AKTY PRAWNE DOTYCZĄCE PRESKRYPCJI LEKÓW POJAWIAJĄ SIĘ W OSTATNICH TYGODNIACH W TAKIM TEMPIE, JAKBY GENEROWAŁ JE... RECEPTOMAT. NIC DZIWNEGO, ŻE NIE TYLKO PACJENCI, ALE NAWET LEKARZE GUBIĄ SIĘ W NOWYCH PRZEPISACH.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach w opiece zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, rozszerzona została lista osób uprawnionych do stu procentowej refundacji leków. Teraz takie uprawnienia przysługują osobom poniżej 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. roku życia.

Oczywiście pod warunkiem, że recepta wystawiana jest przez lekarza w ramach usługi finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjenci często nie zdają sobie z tego sprawy. Biorąc pod uwagę, jak ogromną część ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczy się w naszym kraju w ramach prywatnych wizyt, na lekarzy spada nieprzyjemny obowiązek wyprowadzenia pacjentów z błędu, w jaki mogli ich wprowadzić entuzjastyczne zapowiedzi polityków.

Kolejne wyzwanie dla lekarzy stanowią kolejki pacjentów, które ustawiły się do przychodni POZ po recepty na leki przepisane już wcześniej, ale bez refundacji. Świadczeniobiorcy słusznie obawiają się, że recepta wystawiona np. 10 sierpnia na lek bezpłatny od

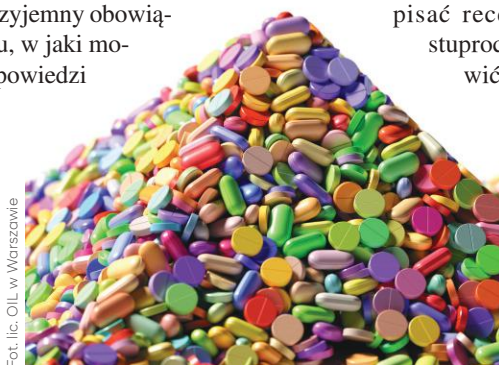
1 września może nie przekonać aptekarza do zwolnienia pacjenta z opłaty. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia zwróciło się z pytaniem do minister Katarzyny Sójki: „Czy o wydaniu przez aptekę bezpłatnego leku pacjentom powyżej 65. roku życia i do ukończenia 18 lat powinna decydować data wystawienia recepty, czy termin zgłoszenia się do apteki?”. Wydaje się, że przydałby się tu kolejny akt prawny, bo prawniczka Katarzyna Smak z Kancelarii Adwokacko-Radcowskiej Podsiadły-Gęsikowska, Powierza, świadczącej pomoc prawną członkom naszej izby w ramach programu „Prawnik dla lekarza”, wyjaśnia: – *Recepty sprzed wejścia w życie nowelizacji przepisów nie mogą zostać „automatycznie” konwalidowane, więc pacjenci zmuszeni będą do ponownej wizyty u lekarza POZ lub lekarza specjalisty udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.*

Sprawę komplikuje fakt, że zmiany w prawie spowodowały powstanie kolejnego koszyka leków refundowanych – z bezpłatnymi lekami dla dzieci. Jak często bywa po ogłoszeniu takiej listy, wzbudza ona kontrowersje. „*Gdy czytam listę wprowadzonych darmowych leków dla dzieci, przecieram oczy ze zdumienia: 18 antybiotyków, w tym trzy do stosowania doustnego (w domu?). Równa się to promowaniu szkodliwego stosowania antybiotyków, selekcji szczepów antybiotykoopornych*” – napisał w serwisie X prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak.

Co ciekawe, są leki, które znalazły się zarówno na liście darmowych, jak i na liście częściowo refundowanych. Jednocześnie podczas prywatnej wizyty lekarz nadal może wypisać receptę z częściową refundacją, ale ze stu procentową – nie. Należy się więc zastanowić, czy w takim razie nie jest to naruszenie zasady równości wobec prawa i dyskryminacja osób korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej. Tym bardziej że nie korzystają z niej wyłącznie osoby dobrze sytuowane. Czasem jest to konieczność spowodowana niedostępnością tych usług w ramach państwowej opieki zdrowotnej.

Na koniec warto przypomnieć, że kary za niewłaściwe zdaniem NFZ wystawianie recept z refundacją są zmorą wielu lekarzy. Kilka miesięcy temu Polskę obiegły informacje o gigantycznych karach (sięgających setek tysięcy złotych) nałożonych na lekarzy wystawiających preskrypcje na jeden z preparatów mlekozastępczych, koniecznych w terapii dzieci z ciężkimi alergiami. Na fali protestów przeciwko karom w marcu ministerstwo oświadczyło: „*Jeszcze w tym roku powinna powstać funkcja, która lekarskim aplikacjom gabinetowym pozwoli z automatu wstawić do recepty każdego pacjenta informację o właściwym poziomie refundacji. W Ministerstwie Zdrowia rozpoczyna prace nad tym rozwiązaniem specjalny zespół*”.

Zegar tyka. ●



Fot. lic. OIL w Warszawie



II Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek

20–22 października 2023, Z-Hotel w Otwocku

PROGRAM

20 października 2023 r. (piątek)

16.00–17.30 Rejestracja
17.30–18.00 Otwarcie konferencji
18.00–19.00 SESJA I – Nie daj się dyskryminować!
20.00 Kolacja

21 października 2023 r. (sobota)

8.00–9.30 Warsztaty redukcji stresu I
10.00–11.30 SESJA II – Kobiety w nauce
i w klinice
12.30–14.00 Lunch
14.00–15.30 SESJA III – Inspirujące kobiety
16.00–17.30 SESJA IV – Wyzwania codzienności
17.30–19.00 Prace w zespołach roboczych
20.00 Kolacja bankietowa

22 października 2023 r. (niedziela)

7.30–9.00 Warsztaty redukcji stresu II
10.00–10.40 SESJA V – Zadbaj o siebie
10.40–11.00 Podsumowanie pracy grup roboczych
11.30–12.45 Warsztaty medycyny stylu życia
11.30–12.45 Grupowy trening balintowski
13.00 Lunch

MOŻESZ UZYSKAĆ **18** PKT. EDUKACYJNYCH

Rejestracja na izba-lekarska.pl



Zawód w związku z nowymi zawodami



MAM DLA WAS, DRODZY LEKARZE DENTYŚCI, DWIE WIADOMOŚCI – DOBRĄ I ZŁĄ. ZACZNĘ OD DOBREJ. DZIĘKI INTENSYWNYM, SOLIDARNYM DZIAŁANIOM NASZEGO ŚRODOWISKA ZAWODOWEGO UDAŁO SIĘ PRZEKONAĆ USTAWODAWCÓW, ŻE NA LIŚCIE NOWYCH ZAWODÓW MEDYCZNYCH NIE POWINIEN ZNALEŻĆ SIĘ TECHNIK DENTYSTYCZNY.

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



Fot. K. Bortyzel

Jestem przekonany, że dzięki temu uda się uniknąć obniżenia jakości świadczeń, chociażby z zakresu protetyki. Mogłoby bowiem do niego dojść, gdyby umożliwić technikom działanie w pracowniach protetycznych całkiem niezależnie od lekarzy dentystów. Kilka miesięcy temu w jednym z moich felietonów pisałem o usługach protetycznych oferowanych przez Internet. Tajemnicą poliszynela jest, że choć powinny być to zabiegi przeprowadzane przez lekarzy, często zajmują się nimi właśnie technicy, co kończy się nieraz ruchomością lub rozchwianiem zębów, zanikiem wyrostka zębodołowego itp.

Dlatego uważam, że uchroniliśmy wielu pacjentów przed nieodwracalnymi zmianami w obrębie twarzoczaszki, jakimi może skutkować niewłaściwie prowadzone leczenie, bez nadzoru dentysty. Wprawdzie w ustawie o nowych zawodach medycznych są przepisy o odpowiedzialności zawodowej, jednak rzeczników dyscypliny i komisje odpowiedzialności zawodowej ma powoływać minister zdrowia. Będą to więc instytucje państwowe, dlatego mam wątpliwości co do ich efektywności.

I to wiąże się ze wspomnianą złą wiadomością. Determinacji naszego środowiska zabrakło w sprawie higienistek i asystentek stomatologicznych, które na liście nowych zawodów się

znalazyły. Mimo pewnych intensywnych działań pojedynczych osób oraz instytucji, zabrakło solidarności.

Dlaczego uważam, że jest to zła wiadomość? Znam wiele świetnych przedstawicieli tej profesji, ale niestety nie jestem przekonany, czy wszystkie mogą wykonywać pewne czynności lecznicze bez nadzoru lekarza. Po prostu te czynności wymagają lekarskiego wykształcenia i specyficznego doświadczenia w pracy z pacjentem. Oddzielną kwestią jest objęcie przedstawicieli nowych zawodów rządową siatką płac, co z pewnością zwiększy presję płacową także na stomatologów zatrudniających higienistki i asystentki w ramach działalności niepublicznej. Po kryzysie covidowym i drastycznej inflacji to kolejny kamyczek do ogródka wielu, szczególnie małych, gabinetów dentystycznych.

Należy podkreślić, że działania rządu w zakresie nowych zawodów medycznych w stomatologii nie mają uzasadnienia, nazwijmy to – demograficznego. Jeśli chodzi o liczbę dentystów na 100 tys. mieszkańców, plasujemy się powyżej średniej europejskiej, więc nie ma konieczności odciążania nas od zadań. Świetnym dowodem na to jest fakt, że z ułatwień w powoływaniu nowych medycznych kierunków studiów uczelnie korzystają, by tworzyć kierunki lekarskie, a nie lekarsko-dentystyczne. ●



„Bezpieczne wykonywanie zawodu” OIL w Warszawie

Spotkania odbywać się będą w każdy czwartek, począwszy od 5 października br., o godzinie 19.00, w formie wykładów online obejmujących szereg zagadnień prawnych, psychologicznych, epidemiologicznych, podatkowych i technicznych dotyczących pracy lekarza.

Najbliższe szkolenia

- 5.10** ● Opieka farmaceutyczna – współpraca farmaceuty, lekarza i przedstawicieli innych zawodów medycznych
- 12.10** ● Kontrola orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Kontrola ZUS-ZLA
- 19.10** ● Świadoma zgoda pacjenta
- 26.10** ● Lekarz w postępowaniu karnym

Więcej informacji o cyklu i zapisy pod adresem:

izba-lekarska.pl/lista-szkolen/



Szkolenie dentystyczne w OIL październik

7
października

- Konwencjonalna i minimalnie inwazyjna procedura opracowania kanału korzeniowego z zachowaniem integralności strukturalnej i bezpieczeństwa pacjenta.



14
października

- Konferencja naukowa PTS



21
października

- Szynowanie i mosty w odcinku przednim,
- Wzmocnienie wypełnień i mosty w odcinku bocznym.



Zapisy: izba-lekarska.pl

Rzecznik praw pacjenta na prawach przysługujących prokuratorowi

WSTĘP NIE BĘDZIE PORYWAJĄCY, ALE PONIEKĄD NIEZBĘDNY. MAMY NOWĄ, A WŁAŚCIWIE ZAKTUALIZOWANĄ USTAWĘ O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA, BOWIEM AKT Z 16 CZERWCA 2023 R. JEST USTAWĄ O ZMIANIE USTAWY Z 6 LISTOPADA 2008 R. ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Jakie zmiany wprowadza ta ustawa? Dotyczą w znaczącym stopniu zdarzeń medycznych i związanego z nimi postępowania. Od 1 lipca 2024 r. likwidacji ulegną działające obecnie wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a ich postępowania, niezakończone do 30 czerwca 2024 r., przejmie rzecznik praw pacjenta. Wiele zmian wprowadzono w rozdziale 13a ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, definiującym zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Modyfikacja polega na utworzeniu struktur Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych oraz procedur postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego przed rzecznikiem praw pacjenta. Pacjent składający wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego jest, zgodnie z ustawą, stroną postępowania, które prowadzi rzecznik, opinię odnośnie do wystąpienia (lub nie) zdarzenia medycznego wydaje zaś działający przy rzeczniku Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, złożony w większości z członków wykonujących zawód lekarza. Ustawa przewiduje też tryb odwoławczy od decyzji rzecznika w postaci Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

Zgodnie z art. 67z nowej ustawy, rzecznik praw pacjenta ma prawo wezwać wnioskodawcę do udzielenia informacji i przedstawienia

dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia sprawy, a także żądać informacji, wyjaśnień oraz przedstawienia dokumentów przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Rzecznik, po uzyskaniu opinii Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, wydaje decyzję administracyjną w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i jego wysokości albo odmowy świadczenia.

Rzecznik praw pacjenta prowadzący postępowanie jest zatem wyposażony w narzędzia prawne podobne do tych, którymi posługuje się prokurator, zgodnie z art. 69 ustawy z 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze. Moc decyzyjna rzecznika w zakresie przyznawania i określania wysokości świadczeń kompensacyjnych jest ekwiwalentem postępowania sądowego. Ustawa zapewnia zatem pacjentowi nową ścieżkę dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzenia medycznego, sprawę prowadzi zaś organ, który jest wprost powołany do ochrony praw pacjenta. Warto zauważyć w tym miejscu, że na długo przed wprowadzeniem omawianej ustawy rzecznik praw pacjenta wielokrotnie brał udział w sprawach sądowych na prawach przysługujących prokuratorowi, zgodnie z art. 7 kodeksu postępowania cywilnego.

Teraz będzie bardziej porywająco. Słowo „prokurator” w kontekście postępowania przed rzecznikiem praw pacjenta brzmi groźnie.

W ogóle „prokurator” brzmi groźnie, przywołuje przyprawiający o lodowaty dreszcz obraz gadzich oczu spoglądających surowo znad czerwonego żabotu. Po prostu wysłannik zła, potwór polujący na ludzi, żeby ich strącić do otchłani, gdzie tylko słychać płacz i zgrzytanie zębów. A może warto zmienić opinię o prokuratorach? Ocieplić ich wizerunek?

Według encyklopedii PWN słowo „prokurator” (łac. *procurator*) w starożytnym Rzymie oznaczało osobę doglądającą interesów innej osoby (łac. *procurare* znaczy „zajmować się czyimiś sprawami”) lub reprezentującą ją w określonej sprawie. A zatem rzecznik praw pacjenta z definicji jest jego prokuratorem. Ale czy nie jest nim także lekarski rzecznik odpowiedzialności zawodowej? A może każdy lekarz?

Poza marginesowymi niechlubnymi wyjątkami, każdy lekarz jest osobą działającą w jak najlepiej pojętym interesie pacjenta. Sens tego zawodu polega przecież na tym, żeby osobę, której udzielamy świadczenia zdrowotnego, jak najlepiej zdiagnozować i leczyć. Staramy się działać z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z wytycznymi i standardami, zgodnie ze sztuką lekarską. Ale lekarz też jest tylko człowiekiem i czasem zmęczenie, stres, presja czasu lub splot niezależnych okoliczności powoduje błąd, czyli zdarzenie medyczne.

Żaden lekarz świadomie nie chce i nie planuje takiego zdarzenia, jednak medycyna nie jest matematyką, tylko sztuką, nie da się w niej zastosować algorytmów niezawodnie działających w każdej sytuacji. Mamy wytyczne, kryteria, schematy leczenia itd., zawsze jednak może przydarzyć się sytuacja, że standard nie zadziała lub nie jest najlepszym rozwiązaniem, a wybór dokonany pod presją czasu, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, nie zawsze bywa trafny. O takich przypadkach mówi art. 21 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który odnosi się do obowiązku poinformowania pacjenta o popełnionej przez lekarza pomyłce lub wystąpieniu nieprzewidzianych powikłań podczas leczenia i o obowiązku podjęcia działania dla naprawy ich następstw. Minimalizować liczbę takich sytuacji pomaga obowiązująca zasada ograniczonego zaufania, czyli nieustająca czujność i wzajemne sprawdzanie się członków zespołu leczącego w aspekcie

decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Mimo tych wszystkich bramek bezpieczeństwa, zdarzenia medyczne były, są i – niestety – będą, bo nie da się ich całkowicie uniknąć.

Możemy jednak skonstruować narzędzia jeszcze lepszej ochrony naszych pacjentów przed zdarzeniami, których nie chcemy. Jesteśmy, ramię w ramię z rzecznikiem praw pacjenta i groźnym panem w todze z czerwonym żabotem, prokuratorami naszych pacjentów. Pragniemy leczyć, a nie szkodzić, chronić pacjentów przed błędami medycznymi, działaniami niepożądanymi leków i szczepionek, powikłaniami chorób i zabiegów. Dlatego właśnie walczyliśmy o wprowadzenie systemu *no-fault*, czyli możliwości wynagradzania pacjentom poniesionych przez nich szkód spowodowanych niepożądanymi zdarzeniami medycznymi bez orzekania o winie medyków. To z założenia system ochrony pacjenta bez penalizacji działań lekarza, który nie tylko nie chciał dopuścić do zdarzenia medycznego, ale zwykle nie mógł mu zapobiec. Zaktualizowana właśnie ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta dobrze wpisuje się w ten system, pod warunkiem, że ustawodawca zrozumie, jak ściśle bezpieczeństwo pacjenta jest związane z poczuciem bezpieczeństwa lekarza. W obecnym systemie prawnym lekarz często obawia się, że gdyby popełnił błąd, spotka się z roszczeniem ze strony pacjenta, co może zaburzać proces nawiązania relacji terapeutycznej. Ale także pacjent obawia się działania lekarza, któremu *a priori* niesłusznie przypisuje się (przede wszystkim w mediach) intencję szkodenia pacjentowi.

Nie idźmy dalej drogą antagonizacji lekarzy i pacjentów, to nie leży w niczyim interesie. Pacjent i lekarz powinni darzyć się szacunkiem i zaufaniem, bo tylko taka relacja może ograniczyć liczbę zdarzeń medycznych. One, niestety, czasem będą występować, ale świadomość, że są nieuniknione, i że wyznaczono drogę postępowania maksymalnie chroniącą pacjenta przed ich skutkami, daje nadzieję wszystkim pacjentom i lekarzom na lepszą przyszłość. Niech ustąpią lęki i ustanie wykrwawianie się w bezsensownej walce z użyciem obosiecznej broni paragrafów, niech prawo pozwoli wreszcie lekarzom zadbać o pacjentów wspólnie z ich rzecznikiem i troskliwą, o ojcowskim czy matczynym spojrzeniu, osobą w czerwonym żabocie. Wszyscy jesteśmy prokuratorami. ●



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



Pro auctore

PRZYWILEJEM LEKARZA JEST MOŻLIWOŚĆ WYSTAWIENIA
RECEPTY DLA SAMEGO SIEBIE, *PRO AUCTORE*.
W KOŃCU: *MEDICE, CURA TE IPSUM!*

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Bycie lekarzem wiąże się z odpowiedzialnością, obciążeniem stresem, kontaktem z ludzkim cierpieniem i śmiercią, koniecznością radzenia sobie z przeróżnymi emocjami pacjentów i nas samych, pracą w нефизjologicznych porach, brakiem czasu na odpoczynek... Można wyliczać w nieskończoność. Ale jest i druga strona medalu: satysfakcja z dobrze wykonanej pracy, wdzięczność za ulgę w cierpieniu, drobne radości i sukcesy. Mamy także przywileje, których wagi zdarza nam się nie doceniać. Przywileje, które dają nam coś, czego nie mają inni, ale które mogą nas też zgubić.

JESTEŚ WYJĄTKOWY

Z chwilą zdobycia prawa wykonywania zawodu zyskujemy możliwość całkiem legalnego leczenia samych siebie i członków naszych rodzin, niezależnie od tego, gdzie pracujemy i czy posiadamy własną praktykę. Oddzielne numery recept, inna część systemu gabinet.gov, wymóg prowadzenia dokumentacji medycznej zredukowany do niezbędnego minimum, żadnych obostrzeń, każdy lek dostępny, także z refundacją. Zdarza nam się nie doceniać, jak duży to przywilej, szczególnie osobom z tzw. lekarskich rodzin, gdzie dostępność dowolnego leku na żądanie była zawsze oczywista. Natomiast ci, którzy są pierwszymi lekarzami w rodzinie, pamiętają czas „przed PWZ”, kiedy potrzeba otrzymania leku oznaczała konieczność umówienia się na wizytę u lekarza i zdania się na jego decyzje.

W pozalekarskim świecie nagle zachorowanie to szukanie terminu do lekarza „na cito”. Osoby z chorobami przewlekłymi, przyjmujące leki na stałe, muszą pilnować, by odpowiednio wcześniej ustalić termin wizyty, uwzględniając czas oczekiwania, przeliczając tabletki, które im pozostały. Wprowadzenie możliwości przedłużania stałych recept przez pielęgniarki oraz wdrożenie e-recept ułatwiło życie „nieuprzywilejowanym”, jednak nadal daleko im do naszego komfortu. W tę lukę doskonale wpasowały się tzw. receptomaty, które dają ludziom spoza lekarskiego świata namiastkę tego, co my mamy na co dzień – receptę na dowolny lek, na żądanie, natychmiast.

W naszym świecie jest inaczej. Jeśli zachoruję na anginę, mogę przepisać sobie antybiotyk. Leczę się na nadciśnienie, niedoczynność tarczycy, cukrzycę – wypisuję receptę na leki stale przyjmowane sama. Lecę na wakacje na drugą półkulę i obawiam się *jet lagu* – po prostu kupuję lek nasenny. Mam potrzebę przyjęcia leku przeciwbólowego, silniejszego niż dostępne OTC, wypisuję receptę. Cudownie, prawda? Decyduję sama, kiedy i co sobie zaordynuję. Nie zależę od nikogo.

Tak, recepty *pro auctore* to duży przywilej. Doceniajmy to, jak ułatwiają nam życie i jakim są wyróżnieniem. Ale mogą być pułapką, i to na kilka sposobów. Chciałam dziś napisać o dwóch. Nazwijmy je roboczo: 1. Nie zwracaj głowy i 2. Bierz, co chcesz.

PUŁAPKA NR 1: NIE ZAWRACAJ GŁOWY

Znacie historię Leonida Rogozowa, rosyjskiego chirurga z Radzieckiej Ekspedycji Antarktycznej? Był jedynym lekarzem w grupie polarników w stacji pośród lodowych pustkowi. Pech chciał, że to właśnie jemu przytrafiło się ostre zapalenie wyrostka. Rogozow miał dwie możliwości: czekać, aż samo przejdzie (marne szanse na przeżycie), albo operować (szanse na przeżycie nadal marne, ale nieco większe). Zdecydował się na drugą opcję. I tak w 1961 r. Rogozow stał się pierwszym człowiekiem na świecie – i dotąd jedynym – który wykonał appendektomię sam sobie. W Internecie można znaleźć zdjęcia z tego niezwykłego wyczynu. Ale Rogozow nie miał wyjścia. Nie było nikogo, kto mógłby mu pomóc. W ekstremalnej sytuacji musiał sobie poradzić sam. Czy my też musimy?

Co *de facto* oznacza przywilej recept *pro auctore*, jaki przekaz niesie? W tym samym momencie, gdy młody lekarz otrzymuje prawo do leczenia pacjentów, zyskuje też możliwość leczenia siebie. „*Lecz innych i lecz siebie!*”. To podkreśla podział na pacjentów i lekarzy (który w gruncie rzeczy jest całkowicie sztuczny, bo każdy z nas był, jest i z pewnością będzie pacjentem). Młody lekarz ma świadomość, że nie należy do grupy „zwykłych pacjentów”, bo ma medyczną wiedzę i umiejętności, a teraz dostaje dodatkowo jasny – choć ukryty – komunikat: „*Nie jesteś pacjentem. Nawet jeśli zachorujesz, pozostajesz przede wszystkim lekarzem, masz diagnozować i leczyć. Poradź sobie sam, właśnie po to masz te recepty. Nie zwracaj głowy innym lekarzom.*”

Co się dzieje dalej, możecie sobie sami dopowiedzieć. Wielu z nas zna to z autopsji. I nie chodzi tylko o kombinowanie z farmakologią, nawet jeśli nie znamy się kompletnie na danej dziedzinie medycyny, ale o działanie w nas potężnych nieświadomych mechanizmów psychologicznych, utrudniających dostarczenie w sobie człowieka, który może (ma prawo!) być czasem pacjentem. Mechanizmów, które sprawiają, że ignorujemy swoje zdrowie, bagatelizujemy objawy, nie przyjmujemy do wiadomości, że potrzebujemy pomocy. Szczególnie utkwili mi w pamięci historie lekarzy z nowotworami, którzy zgłosili się do onkologa w zaawansowanym stadium choroby, mimo że dawała o sobie znać dużo wcześniej. W mojej psychiatrycznej działce właściwie regułą są próby samoleczenia trwające miesiącami, latami, rozpaczliwe i bezsensowne, opóźniające uzyskanie pomocy specjalisty. Jest wiele powodów takiego stanu rzeczy, to prawda. Przekaz „*Lecz się sam!*” jest jednym z nich.

PUŁAPKA NR 2: BIERZ, CO CHCESZ

Wróćmy na chwilę do rozkwitającego na naszych oczach fenomenu receptomatów. Ich wielka popularność niepokoi nas, oburza, złości, grozi pauperyzacją naszego zawodu. Żyzymy się na marne etyczne standardy lekarzy, którzy świadczą usługi dla takich podmiotów, i oczywiście mamy rację. Martwimy się ►►

- ▶ o bezpieczeństwo pacjentów, słusznie. Niektórzy z nas – mówiąc bezdusznym językiem biznesu – obawiają się spadku popytu na swoje usługi. Nie myślimy dobrze o pacjentach korzystających z tej skróconej ścieżki uzyskiwania leków.

Teraz napiszę coś, co może oburzyć czytelników, ale trudno, zaryzykuję. Każdy z nas ma swój własny, prywatny receptomat. Nazywa się „Recepta *pro auctore*”. Korzystamy z niego, tak jak osoby bez PWZ z komercyjnych podmiotów: przedłużając stałe leczenie, włączając lek w sytuacji nagłej infekcji, wspomagając się w bólu, bezsenności, różnych dolegliwościach fizycznych i psychicznych. Owszem, mamy kierunkowe wykształcenie i statystycznie większą wiedzę niż pacjenci składający zamówienia na leki na stronach i w aplikacjach. Pytanie, czy aż tak bardzo się różnimy? Czy osoba w nagłej zdrowotnej potrzebie, z nasilonymi dolegliwościami, jest w stanie sama dobrze wybrać, jakie postępowanie będzie optymalne? Czy pacjenci chorujący przewlekle od lat mogą być ekspertami od swojego zdrowia i podejmować mądre, świadome decyzje? Czy ktoś, kto zastосуje doraźnie konkretny lek, bo zna jego działanie, jest obiektywny i myśli o bezpieczeństwie? Czasem tak, a czasem nie. Nie ma jednoznacznych odpowiedzi.

Problem polega na tym, że owo „tak” i „nie” nie zależy wcale od tego, jakie wykształcenie ma chorująca czy cierpiąca osoba. Bycie lekarzem niekoniecznie pomaga w podejmowaniu trafnych decyzji, gdy stajemy się pacjentami. Swoboda korzystania z naszego „prywatnego receptomatu” ułatwia życie, ale może być niebezpieczna, bo omija etap weryfikacji naszego widzenia własnej sytuacji zdrowotnej przez kogoś obiektywnego, kto może w tej sytuacji być lekarzem, bo nie jest pacjentem. Żeby nie być gołosłowną, przytoczę kilka przykładów, wszystkie usłyszane z pierwszej ręki. Lekarz z dość poważną chorobą przewlekłą, którą można leczyć różnymi sposobami, w tym nowoczesnymi i bezpiecznymi, od lat na własną rękę trzymał się kurczowo jednej konkretnej, starej metody, nie korzystał z żadnych konsultacji, mimo że leczenie siało spustoszenie w jego organizmie. Panicznie bał się pogorszenia przebiegu choroby, więc nie decydował się na podjęcie jakiegokolwiek próby zmiany, zamiast tego włączał do leczenia kolejne leki, które miały choć trochę niwelować to, na co szkodzi leczenie choroby podstawowej. Nie miał swojego lekarza prowadzącego, bo uważał, że sam sobie ze wszystkim poradzi, może też przeczuwał, że nikt obiektywny nie prowadziłby jego leczenia w ten sposób. W chwili, gdy z nim rozmawiałam kilka lat temu, miał uszkodzenie i początki niewydolności kilku narządów. Nie znam jego dalszych losów...

Inny przykład: lekarka z występującymi od lat okresami pogorszonego nastroju i napędu dawno temu porozmawiała chwilę z koleżanką psychiatrą (która niestety nie zachowała się profesjonalnie, bo pogaduchy przy kawie w żadnym razie nie są konsultacją lekarską), od tego czasu po prostu na przemian przyjmowała (gdy czuła się gorzej) i odstawiała (gdy było lepiej) jeden konkretny lek przeciwdepresyjny, czyli robiła to, czego żaden psychiatra by jej nie zalecał. Nie chodziło o to, że nie miała teoretycznej wiedzy z psychiatrii, tylko że ta wiedza nie zdała się na nic. Trafiła do specjalisty, gdy emocjonalny rollercoaster był nie do zniesienia dla niej samej i utrudniał funkcjonowanie. Okazało

się, że to nie była „zwykła” depresja, lecz zaburzenia afektywne dwubiegunowe, które można było rozpoznać i prawidłowo leczyć już wiele lat wcześniej. Nie było na to szansy, bo lekarka próbowała za wszelką cenę poradzić sobie sama. „*Lecz się sam!*” i swobodny dostęp do leków sprawiły, że choroba się „rozhułała”, odbierając wiele z życia, a powrót do stabilnego samopoczucia był utrudniony, mozolny i niepełny.

Opowieści o tym, jak źle kończą się próby samoleczenia, można mnożyć. Niechętnie przyznajemy się do tego, ale to się po prostu dzieje: używamy naszych „prywatnych receptomatów”. Pora zacząć mówić o tym głośno. Zdarza nam się przepisać sobie antybiotyki, który jest „wygodniejszy” w stosowaniu, mimo że *lege artis* nie jest to lek pierwszego rzutu. Sięgamy z większą beztrąską po leki, których sami byśmy tak chętnie nie przepisywali pacjentom. Odchudzamy się preparatami dla osób z otyłością, nawet jeśli nasze BMI jest w normie. Przepisujemy sobie leki, bo jesteśmy przekonani, że są adekwatne i nam pomogą, ale zapominamy, że możemy stracić obiektywne spojrzenie profesjonalisty. Nie da się być jednocześnie po obu stronach biurka w lekarskim gabinecie. Możemy próbować, ale potrzebujemy kogoś, kto zweryfikuje nasze diagnozy i pomysły na leczenie.

I jeszcze cięższy kaliber: uzależnienia. Benzodiazepiny, stymulanty, opioidy? Proszę bardzo, wszystko dostępne od ręki, dużo taniej niż u dilerów. Recepty *pro auctore* są ogromnym problemem w grupie uzależnionych lekarzy. Swobodny, całkowicie legalny dostęp do substancji psychoaktywnych utrudnia skonfrontowanie się z problemem: „*Jestem lekarzem, stosuję leki zgodnie z wiedzą medyczną, nie jestem jakimś ćpunem, który kupuje działkę od dilerów, w czym problem?*”. U uzależnionych w trakcie leczenia jest duże niebezpieczeństwo nawrotu, bo nie ma niczego, co utrudnia uzyskanie uzależniającej substancji. To, co miało być przywilejem lekarza, staje się upiornym, kuszącym straganem z narkotykami, w którym wystarczy wyciągnąć pieczętkę, by dostać kolejną działkę czystego towaru. Proszę się częstować!

Kiedy rozmawiam z uzależnionymi lekarzami, zastanawiamy się czasem, czemu nie ma możliwości zablokowania receptowego przywileju konkretnej osobie na jakiś czas. Słucham, jak trudno jest walczyć z pokusą złamania nawet wieloletniej abstynencji, gdy przychodzi trudniejszy moment i mechanizmy uzależnienia uderzają ze zdwojoną siłą, a zdrażliwa ulga jest na wyciągnięcie ręki. Umożliwiając zawieszenie opieki wystawiania recept *pro auctore*, pomogliśmy tym uzależnionym lekarzom, którzy funkcjonują już całkiem dobrze, pracują, zdrowieją, ale wciąż mają wysokie ryzyko wpadki. Bo uzależnienie to choroba przebiegająca z okresami remisji i nawrotów.




Może czas skroić nasze przywileje na miarę konkretnego lekarza? ●

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

PRACA DLA LEKARZY



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

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

Zapraszamy pracodawców do
publikacji ogłoszeń.

Jeśli chcesz poznać więcej
szczegółów, zadzwoń do nas:
22 542 83 53 lub **668 373 100**
lub napisz: praca@oilwaw.org.pl

Zapraszamy po hot-doga

JEŚLI PACJENCI SKARŻĄ SIĘ, ŻE POLSKA OCHRONA ZDROWIA JEST CHORA, WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA TO PONOSZĄ RÓWNIEŻ CI LEKARZE, KTÓRZY SZTUKĘ LECZENIA SPROWADZILI DO PRYMITYWNEGO RZEMIOSŁA.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/A.Polityka

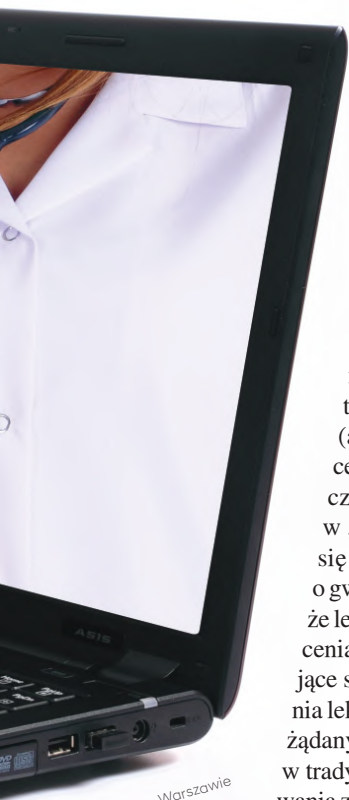
Autor jest publicystą „Polityki”.

Szybko przyzwyczajamy się do dobrych rzeczy. Ale zaledwie trzy lata temu porady lekarzy w zasięgu telefonu lub za pośrednictwem Internetu w wielu dziedzinach medycyny wydawały się sprzeczne ze sztuką leczenia. Większości specjalistów nie mieściło się w głowie odstępianie od tradycyjnej zasady, w myśl której nie wolno rozpoznawać choroby na odległość, bez zobaczenia i zbadania chorego. Nie pamiętamy pewnie i tego, że jeszcze ćwierć wieku temu, z niewielkim okładem, z trudem dodzwanialiśmy się w Polsce na drugi koniec miasta, więc nieufność wobec porozumiewania się przez łącza telefoniczne lub internetowe dawało się w pewnym sensie uzasadnić (sam biegałem w dyskieta do redakcji, a autoryzacje wypowiedzi trzeba było przeprowadzać za pomocą faksu lub osobiście). Stanowiło to istotną barierę w popularyzacji telemedycyny.

Wszystko zmieniło się z nastaniem pandemii, choć nie jest prawdą, że gdy za informatyzację w resorcie zdrowia zabrał się Janusz Cieszyński, mieliśmy do czynienia z dziedziną kompletnie zaniedbaną. W wielu miejscach, głównie dzięki zapałowi nielicznego grona entuzjastów, rozwijane były już projekty konsultacji telemedycznych, np. w radiologii, diabetologii, audiologii i kardiologii. Ministerstwo

Zdrowia, wdrażając system elektronicznego wystawiania e-zwolnień i e-recept, po prostu wytrąciło przeciwnikom argument, że nie da się w ten sposób realizować zaleceń. Dało się! Nie było zresztą innego wyjścia – koronawirus przyniósł system ochrony zdrowia tak boleśnie, że telemedycyna okazała się jedyną metodą udzielania świadczeń. Była przez dłuższy czas najbezpieczniejszą formą kontaktu z lekarzem (i *vice versa*), do czego wszyscy przywykli, więc stała się ofertą bezterminową. Pokusa, by uczynić z niej nowy medyczny biznes, wydała się niektórym niezwykle kusząca.

Powstanie internetowych receptomatów nie byłoby aż tak wielkim złem, gdyby nie wynaturzenia, które wypączkowały właśnie na tym biznesie. Podczas świąt byłem świadkiem sytuacji, kiedy bliscy próbowali zdobyć receptę potrzebną do kontynuowania leczenia dziecka, ale rodzinny pediatra wyjechał zagranicę i nie mógł pomóc. Trzydniowa przerwa w kuracji pewnie nie wyrządziłaby wielkiej szkody, ale incydentalny kontakt z anonimowym lekarzem, który wystawił receptę i na e-mail przesłał jej kod, przede wszystkim uspokoił matkę dziesięciolatka, więc wszystko zakończyło się szczęśliwie. Dziś wracam do tej historii po zapoznaniu się z wypowiedziami lekarki, specjalistki neurologii z doktoratem, która musiała stanąć



Fot. licencja OIL w Warszawie

niedawno przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie za masowe wystawianie e-recept. Szła na rekord: przez rok na jej receptomatowym liczniku było ich 320 tys., po udzieleniu konsultacji 260 tys. pacjentów. Ile wśród nich było świątecznych lub weekendowych nagłych przypadków? Rzecz jasna podczas pandemicznego lockdownu wiele poradni zamknięto dla chorych, ale nie wszyscy tak licznie (a już raczej nie emeryci) korzystali z receptomatów. Dziennikarz „Gazety Wyborczej” skrupulatnie obliczył (znamiennie: w „Wyborcza.biz”, a więc wywiad ukazał się w sekcji biznesowej, jakby chodziło o gwiazdę biznesu polskiej ochrony zdrowia), że lekarka musiała codziennie realizować zlecenia od 712 pacjentów! Fakt, że osoby starające się o recepty w ten sposób wydają zlecenia lekarzom, płacąc im za to, by mogli zdobyć żądany specyfik, odwraca porządek rzeczy, bo w tradycyjnie rozumianej medycynie od wydawania zaleceń choremu i zlecenia terapii są przecież lekarze. W wynaturzonej telemedycynie, sprowadzonej do zwykłego rzemiosła (czyli biegłego posługiwania się klawiaturą komputera), nie

tylko to postawione jest na głowie.

„Chce mi pani powiedzieć, że chodząc po domu, sprząając, gotując, zajmując się dziećmi, wypisywała pani recepty?” – zagaduje dziennikarz. „Nie, byłam całkowicie skoncentrowana na pracy” – odpowiada lekarka. Na to on swoje:

„Przecież trzeba zjeść, iść do toalety, umyć się”. I na to jest odpowiedź: „Pomagały mi asystentki. Mogę wziąć prysznic i po nim podjąć decyzje medyczne. Najczęściej pracę zaczynałam od szóstej rano. (...) Pracowałam do godziny 20, czasem do 23”. Dodajmy: dzień w dzień przez okrągły rok, a z przedstawionej statystyki wynika, że nowy pacjent zgłaszał się z tzw. formularzem medycznym (i zleceniem wystawienia recepty) co 60 sekund! „Jak wychodziłam z domu, brałam ze sobą komputer. Cały czas miałam go przy sobie. (...) A receptę mogłam zawsze przeklikać na telefonie, tablecie, komputerze” – rozmówczyni nie traci rezonu. Oczywiście, konsultacja w ramach telemedycyny wygląda inaczej niż stacjonarna. Z panią doktor od „przeklikiwania” pracowało w tym czasie od czterech do sześciu asystentek (kolejki, którzy nie wyrabiają się w gabinetach POZ i na oddziałach, marzą często choć o jednej), ale ona sama stwierdziła, że dyżuruje przez siedem dni w tygodniu, a każdy dyżur trwa od 12 do 24 godzin.

Dawno nie czytałem – być może napisanych przez prawników wynajętych przez lekarkę (a stać ją pewnie na najlepszych, bo wyznała, że telemedycyna uczyniła z niej krezuskę,

z zarobkami przez pewien czas powyżej 100 tys. zł miesięcznie) – tak odhumanizowanych wypowiedzi na temat własnej pracy. I co z tego, że te całodobowe dyżury w firmach telemedycznych, jakieś wymaginowane zapory, w postaci kwestionariuszy dla pacjentów próbujących zwyczajnie wyłudzać leki, albo telefoniczne weryfikacje stanu zdrowia są zgodne z prawem, jeśli o swojej pracy, która przypominała taśmociąg zainstalowany w laptopie, wypowiada się tak, jakby stemplowała koperty. Na pacjentach komentujących takie wypowiedzi nie mogło to zrobić dobrego wrażenia. Jeden porównał zajęcie pani doktor do odbijania swej podobizny na taśmie filmowej przez dobranockowego psa Reksia.

Takich lekarzy rzeczywiście mogą już niedługo wykształcić słynne zawodówki ministra Czarnka i z łatwością może ich też zastąpić sztuczna inteligencja. Uznanie przez okręgowy sąd lekarski, że pozbawiony jakichkolwiek refleksji sposób pracy wyklucza lekarza na jakiś czas z zawodu, rozwoju telemedycyny nie zatrzyma, ale po co żądać od pacjentów niemałych kwot za zlecenie wystawienia recepty, skoro możemy zmierzać w kierunku całkowitej automatyzacji tego procesu i po wypełnieniu formularza medycznego otrzymamy kod wygenerowany przez awatara w białym fartuchu?

Najbardziej przykre jest jednak to, że cała linia obrony lekarzy skrojona została do tezy, iż nie sprzeniewierzyła się żadnym ideałom ani nie przekroczyła prawa, które w przypadku

telemedycyny pozwala lekarzom maksymalizować zyski. Im więcej recept, tym większy zarobek dla właściciela receptomatu, a więc także dla lekarza, który – jak w tym przypadku – nie widzi żadnego uchybienia, żadnej skazy na wizerunku: „Miałam poczucie misji”, „W mojej pracy nie było żadnego automatyzmu”, „Pracowałam zgodnie ze standardami telemedycyny”.

Problem na tym właśnie polega, że opacznie pojmowana telemedycyna stała się przystanią dla lekarzy, którzy twierdzą z podniesioną głową, że czynią dobro, nie zostawiając nikogo bez pomocy, a tak naprawdę wykorzystują w tej działalności tylko wycinek swoich uprawnień, który okazał się dla nich po prostu żyłą złota. „Proces generowania recepty trwa 1–2 sekundy” – przekonuje lekarka, dając do zrozumienia, że czynność ta jest prostsza i krótsza od pracy kasjerki na dworcu kolejowym lub sprzedawcy hot-dogów. Czy telemedycyna ma kojarzyć się pacjentom z medycznym fast-foodem? Dziwi mnie, że nie przeszkadza to tym, którzy za cenę utraty bezpośredniego kontaktu z chorymi promują ją w ten sposób i nie widzą, jaką krzywdę wyrządzają również sobie. W toczącym się przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie postępowaniu przeciwko drugiemu lekarzowi, który miał także masowo wystawiać e-recepty, zastosowano środek zapobiegawczy, odbierając mu prawo pracy w telemedycynie. Jeśli chce utrzymać uprawnienia, lekarzem może być (sic!) już tylko stacjonarnie, w szpitalu. Co za pokuta, co za żnój! ●

Dołączamy do #ODWOLUJE #NIEBLOKUJE

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE ZOSTAŁA PARTNEREM MERYTORYCZNYM AKCJI #ODWOLUJE #NIEBLOKUJE. TO DRUGI ETAP KAMPANII SPOŁECZNEJ ZAINICJOWANEJ PRZEZ CENTRUM MEDYCZNE CMP, W KTÓRĄ ZAANGAŻOWAŁY SIĘ PODMIOTY ZARÓWNO Z PUBLICZNEJ, JAK I PRYWATNEJ OCHRONY ZDROWIA. CELEM AKCJI JEST ZWRÓCENIE UWAGI NA PROBLEM NIESTAWIANIA SIĘ PACJENTÓW NA UMÓWIONE WIZYTY LEKARSKIE, BEZ WCZEŚNIEJSZEGO ICH ODWOŁANIA.

tekst **OLGA RASIŃSKA**



Fot. W. Szachowski

Każda wizyta pacjenta wymaga zaangażowania lekarza, wykorzystania gabinetu i sprzętu medycznego, a jej nieodwołanie skutkuje wydłużeniem kolejki do specjalisty. Skala zjawiska jest w Polsce bardzo duża. Według danych NFZ, opublikowanych w 2020 r., takich wizyt było aż 17 mln! Wcześniejsze anulowanie konsultacji zwalnia miejsce innym osobom, które mogą znajdować się w ogromnej potrzebie.

– Już pierwszy etap akcji sprawił, że odsetek nieodwołanych wizyt w placówkach biorących w niej udział spadł o kilkanaście – kilkadziesiąt procent (tylko w CMP o 25 proc.), porównując ich liczbę w okresie przed kampanią i w jej ostatnich miesiącach. Jednak wciąż wiele jest do zrobienia, dlatego już wkrótce rozpoczynamy z drugi etap, a kampania nabiera mocy. W tym roku ponownie wspierają nas MZ i NFZ, a także rzecznik praw pacjenta. W akcję włączyło się jeszcze liczniejsze grono partnerów medycznych, prywatnych oraz publicznych, i instytucji, m.in. OIL w Warszawie. Po raz pierwszy dołączyli partnerzy techniczni, którzy podniosą skuteczność naszych działań. Jeszcze mocniej skupiamy się na przekazie kierowanym do pacjentów – komentuje Paweł Walicki, prezes Centrum Medycznego CMP.

Konferencja inauguracyjna tegorocznej kampanii została zaplanowana na 28 września. Organizatorzy i zaproszeni goście – eksperci oraz praktycy rynkowi, reprezentujący najważniejsze organizacje i podmioty medyczne, a także

przedstawiciele OIL w Warszawie – zdecydowali się rozmawiać m.in. o tym:

- jaka jest skala problemu nieodwołanych wizyt?
- jak wpływa na funkcjonowanie placówek medycznych, codzienną pracę ich personelu oraz dostępność usług medycznych dla pacjentów?
- jakie rozwiązania i rekomendacje pomogą zwiększyć świadomość społeczeństwa w zakresie skali problemu i jego bezpośrednich skutków dla pacjentów?
- jak skutecznie nauczyć pacjentów sposobów odwoływania wizyt?
- jak wdrażać i wykorzystywać w placówkach medycznych rozwiązania techniczne ułatwiające odwoływanie wizyt?

– Najbardziej dotkliwą konsekwencją nieodwoływania wizyt jest opóźnienie pomocy lekarskiej lub diagnozy pacjentów, którzy jej pilnie potrzebują, także wydłużanie kolejki do specjalistów, którzy tracą czas i marnują swój potencjał. Ma to szczególne znaczenie w przypadku lekarzy reprezentujących wąskie specjalizacje. Inicjatorzy akcji #ODWOLUJE #NIEBLOKUJE stworzyli płaszczyznę komunikacji między ekspertami z różnych dziedzin, którzy mogą pomóc w rozwiązaniu tego problemu. Tylko takie, interdyscyplinarne podejście, poparte doświadczeniem środowiska lekarskiego, ma szansę uzdrowić i unowocześnić naszą ochronę zdrowia – mówi Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie. ●

O nauczycielach

RAZ W ROKU W WYBRANYM MIEŚCIE EUROPY ODBYWA SIĘ KONFERENCJA POŚWIĘCONA EDUKACJI MEDYCZNEJ STUDENTÓW I DOSKONALENIU ZAWODOWEMU LEKARZY, ORGANIZOWANA PRZEZ THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HEALTH PROFESSIONS EDUCATION (AMEE). W TYM ROKU GOŚCIŁO JĄ SZKOCKIE GLASGOW. OD 26 DO 30 SIERPNIANA PONAD 4 TYS. PASJONATÓW I EKSPERTÓW EDUKACJI MEDYCZNEJ SPOTYKAŁO SIĘ W MNIEJSZYCH I WIĘKSZYCH GRUPACH, BY PORUSZYĆ TAKIE KWESTIE JAK KONSTRUOWANIE *CURRICULUM*, OCENA WYNIKÓW NAUCZANIA, ZASTOSOWANIE SZTUCZNEJ INTELIGENCJI W DYDAKTYCE, SZKOLENIE Z ZAKRESU UMIEJĘTNOŚCI MIĘKKICH, UCZENIE MEDYCZYNY TAK, ABY ZAPOBIEGAĆ WYPALENIU ZAWODOWEMU STUDENTÓW I LEKARZY. KONFERENCJA AMEE JEST ŚWIĘTEM DLA OSÓB SPRAGNIONYCH POZNANIA NOWINEK DOTYCZĄCYCH EDUKACJI NA UNIWERSYTETACH MEDYCZNYCH I KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO.

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



Fot. A. Boguski

Jak uczyć medycyny, można się obecnie dowiedzieć podczas studiów magisterskich lub doktoranckich z tego zakresu. W Polsce mamy już świetnie zorganizowane centra symulacji, warsztaty z komunikacji prawie na każdym uniwersytecie i możliwości korzystania z udogodnień technicznych w postaci rozmaitych platform edukacyjnych (przykładem mój ulubiony MEDtube.net). Myślę więc, że przyszła pora, by środowisko medyczne uznało wreszcie pracę nad edukacją medyczną i rozwój własnych umiejętności dydaktycznych jako ścieżki kariery równie wartościowej jak praca z pacjentem czy badania naukowe. Prowadzenie zajęć ze studentami niektórym osobom wydaje się przymusem wynikającym z pracy w strukturach szpitala uniwersyteckiego. A przecież zawód nauczyciela na każdym poziomie edukacji to rola, która często determinuje życiowe lub zawodowe wybory naszych podopiecznych.

Każdy ma nauczyciela, którego z sentymentem wspomina i dzięki któremu polubił dany przedmiot, a wybór specjalizacji niekiedy miał związek z inspirującym asystentem na ćwiczeniach. Ci, którzy mają przywilej pracy z młodzieżą akademicką, niech nie umniejszają swojej roli w życiu ludzi, którzy trafili na ich zajęcia. Dobry nauczyciel ma szansę stać się punktem zwrotnym w karierze studenta. Być mentorem, nawet jeśli to słowo nigdy nie padnie.

Każdy lekarz jest też nauczycielem dla kolegów w swoim zespole. Obserwujemy się nawzajem, konsultujemy, ścieramy i uzupełniamy. Piękna i inspirująca jest praca z osobami, od których możemy czerpać wiedzę, ale też

uczyć się umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych, czyli realizować tzw. ukryte *curriculum*. W wielu przypadkach zawód medyczny jest nierozdzielnie połączony z zawodem nauczyciela. Nośmy tę belferską odznakę z dumą.

Ten tekst dedykuję moim Rodzicom, nauczycielom.

*

Niniejszy felieton ma charakter refleksyjny, ale sądzę, że warto dodać do niego nieco przyziemny akcent. W Ośrodku Doskonalenia Zawodowego przy OIL w Warszawie mierzymy wysoko, stawiając na konkret i praktykę w edukacji lekarzy. Zapraszamy Was na szkolenia z zakresu kompetencji twardych, umiejętności miękkich i wykłady dotyczące prawa medycznego. Obecnie proponujemy m.in. kursy z resuscytacji, USG i szczepień ochronnych. Aktualna oferta jest przedstawiona na stronie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie („Kursy i szkolenia”). Na wszystkie płatne kursy OIL można uzyskać refundację do 1000 zł na osobę. ●



Po owocach ich poznać

CZTERECH NA PIĘCIU POLAKÓW UWAŻA, ŻE PROBLEMY OCHRONY ZDROWIA POWINNY BYĆ WIODĄCYM, NAJWAŻNIEJSZYM TEMATEM ZBLIŻAJĄCYCH SIĘ WYBORÓW. NA KILKA TYGODNI PRZED TYM, JAK RUSZYMY DO URN, WIADOMO JUŻ, ŻE NIE BĘDĄ. ZRESZTĄ, CO TU DUŻO MÓWIĆ – JAK ZWYKLE. ALE CZY VOX POPULI NIE POWINIEN PRZEMÓWIĆ PRZYNAJMNIEJ DO EKSPERTÓW, SKORO POLITYCY GO IGNORUJĄ?

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

To jedna z refleksji towarzyszących doniesieniom z tegorocznego Forum Ekonomicznego w Karpaczu, w części (przede wszystkim, choć nie wyłącznie) Forum Ochrony Zdrowia, które w tym roku, dość zaskakująco, próbowało się „wybić na niepodległość”. (Wąsowo, 19–20 czerwca, złośliwe i niezyczliwe rządowi media donosiły, że organizacja konferencji miała związek z przymiarkami ówczesnego ministra zdrowia do startu w wyborach w jednym z okręgów w Wielkopolsce, którą rzeczywiście Adam Niedozielski sobie upodobał w ostatnich miesiącach urzędowania i często odwiedzał.)

Wróćmy jednak do Karpacza, gdzie na początku września (5–7) spotkali się wszyscy najważniejsi. Tak przynajmniej wyglądało to z perspektywy nieobecnych. „Polskie Davos” – określenie jeszcze z czasów, gdy Forum Ekonomiczne odbywało się w Krynicy, ciągle obowiązuje, nawet jeśli atmosfera jest nieco inna. „Atmosfera” to słowo-klucz trzydniowej imprezy. Od tego, czy jest dobra, zależy bardzo wiele, a w kulisach zapada niekiedy więcej ważnych rozstrzygnięć niż podczas licznych dyskusji panelowych. Choćby w ubiegłym roku, gdy rozmowy za kulisami konferencji przebiegały tak pomyślnie, że kilka tygodni później NFZ, Ministerstwo Zdrowia i Federacja Porozumienie Zielonogórskie przełamały wielomiesięczny impas i już w oficjalnych negocjacjach ustaliły warunki współpracy, również we wdrażaniu opieki koordynowanej. Podczas tegorocznego Forum Ekonomicznego można więc było mówić zarówno o sukcesach, jak i – w dalszym ciągu – wyzwaniach, bo proces wdrażania opieki koordynowanej (1 października mija rok) jest rozpisany na wiele lat.

Co w tym roku powinno być, a co było, zdrowotnym motywem wiodącym spotkań w Karpaczu? Nad Forum Ekonomicznym niewątpliwie zawisła niepewność co do rezultatów październikowych wyborów, a więc i kierunku, w jakim pójdą sprawy ochrony zdrowia: będzie wielka (albo jakaś, nie do końca wiadomo, jak duża) zmiana czy prosta kontynuacja działań z ośmiu, a na pewno czterech ostatnich lat. Myśleniu o kontynuacji na pewno sprzyjały panele poświęcone polityce lekowej. Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, *nota bene* najlepiej oceniany ze wszystkich wice ministrów zdrowia w ostatnim czasie, dosłownie brylował w Karpaczu, przedstawiając wieloletnie wizje polityki lekowej. Nie tylko odebrał (kolejną) środowiskową nagrodę, ale przede wszystkim – jak informował „Rynek Zdrowia”, omijając nazwisko autora, mówiącego podobno w imieniu konsultantów krajowych, swoisty hołd lenny: – *Niech nam trwa, niech nam będzie wiecznie tym ministrem, bo zajmuje się lekami i robi to świetnie.*

Paradoksalnie, to właśnie Maciej Miłkowski zaliczył w Karpaczu spektakularną wpadkę, atakując dziennikarza, dopytującego się o kwestie zmian w zasadach refundacji leku na mukowiscydozę. – *Proszę negocjować z firmą farmaceutyczną* – rzucił.

W myśl zasady „dżentelmeni nie rozmawiają o pieniądzach” w Karpaczu nie podejmowano – przynajmniej oficjalnie – rozmów o faktycznym, znacząco odbiegającym od rządowego przekazu „6,2 proc. PKB na zdrowie, 7 proc. w 2027 r.”, poziomie finansowania ochrony zdrowia, a przynajmniej te wątki nie przedostały się do opinii publicznej. Dżentelmeni nie

rozmawiają o pieniądzach, oni je po prostu mają. Druga część tego zdania nie do końca odzwierciedla rzeczywistość polskiej ochrony zdrowia, co tuż przed Karpaczem pokazał nowy Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia przedstawiony przez Federację Pracodawców Polskich: w 2024 r. grozi nam realna zapaść budżetu NFZ. O tym, że taki przebieg wydarzeń nie jest jedynie projekcją analityków, świadczy choćby stanowisko strony społecznej Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia. Pod koniec sierpnia organizacje pracodawców i związki zawodowe (również NSZZ Solidarność Ochrony Zdrowia) zaapelowały o zwiększenie dotacji podmiotowej do funduszu do 15 mld zł (z planowanych 8 mld zł), a równocześnie o wycofanie się z nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która od 2023 r. uwolniła budżet państwa od obowiązku finansowania m.in. ratownictwa medycznego, szczepień, bezpłatnych leków. Gdyby przywrócić stan sprzed końca 2022 r., budżet musiałby funduszowi przekazać, oprócz dotacji podmiotowej, 8–9 mld zł (zwiększony koszt bezpłatnych leków po rozszerzeniu grup uprzywilejowanych). Gdyby te postulaty zostały spełnione, budżet NFZ zwiększyłby się nawet o 24 mld zł. Jednak nic nie wskazuje, by tak miało się stać.

Ostatnie lata niewątpliwie zdominował temat kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia i metod, jakimi można z nim walczyć. Od momentu, gdy partia rządząca stwierdziła, że optymalną metodą będzie otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach nieakademickich, kilka razy obniżono kryteria (ostatni raz, gdy uchwalona została rzutem na taśmę pod koniec kadencji nowelizacja Karty Nauczyciela, z kolejną modyfikacją przepisów prawa o szkolnictwie wyższym). Tematu kształcenia kadr nie mogło więc zabraknąć również na Forum Ochrony Zdrowia. O wyzwaniach w edukacji medycznej rozmawiano z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia podczas zorganizowanego w ostatnim dniu panelu „Kształcenie w zawodach medycznych – perspektywa i wyzwania. Rekomendacje KRAUM”. W rozmowie uczestniczyli: wiceminister zdrowia Piotr Bromber, rektor GUMed prof. Marcin Gruchała, przewodniczący KRAUM, prof. Agnieszka Zimmermann, prorektor ds. jakości kształcenia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Agnieszka Piwowa, prorektor ds. studentów i dydaktyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Katarzyna Siekaniec, prezydent wrocławskiego oddziału Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Zabrakło – choć dyskusja dotyczyła przede wszystkim zawodów lekarza i lekarza dentystry – reprezentantów samorządu lekarskiego.

Przedstawiciele KRAUM akcentowali znaczenie przygotowanych i zaprezentowanych w czerwcu rekomendacji dotyczących kształcenia w zawodach medycznych. Wiceminister zdrowia konsekwentnie tłumaczył, dlaczego komponent ilościowy



Fot. PAP

nie zagraża komponentowi jakościowemu, czyli że otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach niemedycznych, bez pozytywnej oceny PKA, nie stoi w sprzeczności z rekomendacjami KRAUM i postulatami pro jakościowymi. – *Gdybym miał mówić o dynamice akcesu nowych uczelni, powiedziałbym, że mamy za sobą szczyt tego procesu – stwierdził wiceminister Piotr Bromber. – Nadzędne jest zwiększenie liczby osób wykonujących zawody medyczne. Liczba uczelni jest tu następstwem celu. A cel to łatwy dostęp pacjenta do lekarza, zależny od liczebności personelu medycznego* – cytuje wypowiedź ministra na swojej stronie GUMed.

Last but not least, w dodatku w ścisłym związku ze zmianami w kształceniu, zwłaszcza przeddyplomowym – jakość. I bezpieczeństwo. Rok temu ówczesny minister zdrowia Adam Niedzielski w Karpaczu na stojąco witał decyzję Komitetu Stałego Rady Ministrów o przyjęciu projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Do tego samego (oraz oklasków) namawiał uczestników panelu, podczas którego otrzymał radosną informację. W tym roku rzecznik praw pacjenta dziękował publicznie Adamowi Niedzielskiemu – za konsekwencję i sprawczość w sprawie ustawy. Nie wziął pod uwagę, że adresat podziękowań jest już byłym ministrem i nie uczestniczył w Karpaczu w sesjach poświęconych zdrowiu, lecz w panelu dotyczącym odbudowy Ukrainy. Niedzielski pytania dziennikarzy ignorował, ale zrobił wyjątek, by w „Fakcie” zadeklarować, że niczego nie żałuje, walczył z mafią narkotykową, żadnej tajemnicy nie ujawnił. A gdyby mógł coś zrobić inaczej, merytorycznie niczego by nie zmienił, ale może zmieniłby komunikację ze środowiskiem lekarskim. ●

Kobiety w medycynie mówią jednym głosem



Fotografie: T. Orzłobor/Kancelaria Senatu RP

CZY DYSKRYMINACJA KOBIEC PROWADZI DO DEFICYTU LEKARZY NIEKTÓRYCH SPECJALIZACJI? CZY W DZIEDZINACH ZABIEGOWYCH KOBIECY SĄ MILE WIDZIANE? CZY OSIĄGAJĄ WSZYSTKIE SZCZEBLE KARIERY NA UCZELNIACH MEDYCZNYCH? TO TYLKO KILKA Z PYTAŃ, NA KTÓRE STARALI SIĘ ZNALEŹĆ ODPOWIEDZI UCZESTNICZY KONFERENCJI „KOBIECY W MEDYCYNIE MÓWIĄ JEDNYM GŁOSEM” ZORGANIZOWANEJ PRZEZ FUNDACJĘ POLKI W MEDYCYNIE, POD PATRONATEM WICEMARSZAŁKA SENATU.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Spotkanie odbyło się 11 września w gmachu polskiego parlamentu. W pierwszej części konferencji, którą otworzyli prezeska fundacji Małgorzata Osmola i wicemarszałek Senatu Michał Kamiński, omawiane były przede wszystkim wyniki badań przeprowadzonych przez fundację, dotyczących pracy kobiet w zawodach medycznych. Dramatyczną sytuację

kadrową w zawodach pielęgniarki i położnej przedstawiła pielęgniarka Anna Woda. Zaprezentowane przez nią dane dowodzą, że najbardziej aktywne w tych zawodach są osoby z grup wiekowych 41–50 oraz 51–60 lat, najmniej z grupy 20–30-latków. Tylko ok. 74 proc. pielęgniarek i ok. 70 proc. położnych pracuje zgodnie ze swoim wykształceniem. Tymczasem w 2030 r.

65 proc. pielęgniarek i 60 proc. położnych przejdzie na emeryturę, co grozi zamknięciem 272 szpitali z powodu ich braku.

Wystąpienie Julii Stryjek z fundacji Kobiety w Chirurgii stworzyło zebrany okazję zapoznania się z wynikami badania „Liczymy się”, które miało wyjaśnić, czy w dziedzinach zabiegowych kobiety są mile widziane. Okazuje się, że niemal 2/3 lekarek w trakcie specjalizacji zabiegowych jest zadowolonych z realizacji programu, połowa ocenia, że realizuje go w takim samym stopniu jak mężczyźni, a co trzecia – że w stopniu mniejszym niż koledzy. Najczęściej wskazywanym problemem w pracy jest mobbing (57 proc. badanych). Kobiety zgłaszają ponadto, że niesprawiedliwie przydziela się im zabiegi (47 proc.) i wpisuje do grafików dyżurowych (46 proc.). 39 proc. lekarek doświadczyło dyskryminacji ze względu na płeć. Tylko 10 proc. zadeklarowało, że nie spotkało się z przejawami dyskryminacji w miejscu pracy. 63 proc. wskazało, że opieka nad dzieckiem mogłaby negatywnie wpłynąć na karierę, 64 proc. – że środowisko i warunki pracy powodują odkładanie decyzji o macierzyństwie.

Druga część konferencji poświęcona została głównie problemom pacjentek. Poruszano następujące zagadnienia: „Poród – czy musi być doświadczeniem traumatycznym?”, „Laktacja. Podwójna dyskryminacja”. W wystąpieniu poświęconym zdrowiu kobiet w kontekście bezpiecznej aborcji lekarska rezydentka psychiatrii Karolina Stachowiak, działająca w ramach kolektywu Lekarki ProAbo, apelowała m.in. o stworzenie kordonu bezpieczeństwa wokół szpitali, w których przeprowadzane są legalne zabiegi przerywania ciąży. – *Sama byłam świadkiem, jak aktywiści antyaborcyjni przeskakiwali przez płot na teren szpitala, manifestowali pod oknami pacjentek po zabiegach ginekologiczno-onkologicznych, zakłócając im spokój, wdawali się w przepychanki z ochroną placówki. Uważamy, że potrzebna jest w tym zakresie reakcja rządu i Naczelnej Izby Lekarskiej.*

Podczas spotkania dyskutowano nad możliwościami wprowadzenia rozwiązań legislacyjnych sprzyjających poprawie sytuacji kobiet, nad potrzebą zwiększenia skuteczności egzekwowania przepisów, a także nad receptami na poprawę jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia. Anna Woda zwróciła uwagę na problem pokazowego wydawania pieniędzy: – *W latach 2020–2022 na profilaktykę zdrowotną przeznaczono tylko nieco ponad 2 proc. całej kwoty finansowania ochrony zdrowia. Oczywiście, dużo łatwiej i wygodniej pokazywać w tym samym czasie, ile zostało wykonanych i sfinansowanych działań leczniczych, których efekty widać od razu, niż chwalić się profilaktyką, która wymierne, mierzalne efekty przynosi po 15–20 latach. Tylko że w dłuższej perspektywie czasu właśnie profilaktyka jest najbardziej opłacalną inwestycją w zakresie zdrowia.*

Natomiast dr n. med. Agata Malenda mówiła o wpływie wypalenia zawodowego pracowników medycznych na relacje z pacjentami. – *Nie wystarczy apelować: pracownicy ochrony zdrowia, bądźcie empatyczni! Zasoby empatii są wyczerpywalne. Co powoduje ich wyczerpywanie? Jeśli lekarze, pielę-*

gniarki przez cały dzień przekazują takie same informacje, mają prawo czuć zmęczenie. Więcej, lekarki i lekarze nie są tak bardzo narażeni na agresję słowną jak pielęgniarki, co stwierdzam z ubolewaniem. Bardzo często pacjenci odnoszą się do pielęgniarek z porażającym brakiem szacunku, a nie bardzo jest to gdzie zgłosić. Nas, wykonujących zawody medyczne, powinno się zatem uczyć stanowczego stawiania granic w relacjach z pacjentami. Poza tym potrzebujemy systemowego wsparcia w przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu. Bo dziś takie wsparcie można sobie zapewnić, jeśli ma się pieniądze na terapię. Dlatego wypada stwierdzić, że niestety empatia kosztuje.

W konferencji wzięli udział m.in. przedstawiciele samorządów zawodowych, organizacji pozarządowych zrzeszających profesjonalistów medycznych i reprezentanci kadry zarządzającej w ochronie zdrowia.

– *Cieszę się, że dyskusja była merytoryczna. Mam wrażenie, że świetnie udało się zintegrować przedstawicielki różnych zawodów medycznych. Staraliśmy się, by każda mogła się wypowiedzieć: lekarki, pielęgniarki, położne i pacjentki. Dobrze by było, żeby nasze izby zawodowe również zapewniały przestrzeń do dyskusji na tak trudne tematy jak chociażby dostępność aborcji –* podsumowała w rozmowie z „Pulsem” Małgorzata Osmola (na zdjęciu). ●



Walka przy urnie, czyli ochrona zdrowia w wyborach 2023 r.



Fot. licencja OIL w Warszawie

PARTIE I KOALICJE PRZEŚCIGAJĄ SIĘ W POMYSŁACH NA UZDROWIENIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA. KTO STAWIA NA ZDROWIE, A KTO STAWIA NA NIM KRZYŻYK? PRZYJRZYJMY SIĘ OBIETNICOM SKŁADANYM PACJENTOM I LEKARZOM. KOLEJNOŚĆ, W JAKIEJ PREZENTUJEMY PROGRAMY, JEST PRZYPADKOWA.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bortyzel



PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ

Do trzech razy sztuka? PiS przewiduje kontynuację obecnej polityki zdrowotnej. Czy to wystarczy?

Jako sposób na skrócenie kolejek do specjalistów PiS proponuje **wysyłanie wiadomości SMS z przypomnieniem o wizycie przed umówionym terminem**. To metoda od dawna znana, bo stosowana w sektorze prywatnym i nie tylko.

Partia obiecuje wprowadzenie rozwiązań informatycznych, które pozwolą na optymalne wykorzystanie czasu lekarza specjalisty, nawet wtedy, kiedy pacjent późno zrezygnuje z wizyty. Ponadto planuje się dalsze **zwiększanie liczby studentów na kierunku lekarskim** i innych kierunkach medycznych oraz liczby miejsc rezydentekich.

PiS zamierza **podnieść liczbę poradni rodzinnych**, które oferują opiekę koordynowaną, oraz poszerzyć pakiet świadczeń tak, aby pacjent został jak najszybciej zdiagnozowany w jednej placówce. **Program „Dobry posiłek”** (szpitale), zwiększenie udziału szkół w działaniach prozdrowotnych oraz dostępności usług medycznych na obszarach wiejskich wieńczą ofertę profilaktyki zdrowotnej tego ugrupowania.

Zgodnie z obietnicami, ma powstać **„sieć neurologiczna” oraz nastąpić koordynacja leczenia hematologicznego**. Planowana jest również opieka farmaceutyczna nad pacjentami z poli-

pragmą. PiS chce **rozszerzyć kompetencje pielęgniarek i innego personelu medycznego**, a także unormować podział uprawnień między lekarzy rodzinnych i innych specjalistów. W planach jest **zwiększenie liczby nowoczesnych terapii refundowanych**, szczególnie w onkologii, kardiologii i chorobach rzadkich. Politycy PiS chcą też utrzymać sieć szpitali powiatowych jako lokalne centra diagnostyki.



TRZECIA DROGA (KOALICJA PSL I POLSKI 2050)

[Odpowiedzi na przedwyborcze pytania znajdziecie Państwo w nr 6/2023 „Pulsu”]

Połączone siły najstarszego ugrupowania w polskim parlamencie i nowej formacji mają przynieść powiew świeżości. Czy będzie to oddech dla ochrony zdrowia?

Politycy obu partii zgodnie obiecują, że lekarz pierwszego kontaktu zajmie się przeprowadzeniem pacjenta przez cały proces leczenia, a wizyta u specjalisty odbędzie się nie później niż w dwa miesiące od otrzymania skierowania. **W razie braku terminów w publicznej opiece zdrowotnej, wizyta prywatna będzie refundowana przez państwo**, a składka zdrowotna znów stanie się składką zdrowotną, a nie podatkiem.

W rozmowie z naszą redakcją obie partie deklarywały **przeznaczenie 6,8–7 proc. PKB na ochronę zdrowia**. Poza tym nie opowiadają się za zwiększaniem liczby uczelni medycznych, raczej **za reformą nauczania na kierunkach lekarskich według procesu bolońskiego**. Planują także przygotowanie i uchwalenie dobrej **ustawy no-fault**, odnoszącej się do wszystkich zawodów medycznych, z wcześniejszym uruchomieniem systemów rejestrujących zdarzenia niepożądane, oraz nowelizację ustawy o izbach lekarskich.

Kolejnym punktem programu Trzeciej Drogi jest **wprowadzenie dwusektorowego systemu ochrony zdrowia**, w którym sektor prywatny jest kompatybilny z publicznym, a nie konkurencyjny, jak dotychczas.

Koalicja uważa, że asystent medyczny powinien posiadać prawo wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza lub w jego imieniu, wypisywania e-recept, e-skierowań, e-zleceń, koordynacji działań profilaktyczno-prozdrowotnych *etc.*, oczywiście także we współpracy z lekarzem. Dodatkowym wsparciem dla kadr medycznych zajmujących się leczeniem pacjentów ma być **obowiązkowa w każdym szpitalu pomoc socjalno-prawna**.

Trzecia Droga podkreśla, że polski rynek medyczny powinien być dostępny wyłącznie dla pracowników ochrony zdrowia posługujących się językiem polskim, z potwierdzonymi kwalifikacjami zawodowymi. Zdaniem polityków podstawowym zadaniem państwa jest zapewnienie obywatelom właściwej opieki medycznej. Należy **wyznaczyć odpowiednio wysokie minima, które lekarze obcokrajowcy muszą spełniać**. A ministrem zdrowia powinien być lekarz.



KOALICJA OBYWATELSKA

Wielcy przegrani poprzednich wyborów – czy oczarują Polaków swoją wizją ochrony zdrowia?

Zniesienie limitów NFZ w leczeniu szpitalnym oraz wprowadzenie systemu rezerwacji opartego na esemesach i e-mailach

(podobny pomysł przedstawił główny konkurent) ma zdaniem polityków KO znacząco skrócić czas oczekiwania na konsultacje i zabiegi. Na obszarach, gdzie pacjenci pozbawieni są możliwości korzystania z odpowiedniej diagnostyki, ugrupowanie proponuje utworzenie **powiatowych centrów zdrowia** zapewniających powszechny i równy dostęp do diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego i świadczeń specjalistycznych. Natomiast dzięki odblokowaniu środków unijnych obiecuje **zwiększenie dostępności lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej**. Planuje też finansowanie z budżetu państwa **Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (116 111)**.

Pada obietnica **przywrócenia opieki stomatologicznej w szkołach podstawowych**. Możemy także liczyć na **bon na profilaktykę i leczenie stomatologiczne** dla dzieci i młodzieży do wykorzystania w każdym gabinecie stomatologicznym.

KO chce przywrócenia **ryczałtowego systemu rozliczania składki zdrowotnej**, przerwania na ZUS wypłaty zasiłku chorobowego od pierwszego dnia nieobecności pracownika oraz obniżenia stawki VAT do 8 proc. w sektorze medycyny estetycznej.

W programie partii znalazły się: **finansowanie in vitro z budżetu państwa** (przewidziano na ten cel nie mniej niż 500 mln zł), **legalna aborcja dozwolona do 12. tygodnia ciąży** (zdaniem polityków żadna placówka związana kontraktem z NFZ nie będzie mogła zasłonić się klauzulą sumienia), **bezpłatne znieczulenia przy porodzie, darmowe badania prenatalne** oraz „**antykoncepcja awaryjna**” bez recepty.

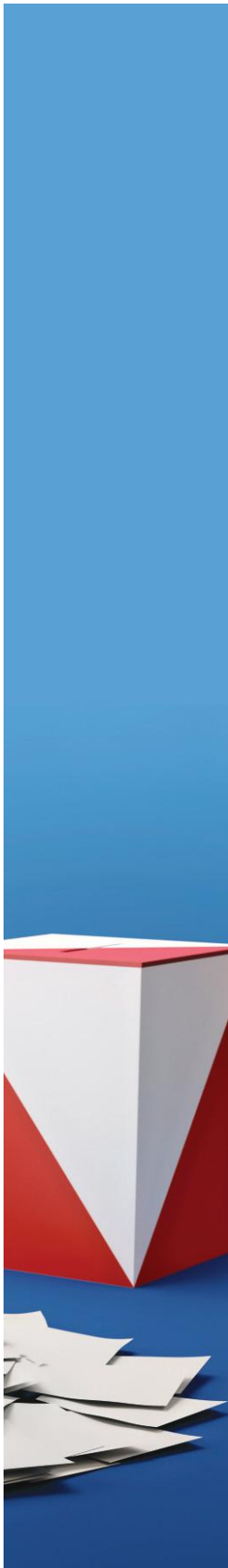


NOWA LEWICA

[Odpowiedzi na przedwyborcze pytania znajdziecie Państwo w nr 7–8/2023 „Pulsu”]

Stary gracz w nowych szatach wróci na Stron?

Rozwój opieki koordynowanej w ramach POZ i wzmocnienie roli koordynatora medycznego, ograniczenie nadmiernej hospitalizacji przez



poprawę koordynacji działań placówek zdrowotnych i odpowiednie finansowanie POZ oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, **8 proc. PKB na system ochrony zdrowia** w Polsce – to zaledwie początek wyborczych obietnic lewej strony polskiej sceny politycznej.

Nowa Lewica proponuje **darmowe szczepionki przeciwko grypie** dla wszystkich obywateli, uzupełnianie szczepień przeciwko odrze i innym chorobom zakaźnym dla dorosłych. W planach ma **zwiększenie liczby miejsc na specjalizacjach**, poprawę dostępności **bezpłatnej psychoterapii w ramach NFZ** i **umożliwienie korzystania z pomocy psychologa bez skierowania. Wyższe finansowanie świadczeń terapeutycznych** ma zachęcić przyszłych psychologów i psychiatrów do wybrania zawodu psychoterapeuty.

Ugrupowanie uważa również, że **wynagrodzenie za czas nieobecności związanej ze zwolnieniem lekarskim powinno wynosić 100 proc.**, a nie jak dotychczas 80 proc.

Politycy Nowej Lewicy deklarują przeznaczenie dodatkowych **4 mld zł rocznie na remonty i zakup sprzętu w szpitalach powiatowych i wojewódzkich**. Planują utworzyć na bazie punktów nocnej pomocy stomatologicznej **sić całodobowych stomatologicznych oddziałów ratunkowych** oraz rozszerzyć pakiet świadczeń gwarantowanych m.in. o leczenie kanałowe, wysokiej jakości protetykę i nowoczesne wypełnienia wszystkich zębów.

Każdy lek na receptę ma kosztować **nie więcej niż 5 zł za opakowanie**. Emeryci, renciści oraz dzieci i kobiety w ciąży mają otrzymywać leki bezpłatnie.

W programie nie zapomniano o medykach: poprawa warunków zatrudnienia, ograniczenie outsourcingu w publicznej ochronie zdrowia, nowelizacja ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, wprowadzenie w życie zasady *no-fault*.

Prawo przerywania ciąży do 12. tygodnia, **prawo do wizyty ginekologicznej bez asysty rodzica** (powyżej 15. roku życia), dostępność **badania prenatalnych** (zatajenie wyników badań przed pacjentką będzie karalne), „**antykoncepcja awaryjna**” **bez recepty**, publiczny **ogólnopolski program leczenia niepłodności, likwidacja klauzuli sumienia** – to kolejne postulaty tego ugrupowania.



KONFEDERACJA

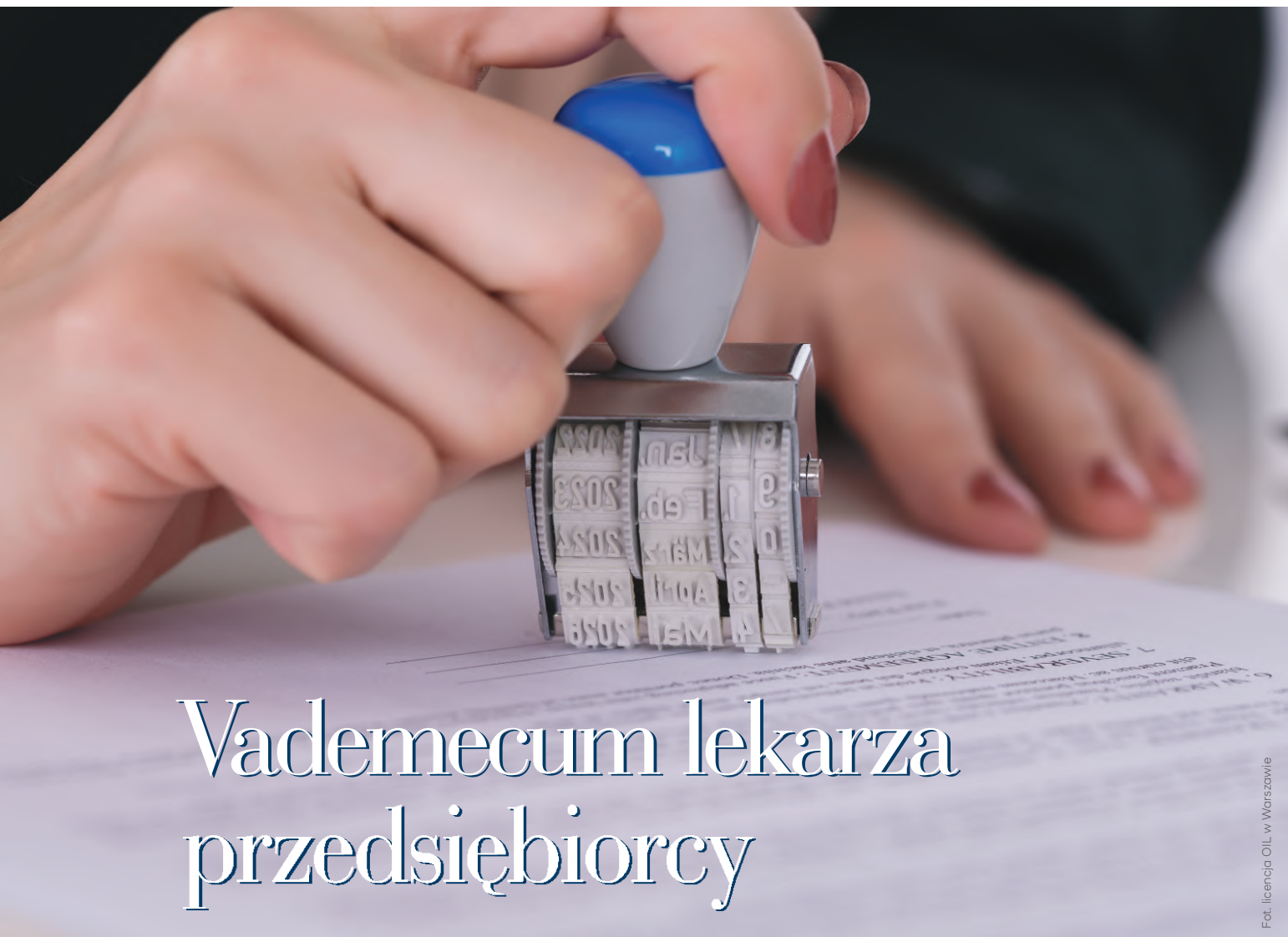
Mały, ale wariat. Czy najbardziej kontrolerska partia umocni jeszcze swoją pozycję?

Właściwie cały program Konfederacji dotyczący ochrony zdrowia w Polsce moglibyśmy opisać w dwóch zdaniach. Jedno jest jasne: w odróżnieniu od wszystkich pozostałych politycy tej partii chcą „wywrócić stołek”. Podstawowym postulatem jest **likwidacja monopolu NFZ i umożliwienie pacjentom dokonywania swobodnego wyboru ubezpieczyciela**. Ubezpieczyciele będą stawiać świadczeniodawcom warunki dotyczące usprawnienia procedur i podniesienia efektywności. Dzięki temu z polskiej ochrony zdrowia szybko znikną takie zjawiska jak przeciążone linie telefoniczne, wielogodzinne przesiadywanie w poczekalniach i przyjmowanie pacjentów po znajomości – twierdzą politycy Konfederacji. Konkurencja wśród ubezpieczycieli i świadczeniodawców wpłynie na **wzrost zarobków w zawodach medycznych**. Ubezpieczyciele i świadczeniodawcy zainwestują w przyciąganie najlepszych pracowników, bo przekłada się to na większe zainteresowanie pacjentów oraz wyższe zyski.

Szpital będzie mógł zawierać umowy z ubezpieczycielami na zasadach rynkowych, współpracować z wieloma ubezpieczycielami i negocjować z nimi korzystne dla siebie warunki. Składka zdrowotna, choć płacona na zasadach obecnie obowiązujących, zamiast do NFZ trafi do wszystkich pacjentów w ramach bonu zdrowotnego.

*

Wnikliwy wyborca w mig zauważy, że we wszystkich obietnicach brakuje jasno wskazanego źródła finansowania ich realizacji. To temat trudny, bo w większości przypadków po prostu owego źródła nie ustalono lub będą nim w mniejszym lub większym stopniu portfele wyborców. Z politykami jednak tak już jest, że lubią używać gładkich słówek, poza tym zapewne nie chcą denerwować wyborców. Ale mimo to spełnijmy obywatelski obowiązek i stawmy się przy urnach 15 października. ●



Vademecum lekarza przedsiębiorcy

Fot. licencja OIL w Warszawie

JAKO PRACODAWCA W SZCZEGÓLNYCH OKOLICZNOŚCIACH MOŻESZ ROZWIĄZAĆ UMOWĘ O PRACĘ Z ZATRUDNIANĄ OSOBĄ BEZ WYPOWIEDZENIA. JEDNAK TA FORMA ROZSTANIA Z PRACOWNIKIEM OBWAROWANA JEST PRZEPISAMI, KTÓRYCH INTERPRETACJA NASTRĘCZA PEWNYCH TRUDNOŚCI.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia oznacza, że stosunek pracy zostaje zerwany w chwili wręczenia pracownikowi wypowiedzenia lub odebrania przez niego listu poleconego z oświadczeniem o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia.

Oświadczenie musi zawierać przyczynę rozwiązania umowy. Jeśli wskazuje się w nim winę pracownika,

zgodnie z przepisami mamy do czynienia ze **zwolnieniem dyscyplinarnym** lub **zwolnieniem z winy pracownika**. W tym samym dniu należy (obowiązkowo) wydać pracownikowi świadectwo pracy. Trzeba też pamiętać o wyrejestrowaniu go z ubezpieczeń społecznych w ciągu siedmiu dni od daty zakończenia współpracy.

Rozwiązać umowę bez wypowiedzenia z winy pracownika można tylko w następujących okolicznościach:

Pracownik dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków zawodowych.

❑ Ocena, czy naruszenie obowiązku jest ciężkie, powinna uwzględniać stopień winy pracownika oraz zagrożenie lub naruszenie interesów pracodawcy. Jako przykład ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków najczęściej wymienia się stawienie się w pracy w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających albo bezpodstawną odmowę świadczenia pracy.

Pracownik popełnił w czasie trwania umowy o pracę przestępstwo, które uniemożliwia dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku.

❑ Podkreślmy, że nie dotyczy to przestępstw popełnionych przed zatrudnieniem.

Pracownik utracił ze swojej winy uprawnienia, które są konieczne do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.

❑ Takim uprawnieniem może być prawo jazdy, utracone przez kierowcę, np. w wyniku zbyt szybkiej jazdy samochodem.

Przedsiębiorca ma prawo zwolnić pracownika bez wypowiedzenia nie z jego winy. Kiedy? Jeśli jego **nieobecność w pracy jest zbyt długa lub uporczywa**. Ten warunek również ściśle określono w przepisach. Można rozwiązać umowę, jeśli pracownik jest niezdolny do pracy wskutek choroby trwającej:

- dłużej niż trzy miesiące – gdy pracownik był zatrudniony krócej niż sześć miesięcy,
- dłużej niż łączny okres pobierania z tytułu choroby wynagrodzenia i zasiłku (182 dni lub 270 dni w przypadku gruźlicy) oraz pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przez pierwsze trzy miesiące – gdy pracownik był zatrudniony co najmniej sześć miesięcy lub jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy albo chorobą zawodową,
- jeśli usprawiedliwiona nieobecność w pracy, z innych przyczyn niż wymienione wcześniej, trwa dłużej niż miesiąc.

Jeśli pracownik stawi się w pracy, czyli wymienione okoliczności ustaną, nie można go zwolnić z tytułu nieobecności. Nie wolno również rozwiązać umowy bez wypowiedzenia z pracownikiem:

- nieobecny w pracy z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem – w okresie pobierania z tego tytułu zasiłku (przysługującego pracownikowi w wymiarze do 60 dni w roku kalendarzowym),

- odosobnionym ze względu na chorobę zakaźną – w okresie pobierania przez niego wynagrodzenia i zasiłku z tego tytułu.

Przepisy określają także okoliczności, w których **bezwzględnie nie można rozwiązać umowy o pracę bez wypowiedzenia** (przedstawiliśmy je w poprzednim numerze „Pulsu”, a ich szersze omówienie znajduje się na stronie biznes.gov.pl). W tym przypadku obowiązuje zasada odwróconego dowodu. Oznacza to, że jeśli zwolniony pracownik złoży pozew do sądu pracy i wskaże jedną z tych okoliczności jako podstawę rozwiązania umowy, przedsiębiorca będzie musiał udowodnić, że tak nie było. Nawet osoba zatrudniona na okres próbny, jeśli ma podejrzenie, że zaistniała któraś ze wspomnianych okoliczności, może złożyć wniosek o wskazanie przyczyny wcześniejszego zwolnienia. Pracodawca ma wtedy obowiązek odpowiedzieć w ciągu siedmiu dni.

Co powinno zawierać oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia:

- miejscowość i datę,
- dane pracodawcy i pracownika,
- datę zawarcia umowy obowiązującej strony,
- przyczynę rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia,
- podpis pracodawcy,
- pouczenie o przysługującym pracownikowi prawie odwołania do sądu pracy (21 dni na złożenie odwołania do sądu pracy, w którego obszarze właściwości praca była lub miała być wykonywana, albo do sądu właściwego dla siedziby pozwanego, czyli pracodawcy),
- podpis i datę odebrania pisma przez pracownika.

To ten dokument będzie badany przez sąd w przypadku sporu z pracownikiem. Pracownik może odmówić podpisania go, ale mimo to ma prawo zabrać jeden egzemplarz oświadczenia. Ma też prawo złożyć pozew do sądu pracy i może żądać (w przypadku rozwiązania umowy na czas nieokreślony i określony):

- przywrócenia do pracy na poprzednich warunkach,
- odszkodowania w wysokości wynagrodzenia za okres wypowiedzenia.

Uwaga! Nawet jeśli upłynął termin, do którego umowa miała obowiązywać i/lub gdy przywrócenie do pracy jest niewskazane ze względu na krótki okres trwania umowy, sąd ma prawo zasądzić odszkodowanie. ●

Na podstawie: art. 52–62 ustawy z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

Sprawdzam

Raport NIK: pandemiczny powrót do przeszłości

CHYBIONE ZAKUPY COVIDOWE, SETKI MILIONÓW ZŁOTYCH WYDANE NA ZBĘDNE SZPITALA TYMCZASOWE, MILIARDY ZŁOTYCH NA DODATKI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO PRZEPEŁYWAJĄCE BEZ ŻADNYCH REGULACJI I KONTROLI. A PRZEDE WSZYSTKIM DZIESIĄTKI TYSIĘCY ZGONÓW, KTÓRYCH DAŁOBY SIĘ UNIKNAĆ, GDYBY ZARZĄDZANIE KRYZYSOWE BYŁO MNIEJ CHAOTYCZNE. TO NAJKRÓTSZE STRESZCZENIE OPUBLIKOWANEGO WE WRZEŚNIU RAPORTU NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI, KTÓRY MOŻNA OKREŚLIĆ JESZCZE KRÓCEJ: MIAŻDŻĄCY, CHOĆ NIEZASKAKUJĄCY.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Zarzuty, jakie stawia NIK, nie są nowe ani odkrywcze. Siła raportu i jego znaczenie opiera się raczej na odświeżeniu pamięci – również politykom opozycji. Zapomnieli oni najwyraźniej (żeby tylko wziąć pod lupę „100 konkretów na 100 dni” Koalicji Obywatelskiej), że lista powodów, dla których wielu polityków partii rządzącej powinno stanąć przed prokuratorem i Trybunałem Stanu, jest dużo dłuższa, jest na niej nie tylko ośmieszający państwo polskie zakup wadliwych respiratorów na początku pandemii COVID-19. 150 tys. nadmiarowych zgonów (tak szacowany jest bilans pierwszych dwóch lat pandemii) to zbyt poważna sprawa, która musi być wyjaśniona, łącznie z zakresem odpowiedzialności osób, które podejmowały kluczowe decyzje.

Nie sposób sprowadzić nieprawidłowości w czasie pandemii do jednej czy dwóch decyzji dotyczących zakupów sprzętu, nawet jeśli noszą znamiona skandalu. Nie tylko dlatego, że klóci się to z poczuciem sprawiedliwości, a w każdym razie powinno, bo opinia publiczna zdaje się cierpieć na zaniki pamięci tak samo dotkliwie, jak u części polityków. To po prostu niebezpieczne, biorąc pod uwagę przyszłość, wszystko wskazuje, że nieuniknione, a na pewno wysoce prawdopodobne, kryzysy w obszarze zdrowia publicznego, także pandemiczne. Jeśli mamy się uczyć na błędach, trzeba najpierw szczerze przyznać, że zostały popełnione (nie sprzyja temu narracja „Polska z pandemią poradziła sobie znakomicie, na pewno nie gorzej niż inne kraje”), i określić precyzyjnie, w jakich okolicznościach zostały popełnione, z jakich powodów i kto za te błędy odpowiada. Bo z pewnością nie wszystko można usprawiedliwić faktem, że COVID-19 zaskoczył cały świat, jak próbują to robić politycy partii rządzącej („nie mieliśmy czasu na biurokratyczne procedury”).

– *Kupiliśmy czas tylko po to, żeby go zmarnować* – skomentował raport NIK w rozmowie z „DGP” prof. Krzysztof Pyrc, jeden z ekspertów, którzy konsekwentnie wskazywali błędy w zwalczaniu pandemii, np. odnośnie do strategii testowania na COVID-19. To chyba najcięższy zarzut (jego waga daleko wykracza poza kwestię zakupów covidowych) wobec dwóch kolejnych ministrów zdrowia, zwłaszcza jednak Łukasza Szumowskiego. On bowiem ponosi odpowiedzialność za zmarnowanie sześciu kluczowych miesięcy 2020 r., które Polska powinna wykorzystać na przygotowanie do zderzenia z dającą się przewidzieć jesienną falą zakażeń. Nie zrobiono nic, przeciwnie – polityczne harce wokół wyborów prezydenckich niemal wyzerowały społeczną mobilizację i poczucie racjonalnej obawy przed wirusem (osławione już „nie trzeba się go bać”). Na ile to odpowiedzialność ministra (ministrów) zdrowia, na ile premiera i całego rządu, na ile wreszcie politycznego (partyjnego) centrum zarządzania państwem – na to pytanie powinny odpowiedzieć powołane do tego instytucje.

Czy raport NIK jest wiarygodny? Trudno abstrahować od tego pytania, odkąd prezes izby Marian Banaś wystąpił na konferencji obok polityków Konfederacji, z list której do Sejmu chce wejść jego syn. Prezes NIK sam naraził instytucję, którą kieruje, na podejrzenia o nierzetelność, co zresztą najbardziej zainteresowani osłabieniem przekazu raportu wykorzystują. Jednak, warto to podkreślić, w raporcie próżno szukać krytyki działań państwa z pozycji bliskich covidoseptykom z Konfederacji. Przeciwnie – to długa litania faktów, które przez ponad dwa lata pandemii sygnalizowali działający na pierwszej linii frontu lekarze i pozostali profesjonaliści medyczni, a media – również lekarskie – relacjonowały i analizowały. To swoisty powrót do przeszłości. Oby z wnioskami na przyszłość. ●

Lekarz „oskarżony” o niełyżeczkowanie ucha zewnętrznego

SKOMPLIKOWANA KLASYFIKACJA PROCEDUR MEDYCZNYCH WYKORZYSTYWANA DO WYCENY ŚWIADCZEŃ PRZEZ NFZ MOŻE POWODOWAĆ KŁOPOTY. PRZYKŁADEM JEST SPRAWA PEWNEGO LEKARZA LARYNGOLOGA, KTÓREMU POMAGA ZESPÓŁ RZECZNIKA PRAW LEKARZA.

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



Fot. K. Bartyzel

Lekarz laryngolog podczas wizyty pacjenta w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zakontraktowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykrywa w jego uchu „twardy czop woskowinowy, wypełniający światło przewodu słuchowego zewnętrznego, którego nie można wypłukać, odessać lub usunąć haczykiem”. Ocenia więc, że konieczne jest użycie innego narzędzia – łyżeczki laryngologicznej. Przyrzędem operuje w obrębie ucha zewnętrznego i po wykonaniu serii wprawnych ruchów, które jednak mogły doprowadzić do pewnego minimalnego naruszenia ciągłości tkanki skórnej, przystępuje do wypełnienia obowiązków biurokratycznych.

Dopiero teraz czeka go naprawdę poważne wyzwanie – jak zakwalifikować procedurę, którą właśnie wykonał? Pacjentowi zgodnie z prawdą powiedział, że było to łyżeczkowanie. I tak wpisał w dokumentacji medycznej.

Niestety (choć oczywiście na szczęście dla pacjenta), doświadczenie zawodowe i wiedza medyczna lekarza wskazywały, że zmiana w obrębie ucha wewnętrznego nie była na tyle groźna, by konieczne było zlecenie badania histopatologicznego. Tymczasem, zgodnie z klasyfikacją procedur medycznych wykorzystywaną do wyceny świadczeń przez NFZ, łyżeczkowanie musi się skończyć badaniem histopatologicznym, inaczej nie jest łyżeczkowaniem, tylko usunięciem woskowiny.

Te rozbieżności w terminologii posłużyły NFZ do zakwestionowania wyceny 400 procedur medycznych wykonanych przez wspomaganego przez nas lekarza. „*Trudno sobie wyobrazić, aby przeprowadzenie badania histopatologicznego było konieczne w przypadku naturalnych woskowin, przy braku jakichkolwiek podejrzeń o charakterze onkologicznym, kiedy płukanie ucha nie przyniesie zamierzonych efektów. Również Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD:9 pod kodem: 18.294 nie podaje żadnych szczegółowych ograniczeń i wykluczeń w wykonywaniu tej procedury (...) należy zaznaczyć, że to na lekarzu ciąży obowiązek podjęcia decyzji, czy w ramach procedury łyżeczkowania będzie konieczne wykonanie dodatkowej procedury histologicznej. Problem obejmuje szeroką grupę lekarzy i powinien być niezwłocznie rozwiązany, przez dodanie nowych procedur i ich wycenę*” – napisałam do prezesa NFZ Filipa Nowaka.

Otrzymałam odpowiedź z następującą sugestią: „*Być może jest konieczność modyfikacji wykazu gwarantowanych procedur zabiegowych w dziedzinie otorynolaryngologii. Zatem proponuję opracować, w porozumieniu ze środowiskiem laryngologów, projekt zmian rozporządzenia AOS i skierować do ministra zdrowia stosowny wniosek, zawierający opis świadczeń wraz z argumentami potwierdzającymi zasadność wprowadzenia owych zmian*”.

Zapewniam Państwa, że dołożę wszelkich starań, by taki projekt powstał. ●

Analiza przypadku

LEKARZE GINEKOLODZY NAJCZĘŚCIEJ PONOSZĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PRZYPADKI, KTÓRE MAJĄ MIEJSCE PODCZAS PORODU. NIEMNIEJ JEDNAK ZDARZAJĄ SIĘ RÓWNIEŻ ROSZCZENIA WYNIKAJĄCE Z BŁĘDÓW MEDYCZNYCH POPEŁNIONYCH W TRAKCIE WIZYT W GABINECIE GINEKOLOGICZNYM. TEMU POŚWIĘCAMY DZISIEJSZĄ „ANALIZĘ”.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

11 września 2012 r. w prywatnym gabinecie ginekologicznym lekarz M.B. przeprowadził u pani E.B. zabieg hyteroskopii, usunięcia polipa i wyłyżeczkowania jamy macicy. Po zabiegu przepisał pacjentce leki. 12 września pani E.B. zgłosiła się ponownie z podwyższoną temperaturą ciała (39°) oraz silnym bólem brzucha. W badaniu lekarz stwierdził objawy otrzewnowe, tkliwość w obrębie wiązań krzyżowo-maciczych oraz wydzielinę ropną. W związku z tym skierował pacjentkę do szpitala. Podczas pobytu pani E.B. na oddziale ginekologiczno-położniczym szpitala w W. (12–17 września) zdiagnozowano u niej stan po usunięciu polipa macicy oraz zapalenie błony śluzowej macicy, wdrożono leczenie antybiotykami. Od 22 września do 10 grudnia pacjentka była ponownie hospitalizowana. Podczas pobytu w szpitalu zdiagnozowano przetokę odbytniczo-maciczną, perforację jelita cienkiego i odbytnicy, przetokę odbytniczo-pochwową. 25 września pacjentka została poddana zabiegowi operacyjnemu, podczas którego stwierdzono otwór przetoki na wysokości odbytnicy, penetrujący do szyjki macicy, usunięto macicę i zszyto otwór perforacyjnej odbytnicy. W okresie od 4 października do 10 grudnia pani E.B. przeszła kolejne operacje polegające na usunięciu perforacji jelita grubego, a także uwolnieniu zrostów w jamie

brzuszej. W efekcie chora wymagała rehabilitacji, dalszego leczenia oraz ustawicznej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak kąpiel, jedzenie, ubieranie się, wychodzenie z domu. Opiekowali się nią syn i córka. Konsekwencją zabiegów było wyłonienie stomii, dieta, ograniczenie niektórych czynności codziennych, pogorszenie stanu psychicznego oraz jakości życia.

Pani E.B. oceniała leczenie jako nieprawidłowe, więc złożyła pozew przeciwko ubezpieczycielowi odpowiedzialności cywilnej lekarza M.B., wnosząc o zadośćuczynienie wysokości 300 tys. zł, odszkodowanie w kwocie 100 tys. zł, rentę na zwiększone potrzeby (3 tys. zł) oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości. Ubezpieczyciel lekarza wystąpił o oddalenie powództwa w całości, ze względu na brak możliwości wykazania bezpośredniej winy lekarza, polegającej na zaniedbaniu lub popełnieniu błędu medycznego. Podniósł, że w 1996 r. wykonywano pacjentce zabieg usunięcia guza endometrialnego z przestrzeni między szyjką macicy a odbytnicą. Osłabiło to przegrodę, wskutek czego doszło do mikrourazów, a następnie zakażenia przegrody i powstania przetoki.

Pani E.B. w procesie wносиła o zasądzenie zadośćuczynienia za naruszenie

dobra osobistego w postaci prawa do zdrowia człowieka. Krzywda spowodowana trwałą utratą zdrowia oraz obniżeniem jakości życia jej zdaniem stanowiła skutek błędu medycznego – nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu usunięcia polipa. Jednocześnie próbowała wykazać związek przyczynowo-skutkowy między nieprawidłowo wykonanym zabiegiem z 11 września 2012 a szkodami majątkowymi, w postaci kosztów leczenia, rehabilitacji, leków i środków medycznych oraz poniesionych przez bliskich wydatków na opiekę i transport podczas rekonwalescencji. Pacjentka wystąpiła także o zasądzenie renty, podając obliczenia miesięcznych kosztów wizyt lekarskich, dojazdów do szpitala, środków medycznych oraz opieki.

W toku procesu zostali powołani biegli: ginekolog, chirurg, gastroenterolog i lekarz chorób wewnętrznych, a także lekarz psychiatra. W opinii biegłego zabieg lyżeczkowania został wykonany przez lekarza M.B. nieprawidłowo, ponieważ w kanale szyjki macicy oraz w jamie macicy pojawiła się tkanka tłuszczowa, która w normalnych warunkach w tym miejscu nie występuje. Należało uznać, że w czasie zabiegu doszło do przebicia macicy i pobrania tkanki tłuszczowej okołoodbytniczej, co potwierdziły wyniki histopatologiczne.

W związku z tym sąd zasądził na rzecz powódki 300 tys. zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami oraz 20 803,78 zł tytułem odszkodowania (z odsetkami), uznając, że ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody związane z nieprawidłowym leczeniem pacjentki w prywatnym gabinecie lekarza M.B., również za te, które mogą powstać w przyszłości, do łącznej kwoty 334,8 tys. zł wynikającej z umowy ubezpieczeniowej. Sąd nie uznał za zasadne przyznanie pani E.B. odszkodowania (100 tys. zł) ze względu na brak dowodów pozwalających określić taką wysokość odszkodowania. Z powodu niemożności udowodnienia bieżących

wydatków spowodowanych utratą zdrowia oddalone zostały również roszczenia pacjentki o przyznanie renty.

Pytanie redakcji: Jaka jest różnica między zadośćuczynieniem a odszkodowaniem? Kiedy sąd zasądza na rzecz powoda odszkodowanie, a kiedy zadośćuczynienie?

Odpowiedź prawnika lekarza: Są to dwa odrębne świadczenia, których mogą dochodzić pacjenci. Mają prawo wnieść o jedno lub drugie albo o oba jednocześnie. Odszkodowanie ma wyrównać poszkodowanemu szkodę majątkową, czyli wydatki przez niego poniesione, i winno być adekwatne do poniesionych kosztów. Zadośćuczynienie natomiast rekompensuje szkodę niemajątkową, czyli krzywdę. Sąd musi rozważyć, jak poważnych cierpień fizycznych i psychicznych doznał pokrzywdzony i w jakim okresie, czy skutki naruszenia mają charakter odwracalny czy nieodwracalny, w jaki sposób wpływają na dotychczasowe życie oraz możliwości funkcjonowania w przyszłości.

Pytanie redakcji: W omawianej sprawie pacjentka domagała się odszkodowania w wysokości 100 tys. zł, sąd zasądził 20 803,78 zł. Skąd ta dysproporcja?

Odpowiedź prawnika lekarza: Dochodzący odszkodowania powinien przedstawić rachunki, faktury lub inne dowody potwierdzające poniesione koszty. W przypadku ich braku nie można stwierdzić, że pacjent rzeczywiście poniósł wydatki. W naszej sprawie pacjentka nie udowodniła, że poniosła koszty w wysokości 100 tys. zł. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

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



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

USTAWA O BEZPŁATNYCH LEKACH

29 sierpnia 2023 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* zwana popularnie ustawą o bezpłatnych lekach. Omawiany akt wprowadza istotną zmianę do obecnie obowiązujących przepisów, rozszerzając krąg osób, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. Do tej pory na podstawie art. 43a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* te leki, środki oraz wyroby przysługiwały bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. Obecnie zakresem zwolnienia objęte są również osoby do ukończenia 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. roku życia. Wykaz wspomnianych leków, środków spożywczych oraz wyrobów medycznych ujęty jest w obwieszczeniu ministra zdrowia.* Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, dzień po podpisaniu przez prezydenta, co zdaje się być związane bezpośrednio z kampanią wyborczą do Sejmu i Senatu.

WYSTĄPIENIA RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH DO MINISTRA ZDROWIA

Rzecznik praw obywatelskich zwrócił się z trzema zapytaniami do ministra zdrowia w istotnych sprawach z zakresu prawa medycznego.

W wystąpieniu z 31 lipca 2023 r.* rzecznik zwrócił uwagę, że w polskim prawie nieure-

gulowane pozostaje stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób na oddziałach niepsychiatrycznych, np. pacjentów onkologicznych i po operacjach. Jedynym aktem prawnym odnoszącym się do kwestii przymusu pozostaje ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,* przy czym nie może ona stanowić podstawy stosowania środków przymusu wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych, bowiem odnosi się wyłącznie do osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których wykonywane są czynności przewidziane w ustawie. Rzecznik podkreślił, że stosowanie przymusu podczas leczenia pacjentów, których ustawa nie obejmuje, nie zawsze jest bezprawne. W szczególności, gdy stosuje się go w przypadku ratowania życia lub zdrowia pacjenta, możliwe jest powołanie się na przepisy o stanie wyższej konieczności. Należy wziąć pod uwagę przypadki trudne, np. gdy pacjent, którego dopiero przyjęto na SOR, jest pod wpływem alkoholu, stwarza zagrożenie dla innych lub siebie i nie pozwala udzielić sobie pomocy medycznej. W takiej sytuacji brak adekwatnych regulacji, zwłaszcza określających, czy i w jakim zakresie dopuszczalny jest przymus dla ratowania życia i zdrowia. RPO zwrócił się zatem do ministra o zajęcie stanowiska, przede wszystkim w kwestii potrzeby uregulowania tej materii w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Natomiast 21 sierpnia 2023 r. rzecznik zwrócił się do ministra zdrowia z wystąpieniem dotyczącym możliwości korzystania przez pacjentki ze znieczulenia podczas porodu.* Wskazał, że – jak wynika z przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych* – na ponad połowie oddziałów porodowych w kraju nie wykonano w 2022 r. podczas porodu ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego. W kolejnych kilkudziesięciu liczba

zastosowanych znieczuleń była znikoma. W skali kraju porodów ze znieczuleniem jest zaledwie 14 proc. Rzecznik zaznaczył, że brak faktycznej możliwości podania znieczulenia, gdy jest prawnie gwarantowane, może świadczyć o naruszeniu praw pacjenta do poszanowania godności i intymności oraz leczenia bólu, a także prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,* rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. RPO zwrócił się do ministra zdrowia o zajęcie stanowiska w tej sprawie oraz poinformowanie o planach i działaniach resortu w zakresie poprawy dostępności znieczulenia podczas porodu.

Rzecznik praw obywatelskich wystosował ponadto do ministra zdrowia wnioski* o udzielenie wyjaśnień, a zwłaszcza wskazanie podstawy prawnej, w kwestii upublicznienia danych lekarza, który wystawił receptę *pro auctore*. Przypomniał, że właściwe organy powinny śledzić działania, które mogą prowadzić do nadużyć i nieprawidłowości w zakresie wystawiania recept, więc wątpliwości budzi podawanie do publicznej wiadomości danych osobowych lekarza oraz informacji o rodzaju leków wypisanych przez niego na receptcie. Udostępnianie takich danych musi bowiem mieć podstawę w ustawie (art. 51 ust. 5 Konstytucji RP), a także musi być niezbędne w demokratycznym państwie prawa (art. 51 ust. 2 konstytucji). Minister zdrowia odpowiedział,* że jego działanie podyktowane było dbałością o ochronę interesu pacjentów. Nadto, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,* do zadań ministra zdrowia w zakresie objętym tą ustawą należy sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym oraz przetwarzaniem wszelkich informacji związanych z elektronicznym systemem wystawiania recept. Zdaniem ministra nie chodziło o dane wrażliwe, a ich upublicznienie było niezbędne ze względu na ważny interes publiczny.

Warto odnotować, że prezes Naczelnej Rady Lekarskiej* zwrócił się do prokuratury, Urzędu Ochrony Danych Osobowych, rzecznika praw obywatelskich i rzecznika praw pacjenta w związku z naruszeniem przepisów dotyczących danych osobowych przez ministra zdrowia przez upublicznienie w mediach społecznościowych danych wrażliwych lekarza i informacji z wystawionej przez niego recepty. Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej w liście skierowanym do premiera* nadmieniał, że minister zdrowia, upubliczniając dane lekarza, złamał konstytucję, która gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony prawnej życia prywatnego oraz do decydowania o swoim życiu osobistym, a władz publicznych nie upoważnia do pozyskiwania, gromadzenia i udostępniania innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawa.

DECYZJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA W SPRAWIE RÓŻNICOWANIA OPŁAT W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

O ważnej decyzji wydanej w sprawie zbiorowego naruszenia praw pacjenta poinformował rzecznik praw pacjenta.* Jedną z placówek medycznych w województwie śląskim w cennikach na swojej stronie internetowej informowała, że opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane obcokrajowcom są wyższe o 50 proc. od usług medycznych, z których korzystają obywatele polscy. Rzecznik wskazał, że podmiot medyczny nie może uzależniać wysokości opłat za świadczenia zdrowotne od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta. Stanowi to naruszenie prawa dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, a jednocześnie narusza zbiorowe prawa pacjentów. Według informacji rzecznika wspomniana placówka zaprzestała stosowania opisanych praktyk. ●

* 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



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak zaprasza na inaugurację roku akademickiego Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” **10 października 2023 r.**

Uroczystość rozpocznie się o **godz. 11.00** w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.

Wykład inauguracyjny „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej”

wyłosi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

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

- 24.10.2023, godz. 11.00** „Profilaktyka zakażeń – szczepienia” – dr Ewa Duszczyk
- 7.11.2023, godz. 11.00** „Historia samorządu lekarskiego” – dr n. pr. Sebastian Stykowski
- 21.11.2023, godz. 11.00** „Stan przyzębia jamy ustnej – współczesne wyzwania”
– dr hab. n. med. Maciej Czerniuk
- 5.12.2023, godz. 11.00** „Jedz zdrowo, żyj długo! Jak dieta wpływa na długowieczność”
– mgr Anna Gałązkiewicz
- 12.12.2023, godz. 11.00** Spotkanie przedświąteczne
- 9.01.2024, godz. 11.00** „Kampinoski Park Narodowy” – mgr Konrad Malec
- 23.01.2024, godz. 11.00** „Rehabilitacja osób starszych” – dr Barbara Dobies-Krześniak
- 6.02.2024, godz. 11.00** „Warto rozmawiać. Rola komunikacji społecznej w życiu człowieka”
– płk Leszek Laszczak

Zajęcia „Zdrowy kręgosłup metodą FMS” rozpoczynamy 2 października 2023 r., o godzinie 11.00, w Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnym WUM, przy ul. Księcia Trojdena 2c. W każdy kolejny poniedziałek zapraszamy do sali 2.79 (I piętro, nad basenem, po lewej stronie). Szatnie znajdują się w pomieszczeniach 2.67–2.68, usytuowanych tuż obok sali zajęciowej. Konieczne jest obuwie na zmianę, dla komfortu warto też zabrać strój sportowy, wodę oraz ręcznik do położenia na matę.

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

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

AKTUALNIE PRZYJMujemy ZAPISY NA NOWY ROK AKADEMICKI.

Wojna i polityka

LIPIEC 2023 R. JESTEM W DONBASIE, KILKA KILOMETRÓW OD LINII FRONTU. TAM, GDZIE POLITYCY Z ZACHODU NIE DOCIERAJĄ ZBYT CZĘSTO, A MOŻE NAWET NIKT NIE BYŁ W OSTATNICH KILKUNASTU MIESIĄCACH. PRAWIE DOKŁADNIE TO SAMO MIEJSCE POD BACHMUTEM WIDZIAŁEM ROK WCZEŚNIEJ.

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



Fot. archiwum

B było to kilka dni przed wielką ofensywą armii rosyjskiej w 2022. Po roku wojsko ukraińskie na linii frontu wygląda inaczej. Zmiana widoczna jest już na pierwszy rzut oka: żołnierze odziani są w jednolite mundury, ostrzyżeni, ogoleni, korzystają z łaźni polowych i pralni. Nie pytają już o możliwość dostarczenia choćby używanego samochodu, mają sporo sprzętu. I nawet nieźle im idzie, ale linia rosyjskiego frontu nie zostanie prawdopodobnie przełamana na tyle, by Ukraina mogła jesienią usiąść do stołu negocjacji z mocnych pozycji. Zabrakło trzech rzeczy: broni i amunicji na tyle potężnej, by Ukraińcy mogli razić swobodnie cele w Rosji i na Krymie, lotnictwa do osłony ofensywy i sprzętu do rozbrajania pól minowych wzdłuż całej linii frontu. Broń dalekiego zasięgu i amunicja do niej nie jest przekazywana przez Zachód, by „nie drażnić Rosji”. Polityczna postawa przywódców, „by nie przesadzić”, ograniczyła siłę Ukrainy. Lotnictwa i sprzętu do rozminowywania też brakuje z politycznych powodów. Ci sami politycy na Zachodzie, którzy unikali „drażnienia” Rosji, jednak naciskali na przyspieszenie decyzji o ukraińskim natarciu w tym roku, choć było jasne, że bez osłony z nieba i trałów do neutralizowania min się

nie obejdzie. Paradoks tegorocznej ofensywy w tym się właśnie objawia: Ukraińcy zmobilizowali się do walki w sposób niewyobrażalny, Zachód udzielił im bezprecedensowej pomocy. Żaden walczący z totalitarnymi Niemcami czy imperialną Rosją naród środkowoeuropejski nie dostał nigdy analogicznej pomocy. Gdyby ją dostał, historia by się inaczej potoczyła.

Polityczny paradoks ofensywy ukraińskiej 2023 r. w obronie własnego terytorium i naszych wspólnych wartości polega właśnie na tym, że wojna to też polityka. Ta sama polityka, która umożliwiła wsparcie Ukraińców, stała się też przyczyną błędów o daleko idących skutkach i być może odbierze im w tym roku smak wiktorii. Ostatecznie Putin wojny nie wygra, ale czeka nas pewnie kolejny rok informacji z frontu wschodniego Ukrainy w każdych wiadomościach.

Wojna to nie tylko strzały na froncie, ale też wieczna gra między politykami a wojskowymi, między państwami a dyplomatami i racje, których dziewczyny i chłopaki na froncie pod Bachmutem, choć gotowi na śmierć, nigdy nie zrozumieją. ●



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami

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

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29



Tego wymaga od nas świat

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Fot. NAC

8. REJON OBWODU WARSZAWSKIEGO OKRĘGU AK, WIEŚ LASKI. TUTAJ, W SOSNOWYM LESIE, UTWORZONO NIECO ZAPOMNIANY DZIŚ POWSTAŃCZY SZPITAL W ZNANYM W KRAJU I ZAGRANICĄ ZAKŁADZIE DLA NIEWIDOMYCH, PROWADZONYM PRZEZ SIOSTRY FRANCISZKANKI, KTÓRYCH PRZEŁOŻONĄ BYŁA BŁOGOSŁAWIONA MATKA ELŻBIETA RÓŻA CZACKA.

HRABIANKA W HABICIE

Zanim przywołam ze wspomnień pacjentów i sanitariuszy obraz niezwykłego szpitala powstańczego, cofnę się do początków Zakładu dla Niewidomych. Nigdy by nie powstał, gdyby 22 października 1876 r. w Białej Cerkwi, w domu Zofii Ledóchowskiej i Feliksa Czackiego, nie przyszło na świat ich szóste dziecko – córka Róża. Mimo licznych operacji, dziewczyna nieodwracalnie straciła wzrok w 22. roku życia. Zanim to się stało, odebrała wykształcenie, jak na hrabiankę przystało. Potem nauczyła się alfabetu Braille'a, zgłębiała najnowsze osiągnięcia nauki dotyczące pomocy niewidomym, a także podróżowała po Europie.

Własne doświadczenia i głęboka potrzeba wspierania osób sobie podobnych, które nie miały tak dogodnych warunków jak ona, sprawiły, że w 1911 r. założyła Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi. Osoby niewidome i niedowidzące zazwyczaj były wówczas skazane na swoisty niebyt. Zamknięte w domach, niesamodzielne, spychane przez rodzinę w kąt wiodły mizerny żywot ludzi odtrąconych i niepotrzebnych. Dzięki Czackiej powstały w Warszawie: ochronka, szkoła powszechna, warsztaty, biblioteka brajlowska oraz tzw. patronat, obejmujący na terenie miasta dorosłych niewidomych i ich rodziny. W 1917 r. Róża Czacka włożyła habit franciszkański, a po uzyskaniu koniecznych pozwoleń zaczęła przyjmować kandydatki do nowego zgromadzenia, które od 1 grudnia

1918 zaczęło istnieć jako Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża. Duchową opiekę nad nim roztoczył ks. Władysław Kornilowicz.

W 1922 r. w Laskach pod Warszawą, w otulinie Puszczy Kampinoskiej, powstało niezwykle miejsce: nowoczesna placówka dająca niewidomym wychowankom wykształcenie podstawowe i zawodowe, pozwalające na samodzielne i niezależne finansowo życie, przywracające im ludzką godność. Podczas wojny i okupacji niesiono tam pomoc nie tylko własnym podopiecznym...

1939

Pierwsze zniszczenia będącego w rozbudowie Zakładu w Laskach przyniósł już pierwszy rok II wojny światowej. Od 17 do 20 września 1939 toczyły się w pobliżu krwawe boje. Przez Laski do wrót Warszawy przedzierały się przez Puszcę Kampinoską oddziały polskie po bitwie nad Bzurą. Zakład i okoliczne wsie znajdowały się pod ciągłym ostrzałem. Laski co rusz przechodziły z rąk do rąk. Pożary strawiły bibliotekę, archiwum, magazyny, budynki gospodarcze, a bombardowania lotnicze zniszczyły niemal doszczętnie budynki, w których mieszkali podopieczni. Niemniej niemal natychmiast utworzono w placówce szpital wojenny dla polskich żołnierzy, który przetrwał do końca września, kiedy z rozkazu niemieckiego okupanta został zamknięty. W czasie wrześniowych walk matka Czacka została ranna, co skończyło się dla niej utratą oka. Po ustaniu walk natychmiast podjęto odbudowę zniszczeń i przyjmowanie dzieci. W zakładzie znalazły schronienie także sieroty z okolicznych wsi, a ranni żołnierze – zatrudnienie.

Krzysztof Zwoliński, autor publikacji „Laski do 1945 r.”, pisze w swoim opracowaniu, że życie w zakładzie podlegało wszystkim rygorom prawa okupacyjnego. Sąsiedztwo Puszczy Kampinoskiej powodowało ciągle „wizyty” Niemców. Ogromnego wysiłku wymagało zdobycie przydziałów żywności, pasz i surowców do warsztatów, nie mówiąc już o ich transporcie z Warszawy. Panowała atmosfera ciągłego zagrożenia i niepewności.

POCZĄTEK

„Na terenie 8. Rejonu mieszkało trzech lekarzy z praktyką wojenną z 1939 r. Można więc było skorzystać z ich pomocy przy wybieraniu miejsca na szpital, przygotowaniu materiałowym i ludzkim owego szpitala. Gdy objąłem w 1941 r. dowodzenie rejonem, wciąż mi opowiadano o Zakładzie dla Niewidomych w Laskach, który w czasie walk we wrześniu 1939 przekształcił się niemal błyskawicznie w szpital wojenny, w którym uratowano wielu rannych w bojach w Puszczy Kampinoskiej. Uwaga nasza skupiła się na Laskach zarówno dlatego, że były tu budynki nadające się na szpital, jak również ze względu na tradycje personelu zakładu” – wspomina płk Józef Krzyczkowski, ps. „Szymon”, dowódca 8. Rejonu Okręgu Warszawskiego AK.

Mimo trudnych doświadczeń z początku wojny, w 1944 r. matka Czacka zgodziła się zorganizować szpital powstańczy

na terenie zakładu, a także, co podkreśla płk Józef Krzyczkowski, „jedno z najsilniejszych siedlisk konspiracji”.

Wielu miało wątpliwości, nawet ówczesny kapelan powstańczy, a późniejszy kardynał i prymas Polski, ks. Stefan Wyszyński, ps. „Radwan III” (w czasie Powstania pomagał w szpitalu, zwłaszcza w opiece nad trudnymi i niespokojnymi pacjentami, asystował przy operacjach, spowiadał powstańców w lesie, czasem na własnych plecach przynosił ranne łączniczki; jego pomoc i zaangażowanie wspominał jest przez personel jako nieocenione, pilnował, aby morale wewnątrz szpitala i zakładu nie spadło): *„Pamiętam wieczór, gdy jako kapelan rejonowy AK poświęcałem szpitalik powstańczy. (...) myślałem sobie, skąd w tej kobiecie taka odwaga, żeby wystawić dzieło na wszelkie niebezpieczeństwa związane z czynnym zaangażowaniem w Powstanie? Nie był to bowiem tylko szpital, był tutaj i ośrodek aprowizacyjny, były łączniczki, i szpital cywilny, i wiele innych rzeczy. Matka uważała, że trzeba wykazać postawę mężną, bo tego wymaga w tej chwili cały świat. A każdy powinien mieć swój udział w obronie Ojczyzny. Taką mi dała odpowiedź, gdy projektowałem, abyśmy zajęli się tylko rannymi z frontu. Odstąpił mi się wtedy zupełnie nowy obraz człowieka. Było w niej coś z Traugutta”*.

SZPITAL

W końcu lipca zgromadzono leki, środki opatrunkowe, narzędzia chirurgiczne. Przygotowano łóżka i salę operacyjną. Wszystko przebiegało pod nadzorem dr. Kazimierza Cebertowicza, ps. „Świerk”, na zasadach konspiracyjnych. Sprawy nie ułatwiał fakt, że były członek AK Antoni Zych zamienił mundur polski na niemiecki i „sypał”. W każdej chwili oczekiwano wybuchu Powstania. Szpital urządzono w domu relokacyjnym. Był przewidziany na 70 rannych. Oprócz sióstr zakonnych pod nadzorem siostry Marii Stefanii Wyrzykowskiej była tam lekarka ze zgromadzenia, pielęgniarka zakonna, pielęgniarki świeckie, a także kilka kobiet, które zgłosiły się do pielęgnacji rannych i chorych. Dr. Cebertowiczowi pomagały dwie przyszłe studentki medycyny. W skład personelu weszli także: dawny wychowawca niewidomych Antoni Augustyniak, żołnierz zatrudniony w zakładzie po zamknięciu szpitala w 1939 r. – Antoni Lewkowicz oraz dwóch niedowidzących wychowanków zakładu – Szczepan Kutyla i Stanisław Wrzeszcz. Szpital był gotowy na burzę przez duże B.

POWSTANIE

„Powstanie w Puszczy Kampinoskiej rozpoczęło się wcześniej niż w Warszawie. Walki tu, w oparciu o uprawnienia dla miejscowych dowódców, zaczęły się w ostatnich dniach lipca 1944 r. Już w nocy z 30 na 31 lipca rozbiliśmy w puszczy kompanię Wehrmachtu, a od rana 1 sierpnia zmuszeni zostaliśmy do odpięcia ataków niemieckich w okolicy Wólki Węglowej. Potem, jeszcze przed godziną »W«, rozpoczęliśmy atak na niemiecką osłonę lotniska na Bielanach. Od tej chwili szpital w Laskach musiał przyjmować coraz większą liczbę rannych partyzantów, z bitwy o lotnisko i z innych stron” – opisuje w swoich wspomnieniach „Szymon”. Sam, ciężko ranny



Fot. archiwum rodziny Sokolowskich

Dr Kazimierz Cebertowicz (z kapeluszem) z pacjentami, po prawej stronie (z laską) Leon Sokolowski – konspirator AK

w czasie próby odbicia bielańskiego lotniska, trafił do szpitala już 2 sierpnia: „Zdruzgotana puszczel prawej nogi i poszarpane mięśnie podudzia, dzięki dr. Cebertowiczowi założono sprawnie gips powyżej kolana i podwiązano nogę z opatrunkiem sznurkiem do sufitu. Wykluczyło to mój bezpośredni udział w toczonych walkach, lecz Warszawa nie zwolniła mnie z odpowiedzialności za Grupę »Kampinos«, musiałem więc zapewnić sobie przynajmniej możliwość podejmowania decyzji w sprawach najważniejszych. Trzeba było w zakładzie organizować odprawy oficerów dowodzących pododdziałami, a gdy to było niemożliwe, otrzymywałem wciąż, w dzień i w nocy, meldunki łączników i tą samą drogą wysyłałem rozkazy”.

JA ICH CZUJĘ

Pracę w szpitalu najlepiej opisuje sanitariuszka Maria Czerniewska-Borowska, która po wojnie została stomatologiem. Oto jej wspomnienia:

„W chwili wybuchu Powstania wracałam z Warszawy. Tramwaj dojechał do Boernerowa. Pasażerowie byli jakby ogluszeni: »To już godzina W«. Do uszu dochodziły odgłosy walki. (...) Szpital w Laskach był już »pod bronią«. Zaimponowała mi sala operacyjna, instrumentarium, zaopatrzenie, ale też powaga i spokój. (...) Wszystko odbywało się w nieludzkim pośpiechu, ale bez chaosu. Każdy troszczył się o swoją konkretną pracę, choć były chwile, kiedy trzeba było improwizować. Częste wizyty Niemców, a później własowców nie pomagały. Jednak wszystko było skrupulatnie zorganizowane i zaplanowane. To był ład, nie tylko porządek. Moja praca polegała na rozbieraniu rannych, myciu ich, ubieraniu, układaniu we właściwej pozycji na łóżkach, przygotowaniu do zabiegów pielęgniarskich, wynoszeniu brudnej odzieży na strych. Na kartach chorych wpisywaliśmy tylko pseudonimy”.

Początkowo Maria pracowała na dodatkowym oddziale w Domu św. Stanisława, jednak szybko została przeniesiona

na oddział główny, gdzie leżeli najczęściej ranni. W większości przypadki beznadziejne. „Praca tutaj rozpoczęła się ciężkim przeżyciem. Błagającemu pacjentowi podałam doustnie lek, zanim przyniesiono kartę opisową. (...) okazało się, że było duże prawdopodobieństwo uszkodzenia jamy brzusznej. Przerazona pobiegłam do dr. Cebertowicza z pytaniem, co robić. Odpowiedział: – Modlić się... Mimo całego zagrożenia, sprawa skończyła się niemal humorystycznie, bo brzuch jednak nie był naruszony. Kiedy pacjent żegnał się, powiedział: – Po zwycięstwie podam siostrę do odznaczenia za troskliwą opiekę. Rzeczywiście, całą noc nie odstępowałam go na krok, pilnując, czy nie wyskakuje gorączka. Nie mogłam jednak wyjaśnić mu prawdziwego powodu mojej nadmiernej troskliwości.

Trzy razy byłam wzywana na salę operacyjną [na której bez wytchnienia pracował jedyny chirurg w szpitalu dr „Świerk”]. Resekcja jelit po postrzale brzucha, amputacja nogi powyżej kolana i trepanacja czaszki w celu otworzenia ropnia podoponowego. Ta ostatnia operacja była przeprowadzana w bardzo trudnych warunkach – upał, brak oświetlenia, w dodatku nie mieliśmy rentgena, tlenu, a antybiotyki nie były jeszcze w użyciu. Operacja beznadziejna. Dr Cebertowicz ratował do końca. Pacjent przeżył, choć odłamek pozostał w jego ciele.

Młode organizmy po resekcji jelit, mimo zapalenia otrzewnej, broniły się najdłużej. Franek, dziecko warszawskiej ulicy, ciągle pytał: – Siostró, czy ja muszę umierać? Jestem taki młody. A tak bardzo mnie boli. Janek, poszarpany odłamkami granatu, miał wysoką gorączkę, cierpiał bardzo, ale się nie skarżył. – Jasiu, czy bardzo cię boli? – Trochę. Trzeba go było karmić, ale nie chciał jeść, tylko pił. Nawet zupy przyjmował z trudem. Śpiewał godzinki i inne pieśni do Najświętszej Maryi Panny, ale coraz ciszej. Nie byłam przy jego śmierci. Rano, kiedy wróciłam na dyżur, już nie żył. Wszyscy chodzili zapłakani. Najstarszy brat Janka, łącznik z Kampinosu, powiedział mi: – Czterech nas matka miała, zostałam jeden. Opowiadał o tym, że Janek był zwiadowcą w kawalerii wileńskiej, i o trudzie, z jakim przedarli się do Kampinosu, żeby bronić Warszawy.

Był młody porucznik z głęboką raną pośladka pełną larw i zgorzelą gazową, co oznaczało wyrok śmierci. W kędzierzawych włosach miał więcej siwych pasm niż czarnych, jego widok był wstrząsający. Był też żołnierz kawalerii wileńskiej, chłopiec prawie, z wyrwanym łukiem jarzmowym (oczodół i kość policzkowa). Dla mnie był to najtrudniejszy pacjent.

Ranny w kolano, który bardzo cierpiał, zawołał mnie i cicho powiedział: – Uciekajcie. My się już poświęciliśmy. Na dole są Niemcy. Myślałam, że majaczy, bo miał wysoką gorączkę. Tłumaczyłam mu, że nic się nie dzieje. Upierał się: – Ja ich czuję. Jestem z Reichu, z Konińskiego. Będą mścili się na mojej rodzinie. Dokumenty w mundurze... trzeba spalić. Przekonana, że w stosie zakrwawionych ubrań nie znajdę jego munduru, pobiegłam na strych. Na wierzchu znalazłam ten mundur, zniszczyłam dokumenty. Ledwie zdążyłam się umyć i nałożyć



Fot. NAC

fartuch, wbiegła siostra zakonna, mówiąc: – Kto ma małe dzieci czy staruszków na utrzymaniu albo bardzo się boi – niech wyjdzie tylnym wyjściem. Niemcy.

Jedna sprawa najbardziej łączyła tych wszystkich ludzi: kiedy wchodziłam na dyżur i pytałam, jak się czują, czego potrzebują, wszyscy jako tako przytomni wołali: – Co z Powstaniem? Co z Warszawą? Siostró, najpierw wiadomości... A nam coraz trudniej było odpowiadać. Na początku, w księżycowe noce, przyjeżdżali żołnierze wolnej Polski (...) śpiewali piosenki kolegom, sobie i nam. Potem przyjeżdżali cicho, chyłkiem. A potem już ich nie widywałam. Działo burzące, tzw. krowa, stało blisko zakła-



Fot. NAC

du, w Izabelinie. Sztukasy przelatwały z hukiem nad nami. Warszawa płonąła. W dzień dymy przystaniały słońce, w nocy było jasno. (...) Coraz więcej cywilów trafiało do szpitala: chorych, zgwałconych. Karawany ludzi pędzonych z Warszawy przechodziły przez Łaski. W okolicznych wsiach odbywały się masakry”.

POŻOGA

„Pomoc lekarska była przez cały czas wystarczająca, bo zaczęli przybywać do zakładu lekarze z innych stron, z terenów na wschód od Wisły. Z obsadą pielęgniarską też nie mieliśmy zbytnich kłopotów, zgłaszało się wiele ochotniczek. Najgorzej było z wykonawcami najprostszych prac – sprzątnięcia, prania i podobnych zajęć, w tym pieczenia chleba nie tylko dla szpitala, ale i dla partyzantów w lesie” – kontynuuje swoją opowieść Józef Krzyczkowski.

„Wkrótce wyłączony został prąd i należało zapewnić źródło energii. Pomysł był prosty, trzeba skorzystać z akumulatora samochodowego, ładowanego prądnicą poruszaną przekładnią rowerową. Ale kto tę czynność wykona? Gdy tylko dowiedzieli się o tym niewidomi, ochotników nie zabrakło.



Fot. NAC

W zakładzie była spora grupka chłopców, nieomal już dorosłych, którzy pracowali w szrotkarni. Wszyscy zgłosili się do najcięższych robót. Pompowali całymi godzinami wodę, mieszały rękami ciasto na chleb, nie tylko dla blisko 400 osób mieszkających w zakładzie, ale często i dla partyzantów w lesie.

Na oddziale chirurgicznym pracował, jako słabowidzący, sanitariusz Szczepan Kutyla – olbrzym, siłacz, oddawał nieocenione usługi przy przenoszeniu niemal biegiem rannych partyzantów, dowożonych z walk na brzeg lasu. Pielęgnował rannych z całym oddaniem, a gdy trzeba było wykonać inną ciężką pracę fizyczną, natychmiast się zgłaszał.

Drugim słabowidzącym był młody Staś Wrzeszcz – spokojny, pogodny, potrafił cały dzień swymi dobrymi, zręcznymi rękami urodzonego pielęgniarza nieść pomoc rannym. Bardzo chętnie przyjmowali jego usługi, niektórzy tylko jemu pozwalali przekładać swoje nieszczęsne, obolate kończyny. Wieczorami z wielkim zapalem czytał chorym z brajlowskiego egzemplarza „Pożogę” Kossak-Szczuckiej. Lektura pasjonowała nawet takich słuchaczy, którzy z książką do tej pory nie mieli styczności.

Wśród obsługujących piekarnię był również Modest Sękowski. Nigdy nie zapomniał okresu Powstania i męczącej pracy przy wygniataciu ciasta na chleb.

Wielu przenosiło do szpitala na noszach rannych, dowożonych przez towarzyszy do pobliskiego lasu, pod osłoną nocy, aby nie rzucić się w oczy Niemcom i okolicznym volksdeutschom.

Nigdy nie odmawiali pomocy. Pracowali od świtu do nocy. Co najbardziej uderzało, to jakaś nieprzeciętna skromność w ocenie własnych działań. Nawet znacznie później, gdy w rozmowach wracało się do współpracy niewidomych, sami nigdy nie wyolbrzymiali własnych zasług. Mówili: – Robiło się, co trzeba, dobrze, że choć tyle było można. Wyczuwało się w ich słowach jakby żal, że tylko tyle mogli zrobić.

Nie sposób zamieścić w jednym artykule nawet połowy opowieści, do których dotarłam. O szpitalu. O dzielnych siostrach, które prowadziły niemieckich inspektorów do spalonych, groźących zawaleniem budynków i informowały, że na samej górze są pacjenci. O strategicznym rozmieszczaniu rannych, aby Niemcy nie zorientowali się, że mają do czynienia z powstańcami. O metodach ukrywania jęczących pacjentów, gdy za ścianą okupanci przeprowadzali kolejną kontrolę. O leczeniu niemieckich żołnierzy i sposobach, by nie dowiedzieli się, co dzieje się pod ich nosem. O głośnym czytaniu książek i grze na pianinie. O węgierskim koncercie polskich pieśni, który niemieckich pacjentów doprowadził do rozpacz, bo byli pewni, że ponieśli klęskę w Powstaniu. O wielu rannych, których nie dało się uratować, o heroizmie personelu. O dr. Cebertowiczu, który – aresztowany przez Niemców – żądał wpuszczenia na salę operacyjną, aby ratować ludzkie życie... ●



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

31 grudnia 2023 r.



Medycyna pola walki

kurs wprowadzający

**21 października,
godz. 10.00**



Miejsce kursu: strzelnica ZKS Warszawa,
ul. Marymoncka 42

Rejestracja izba-lekarska.pl



Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

31 grudnia 2023 r.



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.



Organizatorzy zapraszają na galę wręczenia nagród 14 października 2023 r., o godz. 15.00, w Domu Literatury w Warszawie, przy Krakowskim Przedmieściu 87/89. O godz. 15.30 rozpocznie się spektakl poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości”, w którym nagrodzone i wyróżnione utwory poetyckie zostaną zaprezentowane w formie śpiewanej.

ROZSTRZYGNIĘCIE XIV EDYCJI

W KATEGORII POEZJA:

- I nagroda – Barbara Rysz-Postawa z Krakowa,
- II nagroda – Bolesław Sawicki z Łodzi,
- III nagroda – Katarzyna Wierzbicka z Otwocka,
- wyróżnienie (finansowe) – Monika Szymczakowska z Otwocka,
- wyróżnienie (w postaci sfinansowania wydania utworu drukiem)
 - Krzysztof Domka z Warszawy,
 - Kamil Jankowski z Gdańska,
 - Małgorzata Luckner z Warszawy (za wiersz „Dziesięć minut”).

W KATEGORII PROZA:

- I nagroda – Joanna Matlachowska-Pala z Opola,
- II nagroda – Agnieszka Kania z Opola,
- III nagroda – Zbigniew Kostrzewa z Łowicza,
- wyróżnienie (finansowe) – Andrzej Miś z Krzywaczki,
- wyróżnienie (w postaci sfinansowania wydania utworu drukiem)
 - Anna Pituch-Noworolska z Krakowa,
- wyróżnienie (w postaci sfinansowania prezentacji autorskiej na łamach pisma społeczno-kulturalnego „Własnym Głosem”) – Jerzy Andrzejczak z Łodzi.



KOMISJA DS. KULTURY
OKRĘGOWEJ RADY LECARSKIEJ
W WARSZAWIE



Kongres Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu

– TO IMPREZA INNA NIŻ DOTYCHCZAS ORGANIZOWANE PRZEZ SAMORZĄD LEKARSKI. W STOLICY POLSKIEJ PIOSENKI SPOTYKAJĄ SIĘ PASJONACI WSZYSTKICH DZIEDZIN ARTYSTYCZNYCH ORAZ HISTORII. DYSPONUJEMY NIESPOTYKANYM W SKALI ŚWIATOWEJ POTENCJAŁEM LEKARZY TWÓRCÓW W WIELU DZIEDZINACH SZTUKI – POWIEDZIAŁ JAROSŁAW WANECKI, KIEROWNIK OŚRODKA KULTURY I DZIEDICTWA HISTORYCZNEGO NRL, PODCZAS UROCZYSTEGO OTWARCIA TRZYDNIOWEGO KONGRESU.

opracował **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Kongres rozpoczął się 8 września, a jego gospodarzem była Opolska Izba Lekarska. Towarzyszyło mu wiele imprez kulturalnych: plener malarski w ośrodku położonym nad malowniczym Jeziorem Turawskim, wernisaż fotograficzny, finisaż wystawy ceramiki, warsztaty artystyczne i historyczne oraz Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej połączony z koncertem Stanisława Soyki.

W kongresie wzięli udział przedstawiciele naszej izby. Przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie Bożena Hoffman-Golańska poprowadziła razem z Dariuszem Hankiewiczem debatę z udziałem członków bliźniaczych komisji z innych izb oraz dziennikarzy biuletynów samorządowych. Dyskusja poświęcona była kwestii, czy kultura lekarska jest ważna i potrzebna. ●

Źródło: „Gazeta Lekarska”



Fot. archiwum

Staż lekarski.

Jesienne podsumowanie roku 2023

Poradnik
dla 23/24
stażysty

POBIERZ



Staż podyplomowy
lekarza 2023/2024



Fotografie: P. Korczyk

W JESIENNEJ REKRUTACJI WPŁYNNĘŁO DO KOMISJI DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO 947 WNIOSKÓW. 774 ZŁOŻYLI LEKARZE, A 173 – LEKARZE DENTYŚCI. BIEŻĄCY ROK ZAMYKAMY ZATEM WYNIKAMI 1010 APLIKACJI (RAZEM Z MARCOWYMI REKRUTACJAMI), WYŻSZYM NIŻ W 2022.

tekst **ELŻBIETA TRYBUS**

Z każdym rokiem przyjmujemy coraz większą liczbę wniosków od osób chętnych do odbywania stażu podyplomowego na terenie działania OIL w Warszawie, głównie w stołecznych placówkach. W tym roku dotęczyli do nas absolwenci

nowo otwartych kierunków lekarskich, np. z Uczelni Łazarzskiego oraz z Radomia. Myślę, że taki trend się utrzyma w związku z otwieraniem coraz większej liczby wydziałów lekarskich – mówi Maciej Nowak, przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego.



STAŻ PODYPLOMOWY LEKARZA – NOWOŚCI I ZMIANY

Program stażu lekarskiego regulują nowe zasady, które weszły w życie 1 marca 2023 r. Poza doskonaleniem lekarzy i lekarzy dentyistów w wielu dziedzinach przewidziane są szkolenia z zakresu profilaktyki onkologicznej oraz szczepień ochronnych, leczenia bólu, orzecznictwa lekarskiego, a także prawa medycznego i bioetyki. Program stażu zawiera ponadto szkolenie dotyczące komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Nowością jest część personalizowana stażu przygotowana wyłącznie dla lekarzy, która obejmuje – do wyboru – m.in. niezabiegowe i zabiegowe dziedziny medycyny, zależnie od

zainteresowań lekarza. Zdaniem przewodniczącego Komisji ds. Stażu Podyplomowego utworzenie stażu personalizowanego było postulatem środowiska lekarskiego, także z OIL w Warszawie.

– W naszej opinii, również jako lekarzy praktyków, pozwoli to na lepsze poznanie innych dziedzin medycyny niż podstawowe i ułatwi wybór miejsca szkoleniowego oraz samej specjalizacji – podsumowuje dr Nowak.

Program stażu dla lekarzy i lekarzy dentyistów zamieściliśmy w najnowszy wydaniu „Poradnika dla stażystów”, który udostępnił na stronie Komisji ds. Stażu Podyplomowego. Ten praktyczny przewodnik opracowaliśmy z myślą o ułatwieniu absolwentom studiów lekarskich wejścia w obszar działania naszej izby i przybliżeniu im pracy samorządu lekarskiego. ●



Rozpoczęła się jesienna runda piłkarskiej Ligi Mistrzów OIL w Warszawie

JAKA JEST FORMA LEKARZY PIŁKARZY PO WAKACYJNYCH „OBOZACH TRENINGOWYCH” NA PLAŻACH CAŁEGO ŚWIATA? CZY UDAŁO SIĘ WYLECZYĆ ALBO PRZYNAJMNIEJ ZALECZYĆ KONTUZJE Z WIOSNY? POCZĄTKOWE MECZE SEZONU JESIENNEGO IZBOWEJ LIGI SZYBKO ZWERYFIKUJĄ PRZYGOTOWANIE DO ROZGRYWEK.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Świetny początek sezonu zanotowała drużyna Najlepszycy, która 17 września pokonała Pędzące Kochery aż 11:2. Warto jednak przypomnieć, że poprzednio Najlepsi też zaczęli z wysokiego C, by ostatecznie zakończyć rozgrywki tuż za podium. Niemniej jednak dzięki temu imponującemu zwycięstwu aż dwóch zawodników tej drużyny (Krzysztof Bardecki i Adam Anduła) po pierwszej kolejce znalazło się na czele listy strzelców. W bezpośrednim pojedynku mistrza i wicemistrza piłkarskiej wiosny FC Stylus znowu okazał się lepszy i pokonał Healers United 5:3.

W porównaniu z tabelą rozgrywek sprzed kilku miesięcy tabela jesienna wygląda odrobinę skromniej. Do walki stanęło tym razem dziesięć zespołów. W pierwszej kolejce padło 46 bramek, co oznacza średnią 9,2 gola na mecz.

– Dziesięć drużyn tylko z pozoru może nie robić wrażenia, ale jeśli weźmiemy pod uwagę to, że każda składa się z kilkunastu osób, okazuje się, że niemal tydzień w tydzień udaje nam się zmobilizować ponad setkę lekarzy do wspólnej aktywności fizycznej. Cieszę się, że mimo oczywistych dla przedstawicieli naszego zawodu kłopotów z wygospodarowaniem wolnego czasu, Liga Mistrzów OIL znowu znalazła się w kalendarzu imprez izby i nierzadko wiąże się z zaangażowaniem całych rodzin lekarskich. Projekt bardzo dobrze się przyjął i mam nadzieję, że będzie elementem izbowego kalendarza również w kolejnych latach – podsumował start ligi prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak.



**UCHWAŁA NR 173/R-IX/23
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 6 WRZEŚNIA 2023 R.**

w sprawie powołania Zespołu ds. II Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 tj.) oraz na podstawie §4 pkt 14, §29 ust. 5, ust. 7, ust. 9 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, stanowiącego załącznik do uchwały nr 13/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r., uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Zespół ds. II Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, w następującym składzie:

- a) kol. Joanna Pokładnik – przewodnicząca zespołu,
- b) kol. Jarosław Góra,
- c) kol. Olga Kluka,
- d) kol. Rafał Sawicki,
- e) kol. Karol Stępniewski,
- f) kol. Piotr Winciunas.

2. Zadaniem zespołu, o którym mowa w ust. 1, jest opracowanie głównych założeń funkcjonowania II Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego oraz stworzenie projektu regulaminu II Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Piotr Pawliszak
– prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Marta Moczydłowska
– sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

**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”. Ideą publikacji jest zachowanie pamięci o naszych studiach, pracy zawodowej, koleżankach i kolegach. Czas powoli zacierza wspomnienia, a przecież stanowią one, 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 dziękujemy wszystkim, którzy do tej pory przesłali nam swoje wspomnienia.

Zachęcamy też do współpracy w ramach naszego stowarzyszenia.

Bogdan Ciszek – przewodniczący stowarzyszenia

Piotr Pawliszak – prezes ORL w Warszawie



*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci”*
Wisława Szymborska

Z głębokim smutkiem żegnamy

dr n. med. Iwonę Słowińską

ortopedę, wspaniałą, oddaną pacjentom lekarzkę,
która odeszła od nas niespodziewanie na wieczny dyżur 20 sierpnia 2023 r.

Łączymy się w bólu i składamy najszczerze wyrazy współczucia
prof. dr hab. Lidii Rutkowskiej-Sak, dr. n. med. Radosławowi Słowińskiemu oraz Rodzinie i Bliskim
Współpracownicy z Zespołu Poradni Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Urszula Wolińska-Kuñaj

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

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

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małeck, Filip Niemczyk,
Artur Olesch, 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 adiacji 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.

**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

VI edycja „Szczepimy – chronimy”

szczepienia przeciwko grypie

9–20 października



Zapisy od 1 października na izba-lekarska.pl



Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej

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

Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

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

Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



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



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



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



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

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.**



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



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



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



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

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

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



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

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

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Piotr Pawliszak PREZES ORL W WARSZAWIE
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Tomasz Imiela WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Luczkiewicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK
Marta Moczydłowska SEKRETARZ ORL
Joanna Pokładnik ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Roman Jasiński PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31
BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27
KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.20)
SKŁADKI tel. 22-542-83-38 | 22-542-83-39 | 22-542-83-78 | 22-542-83-96
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30
KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12
KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32 | staz@oilwaw.org.pl

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 MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI 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

www.emka.com.pl