

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

GRUDZIEŃ 2024 – STYCZEŃ 2025
(nr 356–357)



› MISJA:
POMAGANIE

› Empatia

› Rok 2024 w ochronie zdrowia

› Ciemna strona recepty

PLATFORMA EDUKACYJNA

Oral-B



Dołącz do oralbprofessional.pl

Zarejestruj się i obejrzyj darmowe webinary, m.in.:

Bonding czy licówki porcelanowe?

Dr n. med. Maciej Żarow

Funkcjonalno-estetyczne rekonstrukcje zębów

Dr n. med. Marcin Aluchna

Zeskanuj, aby
przejsć do strony



EMPATIA

TEMAT Z OKŁADKI:

- 12 Misja: pomaganie**
rozmowa z Jurkiem Owsiakiem
- 15 Empatia**
Jerzy Bralczyk
- 16 Empatia – wróg czy przyjaciel lekarza?**
Maria Libura



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 3 Nie dzięki samym lekom pacjent zdrowieje**
Artur Drobnik
- 4 Ludzkich świąt!**
Aleksandra Sokalska

CZAS PODSUMOWAŃ

- 6 Rok OIL w Warszawie**

FELIETON WICEPREZESA

- 9 36,6**
Krzysztof Herman

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 10 Wykształcimy lekarzy przyszłości**
rozmowa z Arturem Drobnikiem i Dariuszem Paluszkiem
- 36 Weryfikacja recept**
Monika Potocka
- 50 IV Konkurs Fotograficzny**
- SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW**
- 18 Czy warto być lekarzem dentystą w dzisiejszych czasach?**
rozmowa z Dariuszem Paluszkiem
- 20 Deficyty i priorytety**
Anna Prawdzik

SYSTEM

- 22 Rok 2024 w ochronie zdrowia**
Małgorzata Solecka

O TYM SIĘ MÓWI

- 24 Jaka piękna katastrofa**
Paweł Walewski

LECZENIE ONLINE

- 30 Ciemna strona recepty**
Hanna Odziemska

OPINIE

- 34 Sprawdzam**
Małgorzata Solecka

PRAWO

- 38 Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk

REFLEKSJE O EUROPIE

- 40 Sytuacja w ochronie zdrowia w Austrii**
Dominik Héjj

#PO DYŻURZE

- 42 Samotny rejs na Morze Barentsa**
Artur Biel
- 44 Lekarz to trudny zawód...**
Małgorzata Szturomska



Szanowni Państwo,

z okazji nadchodzących
Świąt Bożego Narodzenia
pragnę złożyć Państwu
najserdeczniejsze życzenia.

Niech ten wyjątkowy czas przyniesie
spokój, radość i chwilę wytchnienia
w gronie najbliższych.

Życzę Państwu zdrowia, które jest naszym
wspólnym celem i misją, oraz siły i satysfakcji
z codziennej pracy dla pacjentów.

Niech Nowy Rok 2025 obfituje
w sukcesy zawodowe, rozwój osobisty
i nowe możliwości, a każdy dzień
wypełniony będzie pasją i pozytywną energią.

Jednocześnie życzę, by w Nowym Roku
udało się Państwu utrzymać ten, jakże potrzebny
w naszej pracy, stan równowagi między
życiem prywatnym a zawodowym.

Dziękuję za Państwa oddanie, profesjonalizm
i zaangażowanie, które stanowią fundament naszej działalności.
Wesołych świąt i szczęśliwego Nowego Roku!

Dr n. med. Artur Drobnik,
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Nie dzięki samym lekom pacjent zdrowieje

NOWOCZESNY LEKARZ ROZUMIE, ŻE DO PEŁNEGO SUKCESU TERAPEUTYCZNEGO NIE PRZYCYNIA SIĘ WYŁĄCZNIE PRECYZJA PROWADZENIA SKALPELA PODCZAS OPERACJI ANI SIŁA CZĄSTECZKI CZYNNEJ ZAORDYNOWANEJ PACJENTOWI.

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. J. Kamiński

Co się stanie, jeśli pacjent dzień po opuszczeniu szpitala będzie jeździć konno lub dwa dni po wyjściu z gabinetu przestanie przyjmować lek, bo tabletkę była za duża albo niesmaczna?

Większość z nas zapewne odpowie: – *To nie moja wina, wykonałem swoje zadanie najlepiej, jak potrafiłem, pacjent sam jest sobie winny.* I ta większość będzie miała zapewne rację. Ale na pytanie, czy dzięki nam pacjent wyszedł z choroby i ze swoich problemów, już twierdząco nie odpowiemy. Bo jeśli zależy nam na pacjencie, a nie tylko na dobrze wykonanym zadaniu, uznamy, że naszą rolą jest także wypracowanie takiego kontaktu z chorym, by zamiast odstawiać lek, spróbował – przyjmując go – przetrwać do kontrolnej wizyty lub skontaktował się z nami, gdy te „niedogodności” go pokonają i zdecyduje się na przerwanie terapii.

Sztuka komunikacji jest stara jak ludzkość. Do perfekcji opanowali ją w przeszłości politycy, a w dzisiejszych czasach – sztaby ludzi, którzy ich otaczają. Świetni w komunikacji na ogół są eksperci od spraw sprzedaży, przynajmniej w zakresie transakcji, jaką chcą przeprowadzić lub prowadzą.

W naszym zawodzie komunikacja werbalna i niewerbalna (równie ważna!) to też miara powodzenia leczenia. Umiejętność przekonania pacjenta, że chcemy dla niego jak najlepiej, szczególnie w ograniczonym czasie, jaki mamy na bezpo-

średni z nim kontakt, jest kluczem do sukcesu. Nawet jeśli terapia przyniesie niepożądane skutki, jeśli będą powikłania, pacjent wierzy, że musi wrócić do swojego lekarza, bo lekarzowi zależy na jego zdrowiu i tak poustawia „klocki”, by usunąć działania niepożądane lub efekty powikłań.

Drogi Koleżanki i Drodzy Koledzy, lekarz przyszłości to osoba o dużej wiedzy, korzystająca z algorytmów sztucznej inteligencji i wielu gigabajtów danych o stanie zdrowia pacjenta. To lekarz bardzo skuteczny w diagnozowaniu i doborze leczenia. Ale sukces terapeutyczny będzie zależny również od tego, od czego zależny jest teraz – czy pacjent będzie z nami chętnie współpracował.

Zmieniamy Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie, by oferował Państwu rzetelne warsztaty i szkolenia w dziedzinach, z którymi nie mieliście do czynienia podczas edukacji podyplomowej, również w dziedzinie komunikacji. Na pewno wielu z Was czuje, że ma w swoim wachlarzu kompetencji braki, a izba jest też po to, by pomóc Wam je uzupełnić. Nie bójmy się zdobywania nowych umiejętności, nawet jeśli nie uzyskamy dzięki temu kolejnego dyplomu, który można powiesić w gabinecie.

Wierzę, że wkrótce wielu z Was stanie się lekarzami kompletnymi – lekarzami przyszłości. A zespół izby jest po to, by Wam w tym pomóc. ●

Ludzkich świąt!

ALEKSANDRA SOKALSKA, redaktor naczelna



Fot. G. Stec

Oczekiwanie na nowy rok sprzyja podsumowaniom, planom i refleksjom. Czy jesteśmy w dobrym miejscu? Czego dokonaliśmy, a co nam się nie udało? Wreszcie, czego tak naprawdę potrzebujemy? Takie przemyślenia dotyczą nie tylko sfery prywatnej, ale też zawodowej, a szerzej, każdej dziedziny – etyki, filozofii, polityki, medycyny.

Jeśli chodzi o tę ostatnią, dzieje się wyjątkowo dużo. Za sprawą multimodalnej AI medycyna wkracza w nowe, niedostępne do niedawna rewiry algorytmów, które w kilka sekund przeczesują dane, by wykryć chorobę lub oszacować ryzyko jej wystąpienia. „*Oprócz precyzyjnej diagnostyki, personalizacji leczenia, systemów prewencji chorób i telemonitoringu multimodalna AI zapewnia lepsze zrozumienie mechanizmu rozwoju chorób*” – pisze w swoim artykule

Artur Olesch. Co nie znaczy, że sztuczna inteligencja może zastąpić lekarza. Panowanie nad nią wymaga specjalisty, bo jej niewłaściwe użycie grozi poważnymi konsekwencjami. Każda innowacja bowiem potrzebuje kontroli, czego przykładem jest wprowadzenie receptomatów. Z założenia miały ułatwić uzyskanie pomocy lekarskiej, *de facto* stały się niezwykle niebezpiecznym narzędziem, które może przyczynić się do śmierci pacjenta. O skutkach korzystania z receptomatów pisze Hanna Odziemcka, a jej tekst jest tym bardziej wstrząsający, że opowiada prawdziwą historię. Historię, w której zabrakło lekarskiego badania, czyli niezastępowalnego elementu, dzięki któremu diagnoza jest trafna, a terapia bezpieczna. Żaden bowiem system online, żadna ankieta, żadna sztuczna inteligencja nie są w stanie zastąpić lekarza – człowieka, który wiele lat poświęcił na zdobywanie wiedzy i doświadczenia,

który tę wiedzę stale musi aktualizować i dokształcać się, by pomagać ludziom wracać do zdrowia. Etos tego zawodu jest niezaprzeczalny. Prawdziwy specjalista „od pomagania” Jurek Owsiak w wywiadzie dla „Pulsu” mówi: „*Lekarze wybierają nie tylko zawód, wybierają życie, wybierają przestanie. Można powiedzieć, że zdobywając ogromną wiedzę o człowieku, jego ciele i duszy, nabierają boskich umiejętności*”.

Refleksja o niezastępowalności człowieka jest w dzisiejszych czasach niezwykle krępująca, choć owa niezastępowalność oznacza ogromną odpowiedzialność i powinna być nierozzerwalnie związana z empatią. Pomagać można na różne sposoby, ale tylko jeden wymiar pomocy, ten ludzki, jest właściwy. Dlatego izba ma zamiar kształcić lekarzy także w zakresie kompetencji miękkich. Prezes ORL Artur Drobniaak przekonuje w wywiadzie: „*Chcemy, żeby lekarze lepiej komunikowali się z chorymi i rozumieli, dlaczego ma to znaczenie dla powodzenia ich pracy*”.

I tak w dobie wyzutej z emocji sztucznej inteligencji, nieludzkich algorytmów i bezduszných formularzy sięgamy po jedną z najważniejszych człowieczych wartości – empatię. Z tą myślą Państwa zostawiam i z całego serca życzę prawdziwie ludzkich świąt – pełnych miłości, zrozumienia i uważności. ●

e-Izba

dla lekarzy i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp
do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo

Zaloguj się i sprawdź!



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Nowe logo OIL w Warszawie

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE POŁĄCZYŁA SIĘ Z SYRENKĄ WARSZAWSKĄ, UMIESZCZAJĄC SYMBOL STOLICY POLSKI W SWOIM NOWYM LOGO. WRAZ ZE STETOSKOPEM I KRZYŻEM, SYMBOLIZUJĄCYM ŚWIAT MEDYCyny NOWY ZNAK GRAFICZNY OIL W WARSZAWIE REPREZENTUJE SIŁĘ, OCHRONĘ I NIEZŁOMNOŚĆ ORAZ NOWOCZESNE PODEJŚCIE DO KOMUNIKACJI WIZUALNEJ.

Spośród kilkunastu propozycji nowego logotypu OIL w Warszawie Okręgowa Rada Lekarska 6 listopada 2024 r. wybrała znak graficzny symbolizujący otwartość na innowacje. Zmiana logo nie była podyktowana jedynie względami estetycznymi. To świadomy krok w stronę przyszłości, odzwierciedlający charakter Okręgowej Izby Lekarskiej

w Warszawie – nowoczesnej, prężnej i aktywnej organizacji, która sprawnie reaguje na współczesne wyzwania.

Zespół OIL w Warszawie ma nadzieję, że szybko przyzwyczają się Państwo do nowego logo izby i będą je traktować jak swoje, podobnie jak poprzednie. ●

Nowe logo Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie łączy tradycję z nowoczesnością, doskonale oddając charakter największego samorządu lekarskiego w Polsce, zrzeszającego ponad 37 tys. lekarzy i lekarzy dentyków.



Syrenka warszawska, od wieków związana z historią i duchem stolicy, reprezentuje odwagę, niezależność i siłę. Jako symbol podkreśla nie tylko lokalny charakter lidera samorządu lekarskiego w Polsce, ale też zaangażowanie w działania na rzecz środowiska lekarskiego.



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**



Symbole medyczne reprezentują misję i wartości samorządu oraz dbałość o najwyższe standardy w opiece zdrowotnej. Stetoskop symbolizuje codzienną praktykę lekarską i troskę o pacjentów. Krzyż jest ukłonem w stronę etyki i poświęcenia zawodowego, przypomina o obowiązkach i odpowiedzialności lekarzy i lekarzy dentyków.



Nowoczesna estetyka logo łączy minimalistyczne linie z elegancką formą, podkreślając współczesne podejście Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do swoich działań. Nowe logo symbolizuje elitarny charakter społeczności medycznej, która z dumą reprezentuje najwyższe standardy wiedzy, kompetencji i etosu zawodowego.

Rok Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

TO BYŁ NAPRAWDĘ INTENSYWNY ROK DLA OIL W WARSZAWIE. – *KIEDY ZACZYNAŁEM W KWIETNIU SVOJĄ KADENCJĘ, IZBA LICZYŁA PONAD 34 TYS. CZŁONKÓW, A TERAZ JEST ICH PRZESZŁO 37 TYS.* – MÓWI PREZES ORL ARTUR DROBNIAK. WSŁUCHIWANIE SIĘ W POTRZEBY LEKARZY, PROPONOWANIE NOWYCH ROZWIĄZAŃ, A JEDNOCZEŚNIE PROWADZENIE STAŁYCH DZIAŁAŃ ORAZ PRZEMIANA WEWNĘTRZNA OIL W PROFESJONALNĄ, SPRAWNĄ INSTYTUCJĘ BYŁY NAJWAŻNIEJSZYMI WYZWANIAMAMI 2024 R.

tekst **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Postanowiliśmy dokonać zestawienia najważniejszych w odchodzącym roku wydarzeń. Tylko najważniejszych, bo wszystkie trudno byłoby zmieścić na stronach naszego miesięcznika. To krótkie podsumowanie pokazuje, w jak wielu obszarach działa izba i ile jeszcze ma planów.

PRZENIESIENIE DO OIL POMOCY PRAWNEJ DLA LEKARZY

OIL w Warszawie była prekursorem usługi pomocy prawnej dla lekarza przy izbie lekarskiej. Oferowana jest już w OIL od pięciu lat, ale pojawiało się coraz więcej głosów, by wsparcie było realizowane nie przez zewnętrzną kancelarię, lecz przez dział prawny izby. – *Wysłuchaliśmy opinii lekarzy i takiej zmiany dokonaliśmy 1 listopada tego roku* – wyjaśnia prezes ORL Artur Drobniaak i dodaje: – *Naszym celem było podniesienie jakości obsługi, a efekty już widać, po zaledwie kilku tygodniach działalności izbowych prawników: czas oczekiwania na odpowiedź po zgłoszeniu pytania czy problemu jest krótszy, mimo że jakość porad nie spadła. Nie spoczywamy na laurach, ale stale szukamy miejsc i procesów wymagających poprawy.* To bardzo dobra wiadomość, zważywszy że liczba spraw będzie rosnać, bo członków OIL ciągle przybywa. W ramach bezpłatnych porad prawnych odbywają się m.in. konsultacje umów o pracę i umów kontraktowych, udzielane są odpowiedzi na pytania związane z nowymi ustawami i rozporządzeniami.

IZBA BLIŻEJ SWOICH CZŁONKÓW

Nadal prężnie działa Rada Funduszu Samopomocy pod przewodnictwem Mery Topolskiej-Kotuleckiej. W 2024 r. do 15 listopada z pomocy RFS skorzystało już 641 lekarzy, którzy otrzymali łącznie 1,029 mln zł. Pomoc finansowa jest realizowana w czterech formach: zapomóg z tytułu urodzenia lub adopcji dziecka, zapomóg losowych, pożyczek socjalnych, odpraw pośmiertnych. Szacuje się, że kwota wypłaconych zapomóg w całym roku 2024 wyniesie blisko 1,1 mln zł, a z pomocy skorzysta około 680 lekarzy.

Starszych lekarzy aktywnie wspiera Fundacja Pro Seniore, która udziela pomocy pielęgnacyjno-gospodarczej, dofinansowuje zakup wyrobów medycznych, a także turnusy rehabilitacyjne.

W tym roku w ramach rozwiązań socjalnych wprowadzono kolejne formy pomocy dla lekarzy:

ZWOLNIENIA ZE SKŁADKI

na 12 miesięcy dla lekarzy, którym urodziło się dziecko;

BEZPŁATNY WPIS DO RPWDL

Jako jedyna izba w Polsce OIL w Warszawie prześciga kwotę należną ustawowo za wpis z opłaconej składki lekarskiej, dzięki czemu lekarz zmieniający miejsce pracy nie uiszcza dodatkowej opłaty;

ROZWINIĘCIE PROGRAMU UBEZPIECZENIOWEGO

Do tej pory wysokość zabezpieczenia w ramach podstawowego OC wynosiła 350 tys. zł, teraz została podniesiona do 400 tys. zł. Wzrosła także kwota ubezpieczenia od wystawienia recept z nienależną refundacją;

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE

OIL podpisała porozumienie z Fundacją Nie Widać Po Mnie, która oferuje szeroki zakres usług darmowej pomocy psychologicznej, nie tylko dla lekarzy, ale również dla ich dzieci. Jednocześnie izba nadal zapewnia cenioną pomoc psychologiczną udzielaną w siedzibie izby przez dr Magdalenę Flagę-Łuczkiwicz;

SPOTKANIA INTEGRACYJNE

Podobnie jak w latach ubiegłych w 2024 r. odbyło się spotkanie z okazji Dnia Dziecka w Parku Julinek, które zgromadziło wiele lekarskich rodzin. Jeszcze większym zainteresowaniem cieszą się Lekarskie Mikołajki. Do tej pory liczba uczestników była ograniczona, w związku z tym wielu lekarzom nie udawało się zapisać na listę i wziąć udziału w imprezie. W 2024 r., chcąc sprostać oczekiwaniom lekarzy, prezes Artur Drobniak wraz z członkami ORL postanowili, że Lekarskie Mikołajki odbędą się w dwóch terminach: 7 i 14 grudnia, i zwiększyli pulę miejsc do 1850 na każdy dzień. Dzięki temu wszyscy chętni będą mogli uczestniczyć w zabawie;

LEKARSKI UNIWERSYTET TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”

Dzięki działaniom prezesa ORL Artura Drobniaka więcej osób mogło skorzystać z oferty LUTW: liczba słuchaczy wzrosła z 30–35 do 80, a frekwencja jest niemal stuprocentowa.

Warto przypomnieć, że „Nestor” to nie tylko wykłady, ale także atrakcje kulturalne, takie jak wyjścia do teatru lub kina, wyjazdowe weekendy edukacyjne, turnus rehabilitacyjny dla lekarzy seniorów.

WZMOCNIENIE WIZERUNKU OIL

W 2024 r. w OIL powstał Dział Komunikacji i Mediów. – *Chcemy, by lekarze i lekarze dentyści lepiej poznali izbę i to, co im może zaoferować w ramach benefitów, których jest bardzo wiele. W tym celu potrzebny jest sprawny dział komunikacji, który po dłuższej przerwie udało nam się w tym roku zbudować* – mówi prezes ORL Artur Drobniak.

PRZYWRACANIE ELITARNOŚCI ZAWODU

Głównym celem codziennej pracy NIL jest poprawa warunków pracy lekarzy i dbanie o tę grupę zawodową. OIL postawiła sobie za zadanie przywrócenie elitarności zawodu lekarza i lekarza dentysty. Dlatego już w 2024 r. odbyło się m.in. uroczyste wręczenie PWZ. – *Przywracamy taką uroczystość po latach przerwy, bo to niepowtarzalne wydarzenie w życiu lekarza. Dzięki PWZ może w pełni odpowiedzialnie pracować w swoim zawodzie* – argumentuje prezes ORL.

DZIAŁALNOŚĆ KULTURALNA

Komisja Kultury pod przewodnictwem dr Bożeny Hoffman-Golańskiej działała niezwykle aktywnie. Oto najważniejsze imprezy, które zostały zorganizowane w 2024 r.:

GALA TWÓRCZOŚCI LEKARSKIEJ

„WZAJEMNE INSPIRACJE” odbyła się w marcu. Zaprezentowano na niej obrazy, fotografie i poezję lekarzy;

TRZY PLENERY: dwa plenery ogólnopolskie – malarski w Poświętnem i fotograficzny w Żyrardowie, oraz okręgowy plener malarski w Radziejowicach;

12 WYSTAW malarskich, fotograficznych i literackich. Warto podkreślić, że jedną z wystaw, pt. „Fotodiagnoza Warszawy”, nadal można podziwiać w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu;

SZEŚĆ KONCERTÓW, w tym pierwszy dla dzieci – „Bajki muzyką pisane”. W listopadzie zostały zaplanowane dwa koncerty: duetu Anny i Romualda Spychalskich podczas Dnia Seniora oraz koncert fortepianowy podczas wieczoru autorskiego Katarzyny Wierzbickiej i promocji jej debiutu literackiego „Otulona ciszą”;

12 WARSZTATÓW literackich i fotograficznych z udziałem profesjonalnych mentorów, którzy pomagali lekarzom doskonalić artystyczne umiejętności;

DWA KONKURSY o zasięgu ogólnopolskim: literacki „Puls słowa” oraz fotograficzny w kategoriach „Nocny pejzaż” oraz „Abstrakcja”. Wręczenie nagród w konkursie fotograficznym odbędzie się podczas finisażu wystawy zdjęć 7 grudnia, o godz. 13, w Centrum Łowicka, przy ul. Łowickiej 21;



DWIE PUBLIKACJE ukazały się w ramach działalności komisji: „Lekarze i studenci medycyny. Kawalerowie Orderu Virtuti Militari” oraz debiut literacki Katarzyny Wierzbickiej „Otulona ciszą”.

DZIAŁALNOŚĆ SPORTOWA

Komisja Sportu pod przewodnictwem Krzysztofa Hermana prowadziła w 2024 r. trzy programy OIL Sport:

START,

w ramach którego refundowana jest opłata startowa w zawodach krajowych i międzynarodowych,

EVENT,

dzięki któremu można uzyskać wsparcie w zakresie działalności sekcji sportowych i imprez sportowo-integracyjnych,

MISTRZ

– program mający na celu nagrodzenie najlepszych sportowców wśród członków izby.

Nie można zapomnieć też o Lidze OIL. We współpracy z Ligą Bemowską już po raz czwarty zostały przeprowadzone rozgrywki największej ligi lekarskiej w kraju. W ramach działalności sportowej odbywały się także sportowe niedziele, kursy samoobrony, mistrzostwa w brydżu, obozy, spływ kajakowy, rajd pieszy i rowerowy. Prężnie działają sekcje: kitesurfingowa, szachowa, strzelecka, ringo. Ponadto Komisja Sportu koordynowała program wydawania kart sportowych Multisport (wydano ich ponad 1,2 tys.) oraz FitProfit (przeszło 1,1 tys.).

REALIZACJA PLANÓW JUŻ ROZPOCZĘTA

OIL ma wiele planów na 2025 r.:

ROZWÓJ DZIAŁALNOŚCI SZKOLENIOWEJ ODZ

Do tej pory działalność szkoleniowa była ograniczona, dlatego w 2024 r. powołano Radę Naukową ODZ składającą się ze specjalistów różnych dziedzin medycyny. Rada opracowała strategię rozwoju działalności edukacyjno-szkoleniowej (więcej o niej w wywiadzie z prezesem ORL Arturem Drobniakiem i wiceprezesem Dariuszem Paluszkiem, na stronie 10);

OŚRODEK STRATEGII I ANALIZ

Izba powołała Ośrodek Strategii i Analiz, którego zadaniem jest przeprowadzanie badań w grupie docelowej, czyli najczęściej wśród lekarzy i lekarzy dentyistów, wskazywanie na podstawie badań ich potrzeb i wypracowywanie konkretnych rozwiązań. Celem pierwszego badania było stworzenie prognozy liczby lekarzy stażystów w najbliższych latach. Ponieważ uczelnie medycznych kształcących na kierunku lekarskim przybywa, będzie wzrastała liczba lekarzy stażystów na terenie izby. OIL chce się dobrze przygotować do tego wzrostu i mądrze zaplanować organizację staży podyplomowych;

WSPÓŁPRACA Z UCZELNIAMI

OIL zależy na współpracy z najlepszymi uczelniami. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest podpisanie umowy z SGH, co umożliwi organizowanie szkoleń lekarzy w zakresie zarządzania zespołami lekarskimi i mikroprzedsiębiorstwami, jakimi są praktyki lekarskie. Izba będzie dzięki temu korzystać z bazy dydaktyczno-edukacyjnej profesjonalistów zatrudnionych w Szkole Głównej Handlowej i na WUM, prowadzących studia MBA w zarządzaniu. W planach jest także nawiązanie współpracy z UW;

DZIAŁANIA PEŁNOMOCNIKÓW

Prezes ORL Artur Drobniak, widząc rosnącą grupę lekarzy w wieku emerytalnym, powołał dr Agnieszkę Skoczylas na stanowisko pełnomocnika OIL ds. opieki senioralnej i geriatricznej. Jej zadaniem będzie wypracowanie rozwiązań, które spełnią potrzeby lekarzy seniorów oraz wpłyną na zmianę podejścia do opieki senioralnej *sensu stricto* w naszym kraju. Drugim nowo utworzonym przez prezesa stanowiskiem jest pełnomocnik OIL ds. przeciwdziałania dyskryminacji. Objął je lekarz psychiatra Robert Madejek. Pierwszy dokument dotyczący polityki równościowej w obrębie szpitali został już opracowany, przyjęty przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie i rozesłany do świadczeniodawców na terenie izby. Dotyczy on polityki antydyskryminacyjnej, czyli określonego postępowania w przypadku dyskryminacji z powodu np. pochodzenia, płci czy orientacji seksualnej;

KLUB LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY I WIELE INNYCH UNIKATOWYCH PROJEKTÓW,

które będą debiutować już od początku 2025 r.

Warto śledzić zmiany zachodzące w naszej izbie i korzystać z benefitów dla członków OIL w Warszawie. ●

36,6

TO NIE TYLKO WARTOŚĆ TEMPERATURY CIAŁA, KTÓRĄ CHCIELIBYŚMY WIDZIEĆ PODCZAS BADANIA PACJENTÓW, ALE TAKŻE – WEDŁUG DANYCH EUROSTATU – AKTUALNA LICZBA MIESZKAŃCÓW POLSKI WYRAŻONA W MILIONACH. POWSZECHNIE WCIAŻ MÓWI SIĘ O „38 MILIONACH POLAKÓW”, ALE NIESTETY TO JUŻ TYLKO WSPOMNIENIE. DEMOGRAFICZNA RZECZYWISTOŚĆ JEST NIEPOKOJĄCA.

tekst **KRZYSZTOF HERMAN**, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący Komisji Sportu



Fot. Mi. Pożarowicz

Z roku na rok liczba urodzeń spada. W pierwszych trzech kwartałach 2024 r. zarejestrowano około 192 tys. urodzeń, gdy w analogicznym okresie 2023 (z którego dane już były alarmujące) – znacznie więcej, bo 210 tys. Tendencja spadkowa utrzymuje się nieprzerwanie od 2017 r., gdy zanotowano ponad 400 tys. urodzeń. Sytuacja ta coraz silniej wpływa na różne aspekty życia społecznego oraz gospodarczego. Jednym z takich obszarów jest oczywiście system ochrony zdrowia, szczególnie oddziały położnicze, które jeszcze niedawno tętniły życiem, a dziś coraz częściej stają przed widmem likwidacji z powodu niskiej liczby pacjentek.

ZNIKAJĄCE ODDZIAŁY POŁOŻNICZE

Między 2016 a 2023 r. w Polsce zamknięto aż 82 oddziały porodowe. Jeżeli spadku liczby urodzeń nie uda się powstrzymać, znikną kolejne jednostki. Niedawno szeroko dyskutowany był pomysł wprowadzenia minimalnego progu liczby porodów na poziomie 400 rocznie, jako kryterium utrzymania oddziału. Choć oznacza to przyjęcie mniej więcej jednego porodu dziennie, warunku nie spełnia aż jedna trzecia oddziałów w kraju.

Ostatnie informacje płynące z ul. Miodowej mówią jednak o rezygnacji z wprowadzenia owego progu na rzecz indywidualnej oceny zasadności funkcjonowania oddziałów. Zajmować się tym będzie specjalny zespół, w którego skład wchodzić mają m.in.: wojewoda, przedstawiciel organu założycielskiego i konsultant wojewódzki ds. ginekologii. Z jednej strony, takie rozwiązanie daje szansę na utrzymanie oddziałów w miejscach, gdzie ich zamknięcie byłoby równoznaczne z koniecznością odbywania

przez pacjentki długiej i potencjalnie niebezpiecznej podróży. Z drugiej strony, brak konkretnych systemowych zmian może prowadzić do utrzymywania oddziałów z powodów politycznych, a nie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

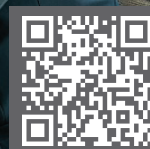
KONIECZNE WIELOWYMIAROWE DZIAŁANIA

Rozwiązanie problemu wymaga podejścia wieloaspektowego. Kluczowe są zarówno inwestycje podnoszące jakość i dostępność usług położniczych, jak i lepsze rozmieszczenie oddziałów w kraju. Jednak działania na poziomie ochrony zdrowia to tylko część szerszej układanki. Aby zahamować kryzys demograficzny, konieczne są zmiany w szeroko pojętej polityce pro rodzinnej. Dostępność żłobków i mieszkań, stabilność zatrudnienia to tylko niektóre obszary wymagające pilnej uwagi. Samo przekazywanie środków pieniężnych to za mało, standardowy program 500+ (obecnie 800+) nie przyniósł spodziewanego efektu. Roczna kwota świadczenia wystarcza obecnie na zakup zaledwie 0,5 mkw. mieszkania w Warszawie.

LEKARSKA ISKIERKA OPTYMIZMU

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie od kilku lat realizuje program becikowego dla lekarzy-rodziców. W ostatnich trzech latach notowaliśmy spadek wypłacanych świadczeń (w 2021 r. – 613, 2022 – 607, 2023 – 589). W 2024 r., do końca października, rozpatrzone już 557 wniosków. Daje to nadzieję, że finalnie, w ujęciu rocznym uda się odwrócić spadkowy trend. Oby w 2025 r. ten kierunek się utrzymał! Przynajmniej w naszym lekarskim środowisku. ●

Wykształcimy lekarzy przyszłości



ANKIETA
POTRZEB
SZKOLENIOWYCH

*ZALEŻY NAM NA ZBUDOWANIU MARKI O BARDZO DUŻEJ RZETELNOŚCI I WYSOKIEJ JAKOŚCI, WE WSPÓŁPRACY Z UZNANYMI PARTNERAMI ZEWNĘTRZNYMI – TAK O CELACH POWOŁANEJ PRZY OIL W WARSZAWIE RADY NAUKOWEJ OKRĘGOWEGO OŚRODKA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO MÓWI PREZES ORL W WARSZAWIE **ARTUR DROBNIAK**. WICEPREZES **DARIUSZ PALUSZEK** DODAJE: – IZBA JEST GWARANTEM NAJWYŻSZEGO POZIOMU SZKOLEŃ.*

rozmawia **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

Jakie są zadania Rady Naukowej ODZ przy OIL w Warszawie?

A. Drobniak: To przede wszystkim merytoryczne wsparcie dyrektora i pracowników administracyjnych ODZ w wyznaczaniu strategii rozwoju ośrodka. W kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów jest wiele luk, a my wiemy, jak je wypełnić. Lekarz przyszłości będzie nie tylko wykonywać procedury medyczne, ale zarządzać całym zespołem terapeutycznym. Dlatego bardzo ważne, oprócz wiedzy, są umiejętności dobrej komunikacji i kierowania zespołem oraz znajomość prawa.

Rada Naukowa ODZ wyjdzie naprzeciw tym potrzebom?

A. Drobniak: Wierzę, że tak będzie. To organ, który ma ustalić, jakie szkolenia prowadzić i w jakiej formie oraz jakich wykładowców zatrudnić. Strategię kształcenia ma wyznaczać Rada Naukowa, w skład której wchodzi lekarze specjaliści w różnych dziedzinach, a dyrektor i pracownicy ODZ będą szkolenia organizować.

D. Paluszek: Rada Naukowa ODZ to think tank, który ma wskazać kierunek działania ODZ i reagować na potrzeby środowiska lekarskiego.

Podczas Kick off Meeting lekarze stażyci wypełnili ankietę potrzeb szkoleniowych, przygotowaną przez ODZ z Ośrodkiem Strategii i Analiz OIL w Warszawie. Jakie potrzeby wskazywali najczęściej?

A. Drobniak: Od kiedy zostałem prezesem ORL w Warszawie, zapowiadałem, że będziemy starali się reagować na potrzeby naszego środowiska, po starannym ich zbadaniu. Z odpowiedzi we wspomnianej ankiecie wyłania się duże zapotrzebowanie na szkolenia prawne. Będą prowadzone m.in. przez zespół pomocy prawnej dla lekarzy Lex Doctor OIL w Warszawie.

Potrzebne są także szkolenia z zakresu przedsiębiorczości. Młodzi lekarze wiedzą, że czeka ich zakładanie działalności gospodarczej. Pojawia się więc wiele pytań, np. o to, jaką formę opodatkowania wybrać, jak przekształcać swoją działalność. Jest wiele niuansów, które trzeba znać. Planujemy założyć Klub Lekarza Przedsiębiorcy, który m.in. będzie wraz z ODZ realizować szkolenia z prowadzenia działalności gospodarczej.

Czy potrzeby lekarzy dentyistów są podobne?

D. Paluszek: Tak. Dzięki odpowiedziom w ankiecie możemy określić najważniejsze potrzeby szkoleniowe. My, dentyści, byliśmy forpcztą lekarzy prowadzących indywidualną działalność gospodarczą. Potrzebne są kursy, na których uczestnicy dowiedzą się, jak uzyskać kredyt, jakie są ulgi podatkowe, jakie obowiązki wynikają z zatrudniania pracowników itd.

Szkolenia dla lekarzy dentyistów prowadzone są przez OIL w Warszawie już od wielu lat. Mamy cykliczne konferencje i szkolenia, które organizujemy z towarzystwami naukowymi. W ramach „nowego” ODZ zorganizujemy bardzo wiele kursów, które będą spełniać zapotrzebowanie szkoleniowe lekarzy dentyistów.

Myślimy np. o rozpoczęciu cyklu „Innowacje w stomatologii”. Zamierzamy informować lekarzy o sprawdzonych już technologiach, opartych na *evidence-based medicine*, ale też o innowacjach i firmach, które wchodzi z całkowicie nowymi produktami. Rolą izby nie jest ich reklamowanie, lecz przekazywanie lekarzom dentyistom rzetelnych informacji.

Lekarze stażyści wykazywali też zainteresowanie szkoleniami z tzw. kompetencji miękkich.

A. Drobnik: Lekarz powinien umieć przekazać pacjentowi podstawowe informacje dotyczące wprowadzanej terapii. Chcemy, żeby lekarze lepiej komunikowali się z chorymi i rozumieli, dlaczego ma to znaczenie dla powodzenia ich pracy. Drugim aspektem w za-

kresie komunikacji jest umiejętność postępowania z trudnym pacjentem. Nie możemy się obrażać na chorych. Musimy nauczyć się technik radzenia sobie z trudnymi pacjentami, nie łażmywać się porażkami, nie poddawać przy pierwszym oporze ze strony chorego lub jego rodziny. Powinniśmy również wiedzieć, jak walczyć z fake newsami, które przedstawiają pacjenci w gabinecie. Większość lekarzy nie potrafi też przekazywać trudnych informacji. To dotyczy przede wszystkim poważnie i śmiertelnie chorych pacjentów.

D. Paluszek: Lekarze dentyści także muszą umieć przekazywać trudne informacje. Innym problemem jest leczenie dzieci. To bardzo specyficzni pacjenci, a z nimi też musimy umieć rozmawiać. Potrzebujemy wiedzy z zakresu kompetencji miękkich.

Szkolenia będą organizowane m.in. we współpracy z konsultantami wojewódzkimi i uznanymi ośrodkami akademickimi.

A. Drobnik: Mamy bardzo silnych partnerów, dzięki czemu możemy zagwarantować wysoką jakość szkoleń. Są nimi konsultanci wojewódzcy. Współpracujemy też z bardzo dobrymi jednostkami kształcącymi. Nie chodzi przecież o wyważanie drzwi, tylko o korzystanie z najlepszych zasobów, którymi dysponują nasi partnerzy.

W ramach szkolenia zawodowego korzystamy z wiedzy wykładowców Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Naszym partnerem jest też Szkoła Główna Handlowa. Przygotowaliśmy już cykl szkoleń z zarządzania. Chcemy skorzystać z rozwiązań stosowanych w ramach studiów MBA SGH-WUM, oczywiście w skali dobranej do odbiorców. W planach jest współpraca z Uniwersytetem Warszawskim.

D. Paluszek: Ważna jest także współpraca z towarzystwami naukowymi. Przedstawiciele dentyistów podpisali już porozumienia z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej i Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej. Współpracujemy też z towarzystwami chirurgicznymi.

A. Drobnik: Widzimy również potrzebę kształcenia interdyscyplinarnego, np. w zakresie opieki nad pacjentami geriatrycznymi czy chorymi z otyłością. Planujemy szkolenia z prowadzenia badań naukowych i klinicznych, pisanie prac naukowych. Będziemy powtarzać szkolenia, które cieszą się dużą popularnością, m.in. dotyczące szczepień ochronnych.

Szkolenia będą organizowane tylko w Warszawie?

A. Drobnik: Chcemy, żeby odbywały się wszędzie. Część będzie prowadzona zarówno na miejscu, jak i online. W drugiej połowie 2025 r. zamierzamy wprowadzić szkolenia *on demand*, czyli na żądanie. Jeśli lekarze spoza Warszawy wyrażą zainteresowanie np. szkoleniem z zarządzania zasobami ludzkimi, będą mogli złożyć wnioski o zorganizowanie szkolenia w ich miejscu pracy, a my je sfinansujemy. Zapłacimy wykładowcy za dojazd do danej miejscowości i przeprowadzenie szkolenia, a lekarze uzyskają certyfikaty i punkty edukacyjne. Szkolenia zostaną sfinansowane ze składki w ramach realizacji w 2025 r. jednego z kluczowych dla mnie projektów – budżetu partycypacyjnego.

D. Paluszek: Mamy już wyraźny sygnał z województwa dotyczący zapotrzebowania na szkolenia z pierwszej pomocy. ODZ planuje zakup lub wypożyczenie fantomów, na których będziemy szkolić, więc lekarze nie będą musieli przyjeżdżać do Warszawy, tylko my pojedziemy do nich.

A. Drobnik: Żeby zorganizować kursy, te *on demand* i te klasyczne, konieczne są trzy elementy: trzeba uświadomić sobie potrzebę, znaleźć odpowiednie narzędzia do przeprowadzenia szkolenia oraz grupę zainteresowanych odbiorców. Naszą rolą jest sprawić, żeby coraz więcej lekarzy chciało kształcić się w izbie, a nie tylko w podmiotach komercyjnych. Oferta szkoleń jest tak duża, że lekarzowi często trudno zweryfikować ich jakość. Dążymy do tego, żeby każde szkolenie organizowane przez ODZ przy izbie miało najwyższą jakość. ●



Misja: pomaganie

POMAGANIE WYDAJE SIĘ PROSTE – WSPIERASZ I DAJESZ INNYM TO, CZEGO POTRZEBUJĄ. CHYBA ŻE Z POMAGANIA ROBI SIĘ OGROMNA MACHINA, TAK JAK W PRZYPADKU WIELKIEJ ORKIESTRY ŚWIĄTECZNEJ POMOCY. WÓWCZAS POTRZEBNA JEST WSPÓŁPRACA. Z LEKARZAMI, SZPITALAMI UKŁADA SIĘ ŚWIETNIE – DZWONIĄ, KONSULTUJĄ, PODPOWIADAJĄ. NIE MOŻNA TEGO POWIEDZIEĆ O MINISTERSTWIE ZDROWIA. ONO ZWYKLE MILCZY, NIEZAINTERESOWANE. O KULISY POMAGANIA PYTAM **JURKA OWSIAKA**, PREZESA ZARZĄDU FUNDACJI WOŚP.

rozmawia **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Lekarze i WOŚP mają wspólny cel: pomagać w odzyskaniu zdrowia. Orkiestra współpracuje z wieloma lekarzami. Na czym polega ta współpraca?

Przed wszystkim na słuchaniu tego, jakie mają potrzeby. Dzięki temu jesteśmy w stanie wyłonić cel kolejnego Finału WOŚP. Zanim jednak zdecydujemy, dla kogo będziemy grali, najpierw spotyka się Zarząd WOŚP, do którego należy dwóch lekarzy, współzałożycieli Fundacji – prof. Bohdan Maruszewski i prof. Piotr Burczyński – a także ja i moja żona Lidia Niedźwiedzka-Owsiak, która kieruje

naszym działem medycznym. Dyskutujemy o tym, jak pracują urządzenia kupione przez Fundację WOŚP, czy są w pełni wykorzystane, czy istnieją jakieś dodatkowe potrzeby. Następnie rozmawiamy z lekarzami, których zawsze zachęcamy do aktywności, prosimy, żeby przekazywali nam swoje sugestie, zwracali uwagę na braki i dziedziny, którymi należy się zająć.

I lekarze dzwonią, rozmawiają?

Dzwonią i to często. Czasem pytają o sprzęt, którego na razie nie mamy w planach zakupowych. Ale to nie znaczy, że te prośby przepadają. Gromadzimy

je wszystkie w swojej bazie, bo zdarza się, że po roku czy kilku latach celem Finału WOŚP lub naszego konkretnego programu staje się właśnie kupno takiego sprzętu. Wtedy odzywamy się do szpitali, które o niego wnioskowały, dopytujemy się, ustalamy i kupujemy.

Współpraca z lekarzami jest naprawdę niezbędna. Właśnie dzięki niej ponad 30 lat temu dowiedzieliśmy się od wybitnej neonatolożki, niezjącej już prof. Elżbiety Gajewskiej, że wcześniaki i noworodki można ratować, używając nieinwazyjnego urządzenia do wspomagania oddechu Infant Flow. To pani profesor namówiła nas, by takie urządze-

nia wprowadzić do wszystkich szpitali noworodkowych i oddziałów intensywnej terapii. Najpierw pojawiły się w szpitalach o III stopniu referencyjności, w tej chwili są już nawet w szpitalach o I stopniu.

Właśnie lekarze zwrócili nam uwagę na problem kobiet ciężarnych z cukrzycą, które dzięki zakupowi przez Fundację WOŚP pomp insuliny mogą bezpiecznie donosić ciężę i urodzić zdrowe dziecko. Lekarze podnosili też niezwykle istotny temat otyłości wśród dzieci, co zaowocowało np. kupnem urządzeń do nowoczesnego ośrodka rehabilitacji w wodzie. Dzieci otyłe w takiej słonej wodzie chodzą, jeżdżą na rowerach, wykonują masę ćwiczeń, by pozbyć się nadmiaru kilogramów.

Wracając do aktualnego Finału WOŚP: dzięki rozmowom z lekarzami, m.in. z prof. Wojciechem Młynarskim, usłyszeliśmy o tym, że dziecięca onkologia ponownie wymaga wsparcia. Na ten cel zbieraliśmy pieniądze już wielokrotnie, ale ostatni raz 10 lat temu. A dla medycyny 10 lat to jak lata świetlne, kawał czasu, w którym powstają nowe metody leczenia i nowe urządzenia wspomagające terapię. Dlatego celem 33. Finału została onkologia i hematologia dziecięca. Jeszcze trzy miesiące temu mieliśmy w planach inny cel, ale po rozmowach z lekarzami postanowiliśmy go zmienić.

Zdradzisz, jaki to był cel?

Nie, ale powiem, że go nie odpuścimy. Wierzmy, że uda nam się go zrealizować w formie podobnej do naszych programów medycznych. Chcemy zrobić to pilotażowo, jeśli się uda, porościmy dalej temat. Na razie tyle mogę ujawnić.

Śluchacie głosów lekarzy, ale nie tylko lekarze do was dzwonią.

Tak, wsłuchujemy się także w głosy pacjentów. Przykładem są fotele i leżanki, które Fundacja WOŚP kupiła do szpitali, by rodzice chorych dzieci nie musieli spać na podłodze lub krześle. Do tej pory kupiliśmy ich ponad 5 tys., teraz kupujemy kolejne. Rozwiązały problem nierozwiązywalny przez dziesięciolecia.

A o problemie braku miejsca dla rodzica w szpitalu dowiedzieliśmy się z social mediów. Jedna z mam na Facebooku napisała, że nie ma gdzie odpocząć w szpitalu, a przecież chce być przy swoim chorym dziecku, nie chce go w tej chorobie opuszczać. Pierwsze leżanki były kupowane za granicą, obecnie mamy już polską firmę, która je produkuje. Są niezwykle przytulne, przypominają domowy fotel. To ważne, bo komfort, jaki dają, pozwala lepiej wypocząć, a obecność rodzica ułatwia dziecku powrót do zdrowia.

Zakup leżanek wydaje się dość prosty w porównaniu z nabyciem specjalistycznego sprzętu. Jak szacujecie potrzeby szpitali i na jakiej podstawie dokonujecie tak poważnych zakupów?

Najpierw diagnozujemy, jakie szpitale będą potrzebowały pomocy w ramach Finału WOŚP. Następnie piszemy do nich z pytaniem, jakie mają zapotrzebowanie w tym zakresie. Zwykle otrzymujemy odpowiedź w formie długiej listy, na której znajduje się dosłownie wszystko: karetki, biurko, aparatura, komputery... Wszystkie listy analizują nasi eksperci, którzy sprawdzają, jakie potrzeby powtarzają się najczęściej. Wówczas wiemy, jakiego sprzętu najbardziej brakuje. I taki kupujemy, przy czym nie robimy zakupów drobnych, w stylu instrumentarium. Kupujemy wyłącznie nowoczesny, bardzo specjalistyczny i bardzo drogi sprzęt, ale zawsze pytamy szpitale, czy będzie dla nich odpowiedni. Staramy się także wybierać urządzenia dostosowane do tych, które już w danym szpitalu funkcjonują, by były kompatybilne i jak najlepiej spełniały swoją rolę.

Jak przebiega wybór konkretnego sprzętu? Co decyduje o tym, że kupujecie aparat firmy X, a nie Y?

W Polsce zamówienia publiczne mogą być korupcyjnym. Są mocno niedoskonałe, bo firmy zgłaszające się do przetargu wypełniają ankietę, która zawiera bardzo ważne pytanie o cenę, a cena ma najwięcej punktów. Wiele firm, by tylko wygrać, podaje cenę tak niską, że aż absurdalną. A przecież np. wybudowa-

nie autostrady za symboliczne 5 zł jest po prostu niemożliwe. Jak kupujesz coś bardzo tanio, kupujesz dwa razy. W związku z tym my robimy Konkurs Ofert. Jego regulamin stworzyliśmy sami, w oparciu o nasze doświadczenia. Jeśli chcemy kupić np. rentgen, specjaliści przygotowują nam dokładną specyfikację. Następnie zgłaszają się do nas firmy, z którymi spotykamy się w jednej sali. Na takim spotkaniu jest zwykle około 30 osób: eksperci w dziedzinie, której zakup sprzętu dotyczy, ludzie z Fundacji WOŚP, notariusz, który wszystko spisuje. Jest także kamera, która wszystko nagrywa. Producenci podczas takiego spotkania przedstawiają swoje urządzenia, nasi eksperci, którzy są praktykami, pytają o najdrobniejsze szczegóły. Przedsiębiorcy oczywiście podają też cenę, ale nie jest ona najważniejsza. Po zapoznaniu się z ofertami dyskutujemy, który sprzęt wybrać. I jeśli eksperci wskażą urządzenie najdroższe, bo uważają, że jest bezkonkurencyjnie najlepsze, nie ma powodu, by takiego urządzenia nie kupić. Oczywiście, negocjujemy jeszcze ceny i zwykle firmy idą na ustępstwa. Zawsze też kupujemy sprzęt z minimum trzyletnią gwarancją, a producent musi dołożyć do urządzenia materiały zużywalne na trzy miesiące lub pół roku, za które już nie płacimy. Tak skonstruowany Konkurs Ofert jest transparentny, czego dowodem są gratulacje dla wygranej firmy od tych, które przegrały. Kupiony w ten sposób sprzęt przekazujemy konkretnemu szpitalowi, a dyrektor placówki podpisuje zgodę na przyjęcie urządzeń, bo to on bierze odpowiedzialność za ich używanie.

Ile szpitali otrzymało już sprzęt kupiony przez Fundację WOŚP?

Okolo 650. Na pewno wszystkie, które leczą dzieci, ale nie tylko. Celem ostatnich zbiórek było wsparcie walki z sepsą i leczenia płuc po pandemii, graliśmy więc dla wszystkich – i dużych, i małych. Pięć Finałów WOŚP miało także za cel wspierać m.in. geriatrię. Łatwiej chyba powiedzieć, ile szpitali takiego sprzętu nie ma. Pewnie nie ma naszego sprzętu w szpitalach wysoko-specjalistycznych dla dorosłych, np. w Aninie. ▶▶

- **Działacie ponad 30 lat, niemal każda zbiórka kończy się pobiciem rekordu z roku poprzedniego, a końca potrzeb nie widać. Z czego to twoim zdaniem wynika? Czy z tego, że medycyna stale się rozwija i potrzebne są coraz nowocześniejsze urządzenia? Czy może Ministerstwo Zdrowia korzysta na tym, że może liczyć na was?**

W pewnym sensie rzeczywiście tak jest, że liczy się na WOŚP. Ale musimy pamiętać, że MZ czy NFZ mają zdecydowanie więcej zadań. Muszą zadbać i o personel, i o odpowiednie ścieżki leczenia, i latać dziury w finansach, bo np. procedury zostały źle wycentowane. Fundacja nie musi się rozdrabniać na wiele zadań, ma komfort wyboru celu i może się skupić na konkretnym działaniu.

A jeśli chodzi o Ministerstwo Zdrowia, ktoś powinien wreszcie mieć odwagę, by powiedzieć wprost: – *Jeśli chcemy być spokojni o zdrowie Polaków, to w budżecie powinno się znaleźć tyle i tyle bilionów złotych.* Tylko że w polityce to tak nie działa, politycy „wachlują” pieniędzmi w zależności od sytuacji społecznej. Głośno mówią o funduszach przyznanych na jakiś cel, a przemilczają sytuacje, w których pieniądze są zabierane. Postępują tak, niezależnie od tego, jaką część sceny politycznej reprezentują. Dlatego nie byłbym w stanie powiedzieć, który minister był/jest lepszy lub gorszy. Z prawie żadnym nie mamy kontaktu. Interesował się nami prof. Ryszard Jacek Żochowski, który był ministrem jeszcze w zeszłym wieku.

Po jednym z Finałów WOŚP korespondowaliśmy ze sobą – on ze szpitala, bo był już bardzo chory. Obiecał, że skoro kupimy rentgeny jezdne, ministerstwo kupi stacjonarne. Słowa dotrzymał. Drugim ministrem, który nam pomógł – w kontekście przesiewowych badań słuchu noworodków – był Marek Balicki. Wiedzieliśmy, że badania są potrzebne, chcieliśmy je robić, ale obawialiśmy się, że jeśli nie będą obligatoryjne, nie przyniosą pożądanego efektu. Wówczas Marek Balicki przesiewowe badanie słuchu wpisał na listę badań obowiązkowych.

Kolejni ministrowie już się nami nie zajmowali, a przecież gdybyśmy działali razem, w porozumieniu, moglibyśmy dużo więcej zrobić i nasze działania planować. Przykładowo, do niedawna zdiagnozowanie sepsy trwało 72 godz. Kupiliśmy urządzenia, które robią to w 4 godz. 40 min. Z trzech dni oczekiwania na wyniki zrobiło się więc kilka godzin. Tyle że materiały do tych urządzeń są zdecydowanie droższe niż stosowane dotychczas. Gdyby ministerstwo współdziałało z nami, mogłoby zapewnić pieniądze na zakup tych droższych materiałów, zmieniając procedury. Ale nie współdziała i szpitale muszą borykać się same z wyższymi kosztami. Dlatego chcielibyśmy, by ktoś z nami w końcu zaczął rozmawiać. Takie rozmowy mogłyby zaowocować systemowym postępowaniem, choćby w sferze przeciwdziałania otyłości, która jest zmurą polskich dzieci.

Brak rozmów oczywiście nie oznacza, że się poddajemy, bo tam, gdzie jesteśmy w stanie coś sami zdziałać, działa-

my. Takim naszym sukcesem jest program „Ratujemy i uczymy ratować”, który prowadzimy w szkołach. Jego celem jest nauczenie dzieci udzielania pierwszej pomocy. Umiejętności absolutnie obowiązkowej! Jednak przez wiele lat przystąpienie do programu przez szkoły było dobrowolne, czyli zależało od tego, czy znajdują się nauczyciele chętni do poprowadzenia zajęć. WOŚP zapewniała takim nauczycielom szkolenia, zapewniała sprzęt szkołom, ale ktoś musiał te lekcje regularnie prowadzić. Program działa od 2006 r., ale dopiero od tego roku szkolnego, czyli po niemal 20 latach, decyzją ministerstwa zajęcia z udzielania pierwszej pomocy stały się dla uczniów obowiązkowe.

Nie możecie liczyć na ministerstwo, ale możecie na lekarzy. Czy jest coś, co chciałbyś im przekazać?

Może nie do końca lekarzom, bardziej wykładowcom akademii medycznych. Powinni uczyć studentów, jak rozmawiać z pacjentem. Jednym słowem, powinni uczyć empatii.

Lekarze wybierają nie tylko zawód, wybierają życie, wybierają przesłanie. Można powiedzieć, że zdobywając ogromną wiedzę o człowieku, jego ciele i duszy, nabierają boskich umiejętności, bo potrafią ratować zdrowie i życie. A ponieważ mają takie prawo i kompetencje, mają też obowiązek empatii. Ten zawód potrzebuje jej naprawdę dużo. Dzięki empatii lekarz jest nie tylko specjalistą, ale po prostu fantastycznym lekarzem z powołania, który dla pacjenta często staje się niemal bogiem. ●



SPORTOWE NIEDZIELE



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**



1, 8, 15, 22 grudnia 2024 r. | w godz. 15.00–17.00



Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1

Empatia

BARDZO MODNE SŁOWO, TAKŻE W PUBLICYSTYCE, NIE TYLKO PSYCHOLOGICZNEJ. WSKAZUJE NA WIELCE POŻĄDANY STAN CZŁOWIEKA, UMOŻLIWIAJĄCY MU WSPÓŁODCZUWANIE STANÓW INNYCH LUDZI – NA CECHĘ, KTÓRA W INNYCH KONTEKSTACH POJAWIAŁA SIĘ I POJAWIA W WIELU RÓŻNYCH DYSPOZYCJACH MORALNYCH, ETYCZNYCH, RELIGIJNYCH I IDEOLOGICZNYCH.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bortyżel

Postulat miłości bliźniego, tak nam bliski, także zakłada współodczuwanie. Nasze dawne *współczucie* dziś jest semantycznie nieprzejryste, zbliżyło się znaczeniowo do *litości*. Oba te uczucia czy odczucia są postrzegane jako stany chwalebne podmiotowo, ale znacznie mniej pozytywnie postrzegane przedmiotowo. Nawet gdy chętnie *litujemy się* czy *współczujemy*, nie jest nam przyjemnie być obiektem tych uczuć. Przy tym osobliwa jest historia słowa *litość*, które tłumaczy się wyrażeniem *lito mi*, dawniej *luto mi*, co łączyło się ze słowem *luty*, czyli ‘przykry’, która to ‘przykrość’ umożliwiła przesunięcie znaczeniowe. Słowo *luty* oznaczało potem ‘srogi, okrutny’ (stąd nazwa zimno okrutnego miesiąca).

Empatia brzmi terminologicznie. Zdaniem niektórych terminologizacja może zwiększać poczucie adekwatności nazwy. Inni woleliby uznać, że

przyczynia się do poczucia obcości, mniejszej naturalności tego, co czuć powinniśmy, jako że te stany dobrze nazywać w języku odbieranym jako naturalny, bliższy. Może więc lepiej *współczucie* – cóż, kiedy zmieniło znaczenie...

Empatia sytuuje się raczej nie w szeregu takich słów jak *osteopatia*, *dyskopatia* czy *neuropatia* – tylko wśród takich jak *sympatia* lub *antypatia*. Grecki *pathos*, później zlatynizowany, łączył się dawniej z cierpieniem. Nasza *pasja* także zresztą kiedyś do cierpienia się odnosiła, zwłaszcza do cierpienia Jezusa. Potem zaczęła się wiązać z silnymi afektami, odczuciami. W dzisiejszej polszczyźnie, często

przesadnie dla efektu wyolbrzymiającej również nasze odczucia i stany, oznacza już nawet zaledwie ‘hobby’ albo wręcz tylko względnie silne zainteresowanie. Greckie *sympatheia* oznaczało ‘współodczuwanie’, nasza *sympatia* zaś po prostu – ‘pozytywny stosunek do kogoś’. Darzymy nim tych, których lubimy (nawet czasem wręcz tak ich samych nazywamy – „moja”, a nawet mniej gramatycznie „mój” *sympatia*). *Antypatia* zaś jest oczywiście czymś do *sympatii* przeciwnym.

Empatheia to po grecku też ‘współodczuwanie’, przy czym o ile przedrostek *sym-/syn-* oznaczał ‘wspólność’, o tyle *em-/len-* ‘wnikanie, uwewnętrznienie’. Empatię czuć, jak się zdaje, powinniśmy dogłębnie. Ale często to trudne. Dawniej zresztą mieliśmy i inne znaczenie tego słowa, może nawet łatwiejsze do wyobrażenia – *empatia* to było też ‘przypisywanie innym własnych emocjonalnych stanów’. Dziś empatii tak nie pojmujemy.

Piękna rzecz, empatia. Ale być może dostrzeżenie jej nieoczywistości i trudności sprawiło, że w publicystyce psychologicznej można spotkać chętnie zastępowanie jej innym pięknym, przy tym polskim, słowem *uważność*. To niby nie to samo, ale coś bliskiego... ●



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami



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



22 542 83 29



mediator@oilwaw.org.pl



– wróg czy przyjaciel lekarza?

EMPATIA JEST NIEDOCENIANYM CEMENTEM, KTÓRY SPAJA RELACJE MIĘDZY LUDŹMI. CZY BEZ ZROZUMIENIA PERSPEKTYWY INNEGO CZŁOWIEKA MOGLIBYŚMY BUDOWAĆ I PODTRZYMYWAĆ TAK SKOMPLIKOWANE SYSTEMY, JAKIMI SĄ LUDZKIE SPOŁECZNOŚCI? WYDAWAŁOBY SIĘ, ŻE ROLA EMPATII BĘDZIE SZCZEGÓLNIIE OCZYWISTA W MEDYCYNIE, DZIEDZINIE, KTÓRA WRĘCZ WYRASTA Z WRAŹLIWOŚCI NA CIERPIENIE DRUGIEGO I GOTOWOŚCI DO NIESIENIA MU ULGI. A JEDNAK W PRAKTYCE WYWOŁUJE WIELE KONTROWERSJI W KRĘGACH OSÓB ZAWODOWO ZWIĄZANYCH Z OCHRONĄ ZDROWIA.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szofronski

Widać to doskonale na przykładzie skonfundowanych studentów kierunku lekarskiego, którzy słyszą o konieczności okazywania empatii pacjentom (ba, uczą się, jak to robić, na zajęciach z psychologii i komunikacji medycznej!), by następnie podczas zajęć klinicznych przyjmować ostrzeżenia od starszych kolegów przed zbyt-
nim zaangażowaniem. Skąd to zamieszanie?

Powodem jest przede wszystkim wieloznaczność słowa „empatia”. W codziennym rozumieniu oznacza często coś, co lapidarnie można ująć jako „czuję to, co ty”. Czy jednak chcemy lekarzy płaczących i cierpiących razem z pacjentami? Oczekujemy raczej rzeczowego zainteresowania naszym przypadkiem. Rzeczowego i życzliwego, bo choroba jest trudnym momentem. Pragniemy, by lekarz, jak dobry przewodnik, podał nam mapę i poprowadził ścieżką zdrowienia, radząc na rozstajnych drogach decyzji terapeutycznych i dodając otuchy, gdy przechodzić będziemy nad przepaściami uciążliwych terapii.

Do tego również potrzebna jest empatia, ale w innym nieco odcieniu znaczeniowym. Empatia, która polega na zrozumieniu dylematów i emocji pacjenta, połączona z gotowością wsparcia posiadaną wiedzą i umiejętnościami. Takie rozumienie empatii doczekało się nawet odrębnego nazewnictwa, by odróżnić ją zdecydowanie od współczucia lub zbyt dosłownego wczuwania się w drugiego. Często podczas szkoleń dla lekarzy z szeroko rozumianych umiejętności miękkich używa się więc pojęcia empatii klinicznej, w innych ujęciach wyodrębnia się empatię poznawczą, przeciwstawianą afektywnej, opartej na emocjach. Empatia jest od kilku już dekad polem filozoficznych dociekań i badań z zakresu psychologii, socjologii, a także neuronauk (np. Hirsch 2007; Decety i Fotopoulou 2015; Krebs L. et al. 2019; de Tommaso 2023). Ich autorzy próbują wykazać, że poznawcza forma empatii angażuje inne struktury mózgu niż współcierpienie. Ma to pozwalać lekarzowi wspierać pacjenta z zachowaniem niezbędnego dystansu emocjonalnego, który chroni przed wypaleniem zawodowym.

Co więcej, empatia poznawcza przedstawiana jest często jako narzędzie, które skuteczniej niż same emocje pomaga przekraczać bariery i odrzucać negatywne wzorce kulturowe, np. związane z rasizmem. Krytycy podejścia oddzielającego rozum od emocji podkreślają jego specyficznie współczesny kontekst, jakim jest dehumanizacja opieki medycznej w państwach wysoko rozwiniętych. Zwracają też uwagę, że nawet w badaniach szukających korelatów neuronalnych różnych typów empatii widać *de facto* ich związki (np. Decety i Jackson 2004; Guidi C., Traversa C. 2021). Postulują, by uznać wielowymiarowość empatii, a w przygotowaniu do zawodu lekarza uwzględniać wagę jej aspektów poznawczych i społecznych.

EMPATIA JAKO NARZĘDZIE PRACY LEKARZA

Jakkolwiek byśmy ją nazwali, właściwie rozumiana empatia odgrywa kluczową rolę w pracy lekarza, pomagając mu zrozumieć pacjenta i budować relację opartą na zaufaniu. Chodzi, którzy czują się rozumiani, bardziej ufają lekarzom, co przyczynia się do lepszych wyników leczenia (Howick et al. 2018). Pacjenci w obliczu trudnej diagnozy czują ulgę, widząc, że lekarz autentycznie słucha i stara się pomóc. Choć

odebranie informacji o niekorzystnej diagnozie lub rokowaniu to moment trudny dla każdego, właściwa postawa i zachowanie lekarza ułatwiają udźwignięcie ciężaru sytuacji i przygotowanie się na zmianę, jaką niesie zarówno schorzenie, jak i proces leczenia. Paradoksalnie – to połączenie życzliwego zainteresowania z zachowaniem profesjonalnego dystansu u większości pacjentów wzmacnia poczucie bezpieczeństwa: *Moja sytuacja jest trudna, ale jestem w dobrych rękach kogoś, kto mi dobrze życzy i wie, co może mi pomóc*. Niestety, ta prawidłowość działa także w drugą stronę. Brak zainteresowania, choćby w formie cierpliwego wysłuchania i rozwiania wyrażanych przez pacjenta obaw, utrudnia mu akceptację sytuacji, a w skrajnych przypadkach zniechęca do podjęcia terapii.

Tak rozumiana empatia jest dobra także dla lekarza. Badania wykazały, że zmniejsza obciążenie emocjonalne związane z trudnymi rozmowami z pacjentami i podnosi satysfakcję z pracy. Jednocześnie zwiększa zadowolenie pacjentów z opieki (Riess 2017). Niestety, badania sugerują także, iż poziom empatii u studentów medycyny maleje z czasem (Hojat et al. 2020). Najwyższa pora przestać bać się empatii, a zacząć uczyć, jak robić z niej właściwy użytek. ●

Bibliografia u autorki.

Szanowni i Drodzy Państwo,

odnoszę wrażenie, że od wielu lat nasila się w naszym życiu rodzinnym, towarzyskim, zawodowym, duchowym i religijnym duszność. Tę duszność powoduje niemożność zaczerpnięcia tchnienia dającego życie, niemożność rozkoszowania się przestrzenią wolności ducha, umykająca perspektywa pokoju, także pokoju serca.

Każde życie, nawet to ledwie się tłące, ma tę cudowną sposobność odradzania się, kiedy tylko uwierzy w moc tchnienia dającego pełnię życia i otworzy mu swoje serce.

Życzę nam wszystkim, abyśmy – szukając ukojenia dla dusz naszych – właśnie w bożonarodzeniowe wieczory, wtuleni w ciszę serca, odnaleźli to źródło tchnienia, z którego nasze życie wzięło początek i może nieustannie czerpać. Życzę, aby wielu spośród nas znalazło Betlejem z Tym Źródłem Tchnienia Życia – Dzieciątkiem Jezus, które, błogosławiąc nam, wypełnia nas swoim tchnieniem, miłością, pokojem, wolnością, światłem.

W imieniu nowo mianowanego metropolity warszawskiego, arcybiskupa Adriana Galbasa, zapraszam na Spotkanie Opłatkowe Środowiska Medycznego, które odbędzie się 16 stycznia 2025 r., o godz. 18.00, w Sali Konferencyjnej Domu Arcybiskupów Warszawskich przy ul. Miodowej 17/19.

Ks. Władysław Duda,
duszpasterz środowisk medycznych Archidiecezji Warszawskiej

Czy warto być lekarzem dentystą w dzisiejszych czasach?

O PRACY LEKARZA DENTYSTY, BLASKACH I CIENIACH TEGO ZAWODU ORAZ WYZWANIACH, PRZED JAKIMI STOJĄ DZIŚ STOMATOLODZY, Z DR. N. MED. DARIUSZEM PALUSZKIEM, WICEPREZESEM ORL W WARSZAWIE, ROZMAWIA DOROTA LEBIEDZIŃSKA.



Fot. M. Żydecki

Czy praca lekarza dentysty jest naprawdę tak opłacalna, jak się powszechnie uważa?

Zpracą lekarza dentysty wiąże się wiele mitów. Przede wszystkim mam na myśli powszechne przekonanie o wysokich zarobkach i niskim nakładzie pracy. Dużo osób sądzi, że jest łatwo, wygodnie i przyjemnie, że co miesiąc wyjeżdżamy na wakacje, a po mieście przemierzamy się samochodami z najwyższej półki. Prawda niestety wygląda nieco inaczej.

Jakie więc wyzwania napotykają lekarze dentyści?

Po pierwsze, większość z nas prowadzi własne gabinety. Zostaliśmy wypchnięci z publicznego systemu opieki zdro-

wotnej do sektora prywatnego. Jako mikroprzedsiębiorcy jesteśmy nie tylko lekarzami, ale również pracodawcami, zaopatrzeniowcami, specjalistami od podatków i przepisów prawnych dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej. Przestrzegamy RODO i różnych innych standardów, dbamy o przeglądy urządzeń i wywóz odpadów. Podsumowując, wszystkie aspekty prowadzenia gabinetu spadają na nasze barki, czyli zajmujemy się nie tylko leczeniem, ale też kosztami, wydatkami, podwyżkami, podatkami.

Po drugie, istnieje ogromna konkurencja, bywa, że nieuczciwa. Wynika to z niekontrolowanej przez nikogo liczby otwieranych gabinetów. Ich właścicielami nie zawsze są lekarze, którzy mają prawo wykonywania zawodu wydane

przez izbę lekarską. Powstają również gabinety, w których kapitał założycielski nie pochodzi z Polski, tylko z nieznanymi i niekontrolowanymi źródłami. Takie gabinety nie są rejestrowane w izbie, lecz w Urzędzie Marszałkowskim, więc izby nie mają nad nimi żadnego nadzoru. Stanowią konkurencję ze względu na nieograniczone możliwości finansowe i stosowanie cen dumpingowych.

Kto pracuje w tych gabinetach?

Często pracują w nich obcokrajowcy, którzy otrzymują niższe stawki. Rentowność takich gabinetów bywa zerowa lub ujemna, ale ich celem jest zdobycie jak największego udziału w rynku, często drogą eliminacji konkurencji.

Jak więc odwrócić ów trend? Czy istnieje rozwiązanie, które pomogłoby uregulować rynek stomatologiczny w Polsce?

W krajach zachodnich, takich jak Niemcy czy Francja, funkcjonują systemy rozmieszczania w terenie (czyli mapowania) gabinetów stomatologicznych. Dzięki temu skuteczniej kontroluje się rynek i zapewnia stabilność pracy lekarzy dentyistów. W Polsce brakuje takiego rozwiązania, co prowadzi do powstawania gabinetów praktycznie wszędzie, bez kontroli.

Od dawna lobbuje za takim rozwiązaniem, niestety bez efektów. A mapowanie naprawdę przyczyniłoby się do odpowiedniego rozmieszczania gabinetów stomatologicznych w naszym kraju.

Czy problem niekontrolowanej konkurencji dotyka wyłącznie stomatologów?

Praca lekarza dentyisty różni się od pracy np. lekarza ogólnego. Lekarzy ogólnych ciągle brakuje, szpitale zatrudniają każdego medyka, który będzie chciał pracować. Z lekarzami dentyistami jest trochę inaczej. Jest nas wielu i możemy praktykować wszędzie. Jeśli dodamy do tego gabinety finansowane z zagranicznych źródeł, powstaje problem zbyt dużej liczby placówek w większych miastach, czyli braku pacjentów.

Ten problem zaczyna dotykać także innych specjalistów. Jeśli powstały przychodnie lekarsko-dentystyczne, gdzie obok gabinetu stomatologicznego pracuje także ginekolog, który prowadzi ciężką, udziela porad diabetolog, wykonuje się USG, sytuacja staje się niekomfortowa również dla specjalistów, którzy wcześniej nie dostrzegali problemu. Zawsze forpocztą zmian na rynku medycznym jest stomatologia.

Czy w mniejszych miastach wygląda to inaczej?

Niewielu lekarzy decyduje się na otwarcie praktyki w małych miastach, choć ci, którzy to robią, najczęściej są zadowoleni. Mają tam wielu pacjentów, stabilniejszą ich

Istnieje kwestia nienormowanych godzin pracy, a co się z tym wiąże – zaniedbywania życia rodzinnego, więc prawdziwy obraz profesji nie jest cukierkowy.

bazę, niższe koszty i mniej stresujące środowisko pracy.

Z jakimi jeszcze problemami mierzą się lekarze dentyści na co dzień?

Istnieje kwestia nienormowanych godzin pracy, a co się z tym wiąże – zaniedbywania życia rodzinnego, więc prawdziwy obraz profesji nie jest cukierkowy. Ponadto nasz zawód jest sfeminizowany, a lekarki dentyistki muszą znaleźć czas na obowiązki domowe. Poza tym jesteśmy po prostu ludźmi i tak jak inni mamy swoje kłopoty, a nawet chorujemy. Niedosypiamy, chodzimy zestresowani, dopada nas syndrom wypalenia zawodowego. Te wszystkie elementy wpływają negatywnie na naszą psychikę, dlatego zdarza się, że uciekamy... Jedni uciekają z zawodu, inni w pracę społeczną, sport, jakieś hobby, a jeszcze inni „ratują się” niezdrowymi nawykami.

Nie powiedział pan jeszcze o chorobach, jakie gnębią przedstawicieli pańskiej profesji.

Nieustający stres i przepracowanie może powodować choroby, przede wszystkim kardiologiczne, głównie zawały serca, udary, ale też dolegliwości układu kostno-stawowego. U 40 proc. dentyistów występują schorzenia kończyn górnych, takie jak zespół cieśni nadgarstka, tzw. łokieć tenisisty, łokieć golfisty, zespół bolesnego barku, dyskopatia, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów biodrowych. To są nasze choroby zawodowe, które powoduje praca w wymuszonej, nienaturalnej pozycji. Choć

Jeśli dodamy do tego gabinety finansowane z zagranicznych źródeł, powstaje problem zbyt dużej liczby placówek w większych miastach, czyli braku pacjentów.

większość z nas wie, jak z tym walczyć, i tak wcześniej czy później schorzenia i zwyrodnienia dotkną każdego dentyistę.

Jednak chętnych do zawodu nie brakuje. Czy młode pokolenie lekarzy dentyistów postrzega swoją pracę inaczej?

Tak, zauważam przemodelowanie wzorców. Młodzi ludzie chcą pracować mniej, ale za większe pieniądze i w lepszych warunkach. Czy będzie to możliwe w sytuacji, gdy stomatologia oparta jest na świadczeniach prywatnych? Może się okazać, że praca w systemie, gdy mamy czas na basen, siłownię, rower i inne formy odskoczni, nie przynosi dochodów wystarczających na utrzymanie rodziny. I pojawia się następny stres. Bardzo trudno osiągnąć równowagę między oczekiwaniami a rzeczywistymi warunkami. Początkujący lekarze z wielkim zapałem i optymizmem idą w zawód. Widzę to na co dzień. Spotykam się z nimi, bo w OIL w Warszawie utworzyliśmy Zespół Młodego Lekarza Dentyisty przy Komisji Młodych Lekarzy. Mam nadzieję, że pogoń za pieniędzem i tzw. syndrom boga nie przesłonią im misji zawodu.

Co doradziłby pan młodym lekarzom dentyistom wchodzącym na rynek?

Dobrze mieć silne wsparcie rodziny i przyjaciół oraz ciągle podnosić swoje kwalifikacje, aby radzić sobie z wyzwaniem tego zawodu. To klucz do sukcesu.

Czy warto więc być lekarzem dentyistą?

Warto, bo to piękny zawód, z misją. Jeśli jednak ktoś wybiera stomatologię tylko dla łatwego zarobku, może się szybko rozczarować. W dzisiejszych czasach wymaga on ogromnego wysiłku i zmagania z różnymi problemami. Życzę więc lekarzom dentyistom w nadchodzącym roku jak najmniej problemów i jak najwięcej sukcesów oraz czasu dla rodziny. ●

Deficyty i priorytety

SZACUJE SIĘ, ŻE W RAMACH UMOWY Z NFZ PRACUJE OKOŁO 30 PROC. LEKARZY DENTYSTÓW. ZAKOŃCZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO LUB REZYDENTURY JEST DLA WIELU STOMATOLOGÓW MOMENTEM POŻEGNANIA Z PRACĄ W SEKTORZE PUBLICZNYM. W KONTEKŚCIE SPADAJĄCEGO ODSETKA LEKARZY DENTYSTÓW ZE SPECJALIZACJAMI W OGÓLNEJ LICZBIE LEKARZY DENTYSTÓW POJAWIAJĄ SIĘ OBAWY O DOSTĘPNOŚĆ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DLA POLSKICH PACJENTÓW.

tekst ANNA PRAWDZIK



Fot. U. Wołńska-Kulaj

Dane NFZ pokazują, że w I kwartale 2024 liczba świadczeniodawców, którzy mają umowę o leczenie stomatologiczne, wyniosła nieco ponad 5,2 tys. Nastąpił zatem spadek liczby takich umów w stosunku do odnotowanej w roku ubiegłym. Nawet kilkuprocentowe zmniejszenie liczby gabinetów świadczących usługi stomatologiczne w ramach umowy z NFZ oznacza, że mieszkańcy coraz większej części Polski nie będą mogli korzystać z takich usług.

Trwają jednak konsultacje publiczne projektu przepisów mających na celu istotne rozszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Wśród świadczeń objętych zmianami znajduje się m.in. leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Choroby próchnicowe u dzieci, niski stopień stosowania profilaktyki oraz konieczność

leczenia powikłań próchnicy w młodym wieku stanowią poważny problem i są szeroko dyskutowane. Wiele czynników, np. alergia na środki znieczulenia miejscowego, ograniczona współpraca dziecka w czasie zabiegu, choroby ogólne, niepełnosprawność, zaburzenia ruchowe i psychiczne, mogą stanowić wskazanie do podjęcia leczenia w znieczuleniu ogólnym.

W przebiegu prac nad projektem zmian zauważyć można, że konsultanci, patrząc z różnych punktów widzenia, kładą nacisk na wzrost realnej dostępności tego rodzaju leczenia. Propozycje zmian w projekcie nowego koszyka świadczeń dotyczą m.in. rozszerzenia listy specjalizacji, jaką według rozporządzenia powinien posiadać lekarz dentysta wykonujący taki zabieg oraz lekarz kierujący na leczenie.

Owe postulaty wynikają w dużej mierze z ograniczonej liczby stomatologów dziecięcych w Polsce. Dane z roku bieżącego dowodzą, że lekarzy dentystów ze specjalizacją ze stomatologii dziecięcej czynnie wykonujących zawód jest około 900. Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej szacuje, że zaledwie 15 proc. pięcioletków leczonych jest przez pedodontę. Stomatologia dziecięca znajduje się aktualnie na liście dziedzin priorytetowych, mimo to liczba miejsc specjalizacyjnych przypadających na

100 tys. mieszkańców wynosi w wielu województwach w kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych poniżej 0,5, a w niektórych przypadkach – 0.

Wprowadzenie zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych planowane było na maj 2024 r., obecnie deklarowane terminy sięgają stycznia 2026. Czy czas rozwiąże problemy ograniczonego przygotowania systemu do realizacji świadczeń ujętych w rozporządzeniu? Konsekwencje złego stanu zdrowia jamy ustnej pacjentów wydają się być zauważane – koszyk świadczeń zostanie rozszerzony o długo oczekiwane procedury. O możliwości realizacji świadczeń, m.in. leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym w ramach NFZ, decyduje jednak nie tylko treść rozporządzenia, lecz także poziom finansowania opieki zdrowotnej, zaplecze infrastrukturalno-sprzętowe oraz bardzo istotny czynnik w postaci liczby specjalistów.

Nie można oczekiwać rozwiązania ogromnego problemu próchnicy u dzieci i młodzieży w Polsce, jeżeli w niektórych rejonach kraju nie ma lekarzy pedodontów albo są, ale pracują wyłącznie w sektorze prywatnym. Skupienie dyskusji dotyczącej nowego koszyka świadczeń refundowanych wokół niedoboru specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii świadczy o zauważeniu istotnego problemu. Odrębne i nie mniej istotne w tym kontekście jest zjawisko spadku odsetka specjalistów w stomatologii. Stomatologia dziecięca, podobnie jak anestezjologia i intensywna terapia, znajduje się na liście specjalizacji priorytetowych. Spadek odsetka specjalistów w stomatologii to jednak zjawisko znacznie szersze, które wymaga kompleksowego rozwiązania. ●

H HONDA
Wyszomirski

Nowy
HR-V
e:HEV

Hybryda, z którą
osiągniesz więcej

już od
120 900 zł



Honda Wyszomirski
Warszawa, ul. Puławska 595
Tel. 22 487 97 00
SALON i SERWIS

Honda Wyszomirski
Siedlce, ul. Terespolska 7
Tel. 25 633 33 55
SERWIS

Honda **e:TECHNOLOGY**

www.wyszomirski-honda.pl

Przedstawiony model to Honda HR-V 1.5 i-MMD Hybrid Advance Style Plus w kolorze Premium Sunlight White – Dane dot. zużycia paliwa i emisji dla HR-V: (WLTP) Zasięg 4,1–7,1 (l/100 km), CO2 94–162 (g/km). Wg szacunkowych wyników testów regulowanych przez UE. Rzeczywiste zużycie paliwa i poziom emisji mogą być różne. Oferta obowiązuje od 1.10.2024 r. do odwołania lub do wyczerpania zapasów i dotyczy tylko nowo złożonych zamówień na samochody z 2024 r. produkcji. Przy zakupie ceny mogą ulec zmianie. W celu uzyskania szczegółów oferty prosimy o kontakt bezpośrednio z salonem.

Rok 2024 w ochronie zdrowia

CO ZAPAMIĘTAMY Z MIJAJĄCEGO ROKU W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA? DAJĄCY SIĘ ODCZUĆ KRYZYS FINANSÓW NFZ, ZAGRAŻAJĄCY DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ? ZAPOWIEDZI ZMIAN W USTAWIE O WYNAGRODZENIACH MINIMALNYCH I ATAKI POLITYKÓW DOTYCZĄCE ZAROBKÓW LEKARZY? CZĘŚCIOWE ZWYCIĘSTWO ROZSĄDKU W SPRAWIE KSZTAŁCENIA NA KIERUNKACH LEKARSKICH? JEDNO JEST PEWNE: 2024 R. NIE BYŁ ŁATWY, KOLEJNY TEŻ NIE BĘDZIE.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bortyzeł

Oczekiwania były ogromne. Wiązały się przede wszystkim – jak się wydaje – z przekonaniem, że nowy rząd będzie chciał radykalnie uporządkować kwestię finansowania ochrony zdrowia, poprawiając ustawę 7 proc. PKB na zdrowie przez usunięcie z niej metody n-2, odnoszącej wydatki do PKB sprzed dwóch lat. To, nawet z niewielką korektą (wydłużeniem) mapy drogowej do osiągnięcia założonego pułapu, wpłynęłoby po pierwsze na wzrost, po drugie na przewidywalność finansowania.

Nic takiego się jednak nie stało. Minister zdrowia Izabela Leszczyna wykluczyła już w pierwszych tygodniach swojego urzędowania zmniejszenie odsetka PKB wydawanego na ochronę zdrowia, tłumacząc, że nie przejdzie do historii jako minister zdrowia, który podejmie taką decyzję. Przez cały rok mówiło się (i mówi) o znaczącym wzroście nakładów. Koalicja Obywatelska w ostatnich miesiącach roku chwaliła się wręcz, że „dba o polskich pacjentów”, przeznaczając na ochronę zdrowia ponad 6,5 proc. PKB. Rzeczywiście, w przyszłym roku wydatki w tej dziedzinie mają wynieść 6,52 proc. PKB (z roku 2023), ale to jedynie 0,5 mld zł więcej niż konieczne minimum. Plan, oczywiście, w ciągu roku będzie się zmieniał, tak jak w poprzednich latach. Ale przykład 2024 r. – kiedy również startowaliśmy z absolutnego minimum, wynikającego z ustawy przychodowej – pokazuje, że to przepis może nie na katastrofę, ale na pewno na erozję syste-

mu opieki zdrowotnej. – *Pieniądzy mamy tyle, ile mamy, i więcej nie będzie* – październikowa wypowiedź minister Leszczyny podczas XX Forum Rynku Zdrowia mogłaby być najlepszym motto mijającego roku, ale i prognozą na rok przyszły. Wszystko wskazuje, że pod względem finansowym będzie on przynajmniej tak samo trudny jak 2024.

Wyzwań jednak przybędzie. Ograniczona podaż środków przekłada się na szukanie oszczędności. W listopadzie zaczęły się kryształizować konkrety w zakresie tzw. reformy szpitalnictwa (*de facto* zmian obejmujących przede wszystkim szpitale powiatowe), a także deregulacji systemu. Już od stycznia 2025 ma zniknąć część warunków stawianych przez NFZ szpitalom w kwestii np. obsady dyżurowej. Poluzowanie wymagań kadrowych i organizacyjnych przyczyni się – obiecuje minister zdrowia – do spadku zapotrzebowania na kadry (przede wszystkim, oczywiście, na lekarzy). Dzięki temu powinna się istotnie zmniejszyć presja płacowa, którą coraz dotkliwiej odczuwają szpitale.

Politycy (i duża część ekspertów) oceniają jednak, że te działania nie wystarczą, zwłaszcza że skutki zmian systemowych (zakładających m.in. zmniejszenie liczby oddziałów pracujących w trybie całodobowym), jeśli do nich dojdzie, będą odczuwalne po pewnym czasie. Deregulacja da efekty szybciej, ale w dużo mniejszej skali niż obecny poziom kosztów, ponoszonych przez szpitale, których

nie pokrywają przychody z NFZ. To główny powód rozpoczęcia przymiarek do zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia lub w sposobie jej realizacji, bo i taka koncepcja jest rozważana. Jednak ewolucja stanowiska ministra zdrowia (jeszcze latem zdecydowanie wykluczała decyzje oznaczające „odebranie” pracownikom korzyści, które uzyskali w poprzedniej kadencji) dowodzi, że problem z kosztami pracy jest realny i narastający. Nic w tym zaskakującego, bo ustawa sztywno wiąże poziom średniego wynagrodzenia w gospodarce z metodą n-1, a przychody NFZ rosną według n-2. Lata 2022–2023, z wysokim poziomem inflacji i skokowym wzrostem wynagrodzeń, stanowią zaś ogromne (i wzrastające) obciążenie dla finansów funduszu.

Osobną, ale dla środowiska lekarskiego fundamentalną, kwestią są wynagrodzenia specjalistów. Być może rok 2024 zapisze się w pamięci konkretną liczbą – 299 tys. Na tyle złotych polskich opiekowała najwyższa zidentyfikowana faktura, jaką pewien specjalista wystawił szpitalowi. Przedstawiciele MZ i NFZ posłużyli się nią, trudno oprócz się wrażeniu, że instrumentalnie, jako argumentem za tezą stawianą nie od dziś, że lekarze (przede wszystkim lekarze) są w stanie „przejeść” każde pieniądze, jakie pojawiają się w systemie ochrony zdrowia (pośrednio ma to dowodzić, że nie warto zwiększać nakładów), a niebotyczne stawki, inkasowane na kontraktach, to jedna z głównych przyczyn zapaści finansowej szpitali i (pośrednio) systemu.

Że to *argumentum ad absurdum*, bo jednostkowy przypadek, w dodatku pozbawiony kontekstu (nie wiadomo np., na jakie kwoty opiewały inne faktury tego specjalisty), nic nie mówi o zarobkach lekarzy? Z danych, jakie pozyskała Naczelna Izba Lekarska w trakcie „awantury o fakturę”, wynika, że powyżej 100 tys. zł miesięcznie zarabia w Polsce niewiele ponad 200 specjalistów, między 50 a 100 tys. zł – około 3 tys. Mediana zarobków lekarzy kontraktowych wynosi, według AOTMiT, około 19 tys. zł. To są pojedyncze faktury, a wiadomo, że duża część lekarzy pracuje w więcej niż jednym miejscu. Dyskusja o zarobkach lekarzy jest wielowątkowa i skomplikowana, ale nie może – a na pewno nie powinna – być toczona z pomocą argumentów nieprzystających do rzeczywistości.

Rzeczywistości nie można opisywać w samych ciemnych barwach – to też byłby fałszywy obraz. „Coś” drgnęło na korzyść systemu, lekarzy, pacjentów w kwestiach związanych z refundacją leków. Trudno mówić o rewolucji (zwłaszcza że zmiany nie stały się ciałem; to ciągle zapowiedzi, mniej lub bardziej zmaterializowane w postaci projektów), ale jest szansa, że wkrótce prawo do leków refundowanych stanie się rzeczywiście prawem pacjenta (recepty na leki z list „S” i „Dz” będą mogli wystawiać wszyscy lekarze, również praktykujący prywatnie). Jest też wola – choć tu zdecydowanie dalej do wdrożenia – przynajmniej częściowej automatyzacji refundacji. Powinno to wpłynąć po pierwsze – na uproszczenie pracy lekarzy, po drugie – na przejęcie przez system odpowiedzialności za określanie poziomu refundacji, żeby lekarze nie byli karani, jeśli z powodu pomyłki lub niedopatrzienia określą ten poziom niewłaściwie. Bo kontrole NFZ w tym zakresie pozostają dla nich ciągle dużym problemem. Po częściowo korzystnym rozwiązaniu sprawy refundacji preparatu mlekozastępczego, co nastąpiło dzięki ogromnemu zaangażowaniu samorządu lekarskiego i determinacji pojedynczych lekarzy, kolejnym spornym tematem między świadczeniodawcami, lekarzami i płatnikiem okazały się leki recepturowe.

Nie można nie zauważyć też zmiany nastawienia decydentów do kwestii systemu *no-fault*. Obietnica ministra sprawiedliwości dotycząca przeprowadzenia zmian w kodeksie karnym ciągle pozostaje obietnicą, ale jest duża szansa, że w 2025 r. zmiany nastąpią.

Wreszcie, *last but not least*, zagadnienie kształcenia. Nie ma powodów do ogłaszania pełnego sukcesu, ale fakt, że pięć z dziewięciu kontrolowanych przez PKA w 2024 r. uczelni nie przeszło próby i nie otrzymało zgody na rekrutację nowych studentów na pierwszy rok studiów, daje nadzieję, że trend masowego, niekontrolowanego otwierania kierunków lekarskich został zatrzymany i może być odwrócony. Nawet przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, choć nie spotyka się to z entuzjazmem dużej części polityków koalicji rządzącej, mówią o konieczności stopniowej redukcji liczby miejsc na tych kierunkach, bo brak takiej decyzji grozi nie tylko „wyprodukowaniem” ich ponad potrzeby, ale przede wszystkim – w kiepskiej jakości. ●



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



Lekarzu, możesz skorzystać
z usług doradcy podatkowego
w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację

Jaka piękna katastrofa

NIE TRZEBA NOWEJ EPIDEMII. DO 2050 R. OPORNOŚĆ BAKTERII NA ANTYBIOTYKI PRZYCZYNI SIĘ DO ŚMIERCI PONAD 39 MLN LUDZI.

tekst PAWEŁ WALEWSKI



Fot. L. Zychy, Polityka*

Autor jest publicystą „Polityki”.

Odzarania dziejów sztuka lekarska opierała się na intuicji. Jak powiadał Voltaire: „Doktorzy zlecają nieznanne leki na choroby, które znają jeszcze mniej, aby poprawić los pacjenta, o którym nie wiedzą nic”. Sporo w tym ironii, ale czy mimo upływu czasu te słowa bardzo odbiegają od prawdy, skoro absolwenci medycyny boleją nad tym, że widzą chorych jedynie w przelocie, za pośrednictwem obrazów i wyników badań?

„W starożytnej Grecji lekarze byli badaczami człowieka – zauważa dr Roger Dachez w zajmującej książce „Historia medycyny: od starożytności do XX w.”. – *Dzisiaj współczesna medycyna nadal fascynuje, ale też tak bardzo oślepia, że może oślepić swych adeptów*”. Tym, co oślepiło nas na pewno, są antybiotyki. Alexander Fleming odkrył penicylinę w 1928 r., a już w 1945 wydał ostrzeżenie: jeśli zaczniemy jej nadużywać, bakterie mogą i będą się jej opierać.

Dzisiaj to zjawisko stało się plagą, do czego rękę przyłożyli wszyscy. Czy dlatego, że decyzje terapeutyczne związane z wyborem kuracji wolimy podejmować, kierując się intuicją, a nie – jak być powinno w przypadku infekcji – bazować na szczegółowo potwierdzonych rozpoznaniach? Antybiotykooporność jest wynikiem niechlujnych procedur kontroli zakażeń w szpitalach, w dobrych intencjach, ale nierozważnie wystawianych recept na niektóre leki oraz faktu, że przemysł farmaceutyczny stał się tak „zarozumiały” pod koniec lat 80. XX w., że przestał opracowywać nowe klasy tych specyfików. To, paradoksalnie, mało dochodowy interes, bo ze względu na narastającą oporność zarazków antybiotyki mają na rynku zbyt krótki żywot, by firma mogła zarobić lub choć zrekomensować wydatki poniesione na badania kliniczne i rejestrację.

Skala wykorzystywania antybiotyków zaskoczyłaby samego Fleminga, znalazły bowiem zastosowanie komercyjne. Wpompowywano je w zwierzęta hodowane przemysłowo, od krów i świń po kurczaki i ryby. Dodawano do farb ściennych i zapraw murarskich. Szastano nimi w weterynarii. W 2022 r. naukowcy posłużyli się antybiotykami nawet na koralowcach, aby uratować karaibskie rafy przed śmiertelnymi chorobami, mimo obaw, że mogło to przyczynić się do wzrostu lekooporności u innych zwierząt morskich.

Ale winni są też pacjenci. Niecierpliwi, naciskający na lekarzy, aby katary i gorączki, zwłaszcza u dzieci, poskramiać właśnie antybiotykami. Panuje

przekonanie, że tylko one stawiają na nogi, a w każdym razie sprawiają, że można szybciej poczuć się lepiej. Rozmawiasz z ludźmi przeziębionymi, a oni mówią: – *Czułem się fatalnie, w końcu dostałem antybiotyki i to minęło*. Trudno przekonać, nieświadomych zagrożeń związanych z antybiotykoopornością, że minęłoby pewnie bez baterii takich leków, lecz dzięki naturalnej odporności. – *Ale czy jest sens tak się męczyć i czekać?* – uderzmy się w piersi, że sami uciekamy się nieraz do tego argumentu.

Opinia publiczna nie rozumie skrótu AMR (z ang. Antimicrobial Resistance), czyli nie wie, co oznacza antybiotykooporność (lub lekooporność bakterii), więc trudno z takim przekazem i nazewnictwem do niej trafić. Jak zatem komunikować zjawisko narastającej nieprzydatności antybiotyków, skoro dla większości pacjentów są nie tylko ostatnią deską ratunku, lecz raczej dobrym wspomnieniem leku, po którym udało się im odzyskać zdrowie? Przypadki zakończone śmiercią z powodu zakażeń, na które nie pomógł żaden antybiotyk, nagłaśniane bywają rzadko lub wcale, więc nie mamy wystarczającej liczby przykładów świadczących o tym, jak niebezpiecznie zbliżyliśmy się do katastrofy.

Aż 70 proc. zakażeń wywołanych antybiotykoopornością bakterii ma związek z opieką zdrowotną. Niestety, w polskich warunkach badanie mikrobiologiczne w lecznictwie ambulatoryjnym przeprowadza się dłużej niż w szpitalu i pacjent musi dwukrotnie odwiedzić lekarza, a oczekiwanie na wynik trwa często ponad tydzień. W świecie idealnym podczas leczenia infekcji dróg oddechowych pacjent i lekarz również powinni nastawić się na drugą wizytę. Ale to dzisiaj rzadka praktyka, by lekarz, wręczając pacjentowi plik recept (właśnie na antybiotyki), kazał mu przyjść na kontrolę za kilka dni. Po pierwsze dlatego, że taka wizyta – będąca kontynuacją leczenia – niekoniecznie jest pełnopłatna. A jeśli jest, chory woli leczyć się sam tym, co mu zalecono. I w ilu domowych apteczkach przechowujemy zapas antybiotyków

z poprzednich, często niedokończonych kuracji? Niektórzy sięgają po nie bezkarnie, gdy zaczyna boleć gardło lub pojawia się katar. W dobrej wierze, że na pewno pomogą.

W najbardziej prawdopodobnych przewidywaniach do 2050 r. liczba zgonów z powodu oporności bakterii na antybiotyki wzrośnie na świecie do 1,91 mln rocznie. Wynika to z analizy Eve Wool z Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) w Seattle, której zespół próbował zsumować roczną liczbę zgonów z tego powodu w latach 1990–2021,

opracować metody naprawy sytuacji na poziomie globalnym i krajowym, działania te Komisja Europejska wesprze finansowo. W ostatnich latach ograniczono sprzedaż i stosowanie środków przeciwbakteryjnych w sektorze weterynaryjnym, lecz w zakresie zdrowia ludzkiego nadal sporo jest do zrobienia. Oporność bakterii na antybiotyki uznano za jedno z trzech głównych zagrożeń dla mieszkańców Europy, na równi z ryzykiem wybuchu kolejnych pandemii oraz ataków terrorystycznych z użyciem niebezpiecznych substancji.

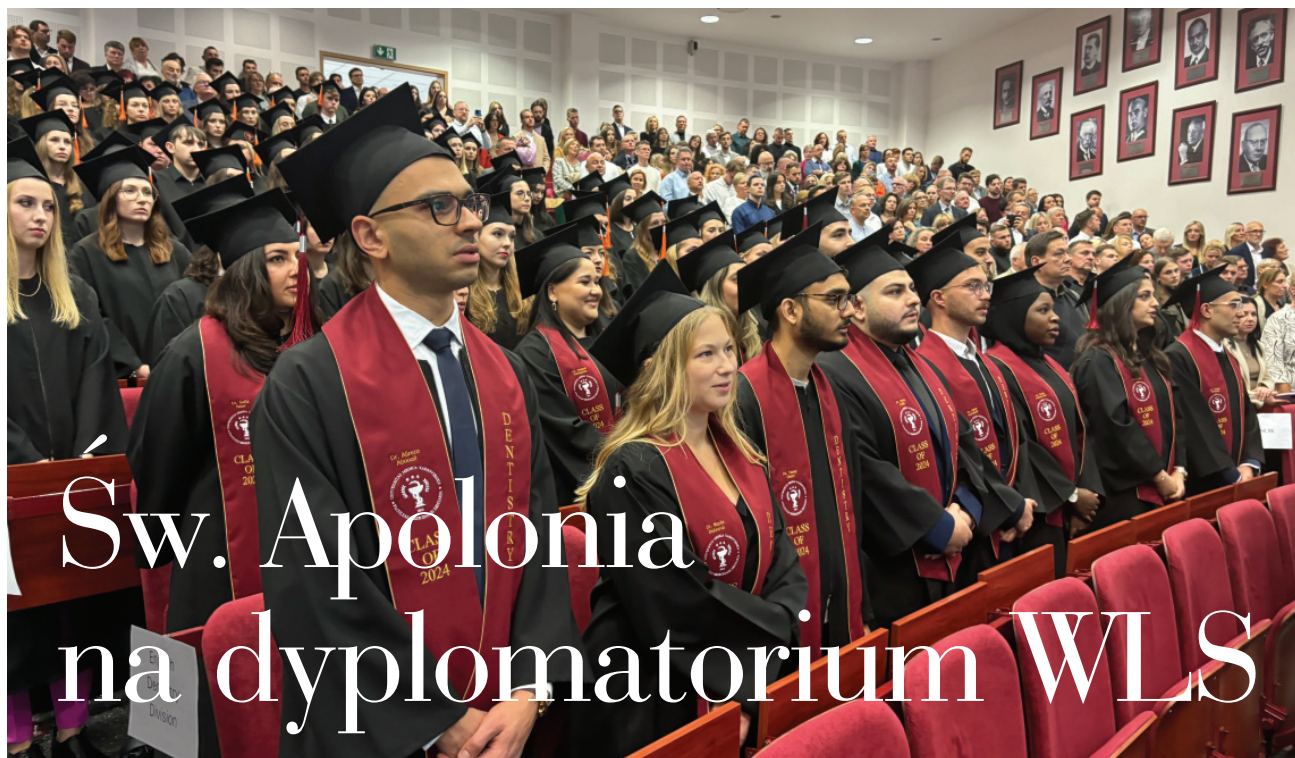


Fot. licencja OLL w Warszawie

a następnie opracował prognozę na kolejnych 25 lat. Co ciekawe, w badanym okresie liczba zgonów dzieci poniżej piątego roku życia z powodu oporności zarazków na antybiotyki zmniejszyła się o ponad 50 proc., a dorosłych powyżej 70 lat wzrosła o ponad 80 proc. Ogółem liczba zgonów z tej przyczyny zwiększyła się z 1,06 mln w 1990 r. do 1,27 mln w 2019, a potem spadła do 1,14 mln (2021). Uważa się jednak, że spadek w latach 2020 i 2021 był spowodowany środkami kontroli COVID-19, które ograniczyły również inne rodzaje infekcji, więc nie można uznawać go za trwałą poprawę w zwalczaniu oporności. Według autorów badania do 2050 r. antybiotykooporność bakterii może spowodować śmierć aż 39 mln ludzi, ale ponad jednej trzeciej zgonów da się uniknąć, jeśli zostaną podjęte działania prewencyjne.

Kraje Unii Europejskiej nie robią jeszcze wystarczająco dużo, by katastrofie zapobiec. Stella Kyriakides, poprzednia komisarz UE ds. zdrowia, zapowiedziała latem tego roku, przed ustąpieniem ze stanowiska, że jeśli uda się

Ostatnio wyartykułowano wiele krytycznych opinii wobec nauk medycznych. A to, że wymyśla się fałszywe kategorie chorób, by osiągnąć zysk z ich leczenia. A to, że korzyści płynące ze stosowania większości nowych leków są minimalne i zazwyczaj wyolbrzymiane w badaniach klinicznych. Jeszcze inni wskazują problemy związane z metodami badawczymi, argumentując, że te, które kiedyś były uznawane za złoty standard, w rzeczywistości służą interesom przemysłu farmaceutycznego, a nie pacjentów. Oskarżycielski ton nie dotyka sedna problemu – że medycyna niszczy samą siebie. Ileż ostróg zostało w dużej mierze zignorowanych zarówno przez lekarzy, jak i społeczeństwo, co może wpłynąć na zahamowanie postępu, którym się (również dzięki antybiotykowi) zachłysłnieliśmy. Trudno będzie oswoić się z myślą, że nie ma działających rychło, a tym bardziej przewidywalnie, lekarstw na niektóre najczęstsze i najgroźniejsze zakażenia. Być może lepsza przyszłość leży nie tyle w najnowszych technologiach i gadżetach, ile w nauce wyciągania wniosków i niepełnienia świadomości tych samych błędów. ●



Fotografie: G. Stec

Św. Apollonia na dyplomatorium WLS

UROCZYSTOŚĆ ROZDANIA DYPLOMÓW UKOŃCZENIA STUDIÓW NA WYDZIALE LEKARSKO-STOMATOLOGICZNYM WUM TO DONIOSŁE WYDARZENIE W ŻYCIU ABSOLWENTÓW TEJ UCZELNI. TEGOROCZNĄ CEREMONIĘ UŚWIETNIŁO WRĘCZENIE PROF. KAZIMIERZOWI SZOPIŃSKIEMU STATUETKI ŚW. APOLONII – WYRÓŻNIENIA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE DLA OSÓB AKTYWNIIE WSPIERAJĄCYCH ŚRODOWISKO LEKARZY DENTYSTÓW.

tekst **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Prawie 400 absolwentów wszystkich siedmiu kierunków Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego odebrało 23 października w Centrum Dydaktycznym WUM dyplomy ukończenia studiów. Odśpiewano „Gaude Mater Polonia”, a prodziekan ds. kierunków lekarsko-dentystycznego, higieny stomatologicznej i technik dentystycznych prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek powitała gości: – *Dzisiejszy dzień jest bardzo symbolicznym momentem w waszym życiu. Z jednej strony kończycie swoją akademicką przygodę, z drugiej zaczyna się okres pracy zawodowej – drogi, która będzie pełna nadziei, oczekiwań i wyzwań. W pracy kierujcie się pasją i zasadami. Bądźcie odważni w realizacji swoich marzeń. Nie bójcie się porażek, bo to one torują nam drogę do sukcesów.*

Do zgromadzonych w auli zwrócili się także: prof. dr hab. Rafał Krenke, rektor WUM, który życzył absolwentom powodzenia w życiu zawodowym i podkreślał, że nauka nigdy

się nie kończy, Anna Brzezińska, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego, prof. Uri Hangorsky, prodziekan ds. studentek Penn Dental Medicine na Uniwersytecie w Pensylwanii, wiceprezes ORL w Warszawie Dariusz Paluszek, koordynator z ramienia Zarządu Województwa Mazowieckiego Krajowej Rady Fizjoterapeutów Marek Mucha, prezes TU INTER Janusz Szulik, prezes firmy ARKONA Grzegorz Kalbarczyk oraz Michał Pudlis ze Stern Weber Polska.

– *Zawód lekarza dentystry to nie tylko wiedza i umiejętności, ale przede wszystkim odpowiedzialność, odpowiedzialność i jeszcze raz odpowiedzialność* – podkreślił dr n. med. Dariusz Paluszek.

Po przyrzeczeniu lekarskim oraz ślubowaniu, wyróżniających się absolwentów uhonorowano Złotymi Laurami i dyplomami z wyróżnieniem. Najlepszym studentom wręczyli nagrody także przedstawiciele OIL w Warszawie oraz sponsorzy. Uroczystość zakończył występ chóru WUM.



STATUETKA ŚW. APOLONII DLA PROF. SZOPIŃSKIEGO

Sz szczególnie podniosłym momentem podczas wystąpienia wiceprezesa ORL ds. lekarzy dentystów było wręczenie prof. Kazimierzowi Szopińskiemu statuetki św. Apolonii. Wyróżnienie OIL w Warszawie przyznawane jest co roku osobom, firmom, organizacjom lub instytucjom szczególnie zasłużonym dla środowiska lekarzy dentystów.

– *Prof. Szopiński to nie tylko wybitny specjalista w dziedzinie neurologii, radiologii i medycyny nuklearnej, ale także mentor dla wielu z was* – powiedział o laureacie nagrody wiceprezes ORL w Warszawie Dariusz Paluszek. – *Statuetka jest skromnym podziękowaniem dla niego za trud, pasję oraz nieustanne dążenie do doskonałości w stomatologii.*

Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński, kierownik Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczykowo-Twarzowej WUM, odbierając statuetkę św. Apolonii z rąk wiceprezesa ORL w Warszawie, stwierdził: – *Jestem bardzo wzruszony i zaszczycony. Padły tutaj różne rady dla absolwentów, ja udzielił państwu jeszcze jednej: nieraz staniecie przed takim problemem, że nie będziecie wiedzieć, jakie postępowanie przyjmując wobec pacjenta. Wyobraźcie sobie, że to jest wasz brat, siostra, matka, dziecko. Wtedy nastąpi nagły przyływ inteligencji, który pomoże wybrać metodę leczenia.*

Prof. Szopiński zdradził też, co dla niego jest najistotniejsze w życiu zawodowym: świadomość, że nie jest sam, ponieważ ma starszych kolegów, którzy zawsze wesprą go radą. – *To najważniejsze, bo każdy z nas dostaje zestaw wiedzy, z którego korzysta – jedni więcej, inni mniej – ale życie jest bogatsze od tego, co napisano w książkach* – podsumował laureat. ●





27 PAŹDZIERNIKA ODBYŁA SIĘ UROCZYSTA 90. PROMOCJA LEKARZY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO.

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Aula DoubleTree by Hilton zapełniła się młodymi lekarzami. 586 studentów tego dnia oficjalnie zakończyło swoją edukację na jednej z najbardziej prestiżowych uczelni medycznych w Polsce.

Uroczystość rozpoczęła się tradycyjnie od hymnów WUM i państwowego w wykonaniu uczelnianego chóru oraz przemówienia rektora WUM, prof. dr. hab. n. med. Rafała Krenkego. Profesor powiedział absolwentom: – *Gratulując was tego wspaniałego osiągnięcia, nie mogę nie zwrócić uwagi na rolę waszych bliskich, którzy bez wątpienia stanowili wsparcie i pomagali wam osiągnąć sukces.*

Prodziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr. hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch przypomniała natomiast studentom imponderabilia zawodu, który: – (...) *nieśie ze sobą odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzi. Zawód lekarza to powołanie, które wymaga nie tylko wiedzy. Kiedy mówimy o lekarzach, na myśl przychodzi nam dwa słowa: etos i etyka. Etos to codzienna walka o dobro pacjenta, nawet gdy stajemy wobec trudnych dylematów moralnych. Etyka natomiast stanowi nasz drogowskaz.*

Młodzi medycy złożyli przyrzeczenie lekarskie i odebrali dyplomy. Złoty Laur dla najlepszego absolwenta 2024 r. zdobyła Aleksandra Bętkowska za średnią ocen 4,9 oraz 57 studentów ze średnimi od 4,89 do 4,6.

Prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik swoje wystąpienie zaczął od podziękowań: – *Koleżanki lekarki i koledzy lekarze, zacznę od prostych słów, ale tych, na które przede wszystkim dziś zasługujecie. Wielkie gratulacje, chylę przed wami czoło.*



Fotografii: G. Stec

Z tego miejsca chcę też wam podziękować, wam i waszym najbliższym. Dziękuję, że poświęciliście bardzo wiele wysiłku, bardzo wiele pracy, by pielęgnować talent. Talent, który niewątpliwie macie, z którym się urodziliście i który doskonalicie. Symboliczne przyrzeczenie, które przed chwilą złożyliście, a także odebranie dyplomów lekarza jest swego rodzaju przejściem przez samorząd lekarski opieki nad wami. W tej chwili medycyna to nie tylko lekarz, ale też pielęgniarka, ratownik medyczny, fizjoterapeuta. Wszyscy razem możemy zapewnić pacjentom najwspanialszą opiekę. Zapraszam was do wspólnego tworzenia samorządu, byście państwo mogli czerpać z niego i cieszyć się, że jesteście wreszcie lekarzami i lekarkami. Gratuluję!

Dyplomatorium 2024 na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na długo pozostanie w pamięci absolwentów. Teraz młodzi medycy stają przed kolejnym wyzwaniem – rozpoczęciem pracy zawodowej, która wiąże się z gotowością niesienia pomocy pacjentom i dążeniem do dalszego rozwoju zawodowego. ●

Jeszcze dużo do zrobienia



Fot. G. Stec

ZA NAMI XX KONFERENCJA RYNKU ZDROWIA, KTÓRA ODBYŁA SIĘ 22–23 PAŹDZIERNIKA W WARSZAWIE I ZGROMADZIŁA PRZEDSTAWICIELI ŚWIATA MEDYCYNY, POLITYKI, BIZNESU ORAZ ORGANIZACJI PACJENTÓW, UZNAWANA ZA JEDNO Z NAJWAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ SEKTORA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE.

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Podczas spotkania pod hasłem „Dla zdrowia. Razem” omawiane były najistotniejsze wyzwania i kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej, m.in.: finansowanie, rola technologii cyfrowych, zdrowie publiczne, profilaktyka.

Konferencję otworzyła minister Izabela Leszczyna. Przedstawiła plany rządu w zakresie reformy ochrony zdrowia. Zwróciła uwagę na konieczność długofalowego działania i ścisłej współpracy międzysektorowej, aby zapewnić dostępność skutecznych form leczenia. Wskazała też problemy z finansowaniem ochrony zdrowia. Podała, że rząd do zaplanowanych na 2024 r. środków na świadczenia dołożył 21 mld zł.

Podczas konferencji padły pytania o reorganizację systemu oraz reformę szpitalnictwa, które będą wymagały współpracy ponad podziałami. Minister Anna Kasperczak, podsekretarz stanu, przedstawiła wyzwania związane z rewizją kamieni milowych w ramach Krajowego Planu Odbudowy, w tym zagrożenie utratą 16 mld zł przeznaczonych na sektor zdrowia.

Łukasz Jankowski, prezes NRL, porównał system do garnka z wrzącą zupą: – *Siedzimy tutaj trochę jak kucharze nad garnkiem pełnym gotującej się zupy, do której już przez 20 lat dodawano różne składniki. Wszyscy zgadzamy się chyba, że ta zupa jest po prostu nie do zjedzenia – system ochrony zdrowia dzisiaj nie spełnia swojej podstawowej funkcji.*

Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, wziął udział w panelu dyskusyjnym na temat prawno-organizacyjnych warunków odwrócenia piramidy świadczeń oraz budowy nowego systemu opieki zdrowotnej. Eksperti, w tym przedstawiciele MZ i NFZ, analizowali możliwości przesunięcia części świadczeń szpitalnych do systemu ambulatoryjnego. Prezes ORL w Warszawie powiedział: – *Koordynowana opieka w POZ pojawiła się niedawno i rozwija się bardzo prędko. To dobry kierunek, wymaga jednak określonego finansowania. A wobec tego, co się dzieje w ostatnich miesiącach, ten program może być zagrożony. (...) Gdy zaczniemy odwracać piramidę świadczeń, będzie to kosztem szpitalnictwa. Czy jesteście na to gotowi i czy gotowi są na to politycy?*

Ważnym elementem konferencji był Zdrowotny Hyde Park, w którym przedstawiciele różnych środowisk prezentowali pomysły na zmiany w systemie. Łukasz Jankowski oraz prof. Marek Gzik, sekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, omówili kwestie kształcenia medyków, zwracając uwagę na potrzebę dostosowania jakości edukacji do dyrektyw Unii Europejskiej.

Konferencję zakończyła uroczysta sesja z okazji 15-lecia działalności rzecznika praw pacjenta. Ogółem odbyło się 30 sesji tematycznych, w których wzięło udział 200 prelegentów oraz około 3 tys. uczestników – stacjonarnie i online. ●

Ciemna strona recepty

RECEPTA. DAWNIEJ – RÓWNO PRZYCIĘTY KAWAŁEK PAPIERU O OKREŚLONYCH PRZEPISAMI WYMIARACH, DZIŚ – CZTEROCYFROWY PIN, KTÓRY WRAZ Z PESELEM SKŁADA SIĘ W CHMURZE W KOD KRESKOWY LUB QR. WEDŁUG DEFINICJI ZAMIESZCZONEJ W „SŁOWNIKU JĘZYKA POLSKIEGO PWN” RECEPTA TO „PISEMNE ZLECENIE LEKARSKIE, NA KTÓREGO PODSTAWIE APTEKA SPORZĄDZA LEKARSTWA LUB WYDAJE LEKI GOTOWE”, ALE TEŻ „SPRAWDZONY, NIEZAWODNY SPOSÓB NA COŚ”.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. U. Wołńska-Kulaj

Recepta powinna być więc drogą do rozwiązania problemu pacjenta, przepisem na sukces w zmaganiu się z chorobą, a przede wszystkim – efektem rzetelnego procesu diagnostycznego zakończonego rozpoznaniem i decyzją terapeutyczną. Pytanie, kto ma podjąć tę decyzję: czy tylko kompetentny lekarz? Czy także wyposażona w odpowiednie algorytmy sztuczna inteligencja lub sam pacjent?

Z Marią mam spotkanie w kawiarni. Zaangażowała znajomych swoich znajomych, żeby mnie znaleźć.

– Pani musi o tym napisać – mówi z determinacją. – Przecież pisze pani o trudnych sytuacjach lekarzy i pacjentów. Niech pani opowie o tym.

– Chciała pani porozmawiać o swoim zmarłym mężu?

– Tak. Dla mnie sprawa jest prosta. Darek umarł przez brak kontroli nad jego leczeniem. Jest ofiarą chorego systemu, w którym każdy może sobie zamówić receptę jak paczkę do paczkomatu. Wystarczy wypełnić ankietę i zapłacić, a potem można już iść do apteki i dalej pograżać się w nałogu bez jakiegokolwiek kontroli.

– Pani Mario...

– Mów do mnie: Majka. Rodzina i przyjaciele tak do mnie mówią, on też mnie tak nazywał.

– Majko, powiedziałaś mi przez telefon, że twój mąż był dorosłym, świadomym, inteligentnym człowiekiem. I w pełni uprawnionym do decydowania o sobie. Dlaczego obwiniasz moje środowisko? Czasy paternalizmu to już przeszłość, teraz lekarz jest dla pacjenta wspierającym profesjonalistą, szanującym jego autonomię.

– Nie obwiniam lekarzy, tylko system, który pozwala pacjentowi pozyskiwać recepty na leki w niekontrolowany sposób z portali internetowych, tzw. receptomatów. Ale moglibyście czasem dwa razy pomyśleć, zanim komuś

wystawicie receptę na silnie działający środek, zwłaszcza psychotropowy! – twarz Majki zastyga w grymasie bezsilnej złości, po chwili rozluźnia się. – Wiem, że Darek był trudnym człowiekiem, także dla siebie samego. Na trzeźwo cudowny facet, ciepły i mądry partner, dusza towarzystwa. Nieprzeciętnie zdolny. Ale te tabletki go niszczyły.

– Opowiedz o nim.

– Kiedy się poznaliśmy, nie miałam pojęcia o jego problemie. Czasem zachowywał się niekonwencjonalnie, ale przecież był artystą. Już po ślubie zorientowałam się, że nadużywa leków. To były wyłącznie benzodiazepiny, głównie diazepam. Sam nie potrafił powiedzieć, kto i kiedy przepisał mu pierwsze opakowanie, ale na pewno jeszcze w liceum lub na początku studiów. Był wrażliwy, więc miał silne zaburzenia lękowe, i ktoś mu przepisał ten lek.

– Kiedy zorientowałaś się, że Darek nadużywał diazepamu?

– Stosunkowo późno. Był bardzo zaangażowany w prowadzenie domu, długo miałam przekonanie o swoim szczęściu – trafiłam na ideał. Po latach okazało się, że na dnie kosza z rzeczami do prania miał schowek na leki. Chował je też w szufladach ze swoją bielizną, część ukrywał w pracy, w schowku w samochodzie...

– Prowadził auto po lekach?

– Prowadził. Przecież nie mógł mi się przyznać, że coś brał, do czasu, aż się wydało. Nawet dobrze prowadził, po latach był już tak przyzwyczajony do diazepamu, że mniejsze dawki nie powodowały u niego senności. Potem przyznał mi się, że od lat miał problemy z zasypianiem, więc jak upewniał się, że ja już

zasnął, wyciągał ze schowka swoje tabletki, spał po nich trzy-cztery godziny i potem cały dzień w biegu, do późnego wieczora. Wściekałam się nieraz, kiedy wracał o pierwszej w nocy wyraźnie pod wpływem, bo myślałam, że był po alkoholu. Nie wiedziałam, że było coś jeszcze.

Majka dyskretnie ociera łzę z policzka, pije łyk kawy. Najtrudniejsza opowieść jest dopiero przed nią.

– To był sylwester, mieliśmy go spędzić tylko we dwoje. Ja poszłam do pracy, on miał wolne. Napisał mi, że jest na obiedzie u swoich rodziców i żebym po niego podjechała po pracy. Jak szedł do samochodu, czułam, że złość we mnie wzbiera, bo z trudem stawiał kroki. Przez całą drogę złościłam się, że nie mógł poczekać do wieczora, tylko musiał się sponiewierać. Prosił, żebym go zawiozła do domu, to wszystko mi powie. W domu zjedliśmy kolację, po czym wziął kartkę i napisał na niej, co przyjął tego dnia. Były tam spore ilości alkoholu, jakieś leki, których nie znałam, i diazepam. W sumie 26 tabletek diazepamu, każda po 5 mg, w ciągu 12 godzin. To dużo, prawda?

– Niebezpiecznie dużo. Musiał długo i dużo brać, skoro miał taką tolerancję.

– Następnego dnia od rana czuł się fatalnie. Prosił, żebym otworzyła okno, bo mu gorąco, a zaraz potem, żebym zamknęła, bo miał dreszcze i trząsał się z zimna. Zadzwoiłam do znajomej lekarki. Kiedy powiedziałam, co wziął, kazała mi natychmiast wezwać karetkę. Nie zgodził się na karetkę, ale udało mi się jakimś cudem nakłonić go, żeby pozwolił zawieźć się na SOR. Liczyłam na to, że go zostawią w szpitalu, że zacznie się leczyć... Ale on się nie zgodził zostać i usłyszałam od doktor dyżurnej, że nie ma podstaw do zatrzymania go wbrew woli. Potem było tylko gorzej. Darek miał coraz częstsze napady paniki, zdarzała mu się autoagresja. Mnie nigdy nie uderzył, ale i tak byłam przerażona, kiedy zaczynał się dziwnie zachowywać. Tabletki były wszechobecne, przestał się już z nimi kryć. Błagałam, żeby poszedł do psychiatry, więc poszedł chyba dla świętego spokoju. Po trzech miesiącach stwierdził, że leki od lekarza mu nie pomagają, a co gorsza ona mu nie chce przepisywać diazepamu. Zoopatrywał się w przychodni u lekarza rodzinnego, u prywatnych lekarzy, a kiedy nastąpiła pandemia i teleporady, już nic go nie mogło powstrzymać. Najgorsze, że preparaty były coraz tańsze, na portalach, gdzie trzeba tylko wypełnić ankietę i zapłacić 50 zł, najłatwiej mu było uzyskać receptę. Brylował na tych portalach, opanował do perfekcji sztukę skutecznego wypełniania ankiet, dostawał swój narkotyk legalnie, niedrogo i w coraz większych ilościach.

Majka znowu zbiera chusteczką łzy z policzków, mówi coraz wolniej i ciszej.



Fot. licencja OIL w Warszawie

– W końcu nie wytrzymałam. Postawiłam Darkowi ultimatum: diazepam albo ja. Powiedział, że ja, ale pewnie sam w to nie wierzył. Nie miałam szans wygrać z narkotykiem, bo jego uzależnienie było już zbyt silne, podobnie jak przekonanie, że to nie jest nałóg, tylko leczenie, bo przecież nie kupuje proszku od mafii tylko lek na receptę w aptece. Po kolejnym przedawkowaniu, które tłumaczył jak zwykle stresem w pracy, wyprowadziłam się, nie byłam w stanie dźwigać tego dłużej. Błagałam, żebym wróciła, ale byłam twarda, zażądałam terapii i abstinencji, więc przegrałam. Utrzymywaliśmy życzliwe, ale coraz bardziej słabnące kontakty, ja zajęłam się moją pracą, on swoją. Czasem dzwoniłam lub pisałam, co u niego, czy coś robi dla swojego zdrowia, ale nie chciał o tym rozmawiać. Od jego siostry wiedziałam, że bierze coraz więcej, że sprzedał samochód, bo już nie był w stanie prowadzić. Przyznał się jej, że zażywa diazepam na noc, żeby zasnąć, a potem rano, żeby móc pracować. Pewnego wieczoru zadzwonił mój brat z wiadomością, że Darek nie żyje. Nie przyszedł do pracy, nie odbierał telefonu, nie otwierał drzwi. Kiedy do mieszkania weszła policja, był już zimny. Na kilka dni przed jego śmiercią chodziło mi po głowie, żeby zadzwonić albo napisać, co tam u niego, ale nie mogłam się jakoś zebrać. A teraz już za późno...

Patrząc na płaczącą bezgłośnie Majkę i nie znajduję słów, które mogłabym teraz wypowiedzieć. Myślę o tych wszystkich produktach cyfryzacji w medycynie, o tym, że są osiągnięciem i ułatwieniem dostępu do opieki zdrowotnej, ale też o tym, jaką mogą stać się pułapką dla osób uzależnionych od leków. Siedzi przede mną przegrana, zrozpaczona, niema oskarżycielka, już nie walcząca, tylko cierpiąca, przeżywająca stratę ukochanego człowieka, którego zjazd po równi pochyłej ku przedwczesnej śmierci była bezsilnym świadkiem. I nie znajdując słów pocieszenia ani usprawiedliwienia, myślę o nas, lekarzach, i o pisanych w dobrej wierze, z intencją pomocy pacjentowi, receptach na leki z potencjałem uzależniającego. Oby żadna z nich już nigdy nie stała się dla pacjenta niezamierzonym biletem w jedną, mroczną stronę. ●

Multimodalna sztuczna inteligencja.

Co oznacza dla medycyny?

MULTIMODALNA SZTUCZNA INTELIGENCJA ANALIZUJE TEKSTY, OBRAZY, NAGRANIA WIDEO I AUDIO. POSIADA WYJĄTKOWĄ ZDOLNOŚĆ PRZETWARZANIA INFORMACJI, NIEZALEŻNIE OD FORMATU, I ODNAJDYWANIA NIEWIDZIALNYCH NA PIERWSZY RZUT OKA POWIĄZAŃ W MEGABAJTACH DANYCH.

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

MULTIMODALNA AI WIDZI, SŁYSZY I CZYTA

Z upływem lat elektroniczna kartoteka pacjenta wypełnia się dokumentami diagnostyki obrazowej, wynikami badań laboratoryjnych, informacjami o korzystaniu ze świadczeń i zażywanych lekach. Zawiera skany dokumentów papierowych, dane ustandaryzowane w systemach IT, notatki lekarzy wpisywane skrótami i żargonem. Jeśli dodać do tego inne dane, pozostające poza EDM, i informacje z tzw. urządzeń ubieralnych, mierzących aktywność fizyczną albo jakość snu i tętno, powstaje ocean danych. Żaden lekarz nie ma czasu ani takich zdolności, aby je wszystkie przeanalizować. Ale może to zrobić multimodalna sztuczna inteligencja.

Mowa o nowym rodzaju AI, która przetwarza i analizuje dane pochodzące z różnych źródeł jednocześnie. W przeciwieństwie do klasycznych systemów, wyspecjalizowanych w analizie tylko jednego rodzaju danych (np. tylko tekstu), multimodalna AI integruje informacje z wielu tzw. modalności. Mogą to być dane genetyczne, epigenetyczne, metaboliczne, kliniczne, a nawet informacje o środowiskowych determinantach zdrowia, zgromadzone jako nagrania wideo i audio, teksty albo informacje z sensorów.

Multimodalna AI nie rozumie kontekstu danych, co potrafi człowiek, ale za to umie szybko przetwarzać informacje, bez względu na ich objętość. Na przeczesanie zapisów z kartoteki pacjenta gromadzonej przez 50 lat potrzebuje kilku sekund.

LECZYĆ ZNACZY WIEDZIEĆ

Ta cecha AI otwiera przed medycyną zupełnie nową możliwość: znajdowania subtelnych trendów i korelacji, które mogą świadczyć o powolnym rozwoju choroby, zanim wystąpią objawy. Mówi się o tzw. analityce predykcyjnej. Przykładem jest system AI, przetwarzający setki parametrów dotyczących pacjenta, którego zadaniem jest obliczenie prawdopodobieństwa wystąpienia sepsy. Na podstawie wskazań AI w stosunku do osób z grupy najwyższego ryzyka można zastosować dodatkową obserwację i leczenie zapobiegawcze. Powstają także pierwsze systemy, które analizują dane z elektronicznej dokumentacji medycznej, aby prognozować np. ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych.

Na tym właśnie polega główna siła multimodalnej AI. Analizując różne typy danych medycznych, takie jak wyniki badań laboratoryjnych, obrazy diagnostyczne (np. rentgen, MRI, CT), dane z elektronicznej dokumentacji medycznej, informacje genetyczne, AI dostarcza nowej wiedzy, dzięki czemu lekarz otrzymuje pełniejszy obraz stanu zdrowia pacjenta. Oczywiście, w przypadku większości mało skomplikowanych schorzeń lekarz potrafi postawić diagnozę bez pomocy AI, kierując się doświadczeniem i wiedzą kliniczną. Ale w przypadku chorób rzadkich oraz rozwijających się latami chorób przewlekłych taka dodatkowa pomoc może okazać się bezcenna.

WYKRYJE OZNAKI CHOROBY, POMOŻE W PROWADZENIU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Modele multimodalnej AI najczęściej opierają się na uczeniu się maszynowym. Oznacza to, że sztuczna inteligencja nie wie, czego dokładnie szuka. Po prostu przeczesuje wszystkie dane w poszukiwaniu jakiejś korelacji, zależności albo spójności danych. Przykładem jest analiza wszystkich informacji z EDM. AI może w ten sposób wykryć, że zmiany w wynikach badań laboratoryjnych na przestrzeni ostatnich lat, w połączeniu z wiekiem i czynnikami ryzyka, sugerują powolny rozwój choroby. Ale tak samo może zasugerować korelację, która z punktu widzenia klinicznego nie ma żadnej wartości. Jaką wartość mają informacje sztucznej inteligencji, ocenia już lekarz. Na podobnej zasadzie AI potrafi wyznaczać indywidualne plany leczenia, biorąc pod uwagę nie tylko klasyczne dane z EDM, ale także informacje o stylu życia pacjenta, uwarunkowania genetyczne itd. W tym przypadku granicę możliwości wyznacza dostępność danych. Jeszcze innym obiecującym zastosowaniem jest telemonitoring pacjentów. Multimodalna AI zbiera



Fot. licencja OIL w Warszawie

w czasie rzeczywistym dane z sensorów, mikrofonów i kamer, inteligentnych luster i toalet mierzące parametry stanu zdrowia, łączy je i wnioskuje. Jest to szczególnie obiecujące w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi, np. kardiologicznymi – pacjent może przebywać w domu, pod okiem AI, zamiast w szpitalu. W razie niepokojących wartości pomiarów system zaalarmuje lekarza. Alternatywnie można zbudować chatboty doradzające na bieżąco, jak się zdrowo odżywiać albo prowadzić mniej stresujący tryb życia.

Kolejnym przykładem zastosowania multimodalnej AI jest optymalizacja pracy szpitali. Coraz popularniejsze w dużych placówkach są tzw. centra zarządzania albo wieże kontrolne – jedno miejsce służące do monitorowania stanu zdrowia pacjentów i procesów organizacyjnych. Taki system pobiera dane kadro-

we i zestawia je z obrazami z oddziałów oraz listą pacjentów, aby jak najlepiej zarządzać zasobami ludzkimi.

INTELIGENTNA POLITYKA ZDROWOTNA

Oprócz precyzyjnej diagnostyki, personalizacji leczenia, systemów prewencji chorób i telemonitoringu, multimodalna AI zapewnia lepsze zrozumienie mechanizmu rozwoju chorób. Przykładem są badania naukowe prowadzone w czasie pandemii COVID-19 i sugerujące, że zarażenie koronawirusem powoduje niewielkie zmiany w parametrach stanu zdrowia (w temperaturze i pulsie, rytmie snu) na kilka dni przed wystąpieniem objawów. Mając takie informacje, można precyzyjnie kierować działaniami zapobiegającymi rozprzestrzenianiu się pandemii.

Na podobnej zasadzie, ale w skali globalnej, funkcjonuje monitoring sytuacji epidemiologicznej. AI przeczesuje wiadomości w mediach społecznościowych, informacje prasowe, dane z rejestrów epidemiologicznych, komunikaty z instytucji zdrowia publicznego i zestawia je z danymi GPS, aby prognozować dalszy rozwój pandemii oraz precyzyjnie planować interwencje na poziomie globalnym i w poszczególnych państwach. Taki system – a BlueDot – wykrył pierwsze sygnały świadczące o rozwoju pandemii COVID-19, zanim problem zidentyfikowała Światowa Organizacja Zdrowia.

Multimodalna AI ma wiele możliwości, ale też kilka ograniczeń. Nasze zdrowie opisuje bardzo szeroki zbiór danych, od biologicznych do środowiskowych i społecznych. Pominięcie w analizie nawet jednego elementu może dawać niepełny obraz i zniekształcać wyniki analiz. Mówi się o tzw. *dataset blind spot* (martwych punktach zestawu danych), czyli braku obserwacji w danych.

Informacje z urzędzeń „ubieralnych”, np. smartwatchy, nie zawsze są dokładne, bo tego typu sprzęt najczęściej nie ma certyfikatów medycznych. Niska jakość danych może zaś niezauważalnie doprowadzić do błędnych wniosków AI.

Naukowcy pracują już nad nowymi rodzajami multimodalnej sztucznej inteligencji. Przykładowo, biorąc pod uwagę niedokładność niektórych modeli wynikającą z niepełnej reprezentacji istotnych danych, można najpierw trenować modele na jednej modalności, a następnie łączyć ze sobą otrzymane wnioski.

Jeśli multimodalna AI sprawdzi się w praktyce, lekarze mogą liczyć na ułatwienie pracy z EDM i wspomaganie decyzji klinicznych. Z czasem pozwoli też ona odkryć nowe biomarkery, będące „sygnalistami” rozwoju choroby, i lepiej poznać mechanizmy działania ludzkiego organizmu. Dzięki AI możemy spodziewać się fascynujących odkryć, które pomogą diagnozować i leczyć pacjentów, a także zapobiegać chorobom. ●

Sprawdzam

Co z tą koordynacją?

DO ŚWIADCZENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POZ PRZYSTĄPIŁO JUŻ OKOŁO 38 PROC. PLACÓWEK, CO SAMI LEKARZE POZ ORAZ DUŻA CZĘŚĆ EKSPERTÓW UWAŻA ZA OGROMNY SUKCES. PROCES WYHAMOWAŁ JEDNAK ZA SPRAWĄ NIEJASNOŚCI DOTYCZĄCYCH FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH KOORDYNACJĄ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Jesienią pojawiły się bowiem sygnały, że na niektórych oddziałach są problemy z uzyskaniem pieniędzy za nadwykonania. – *Opieka koordynowana jest świadczeniem limitowanym, ale nie ma obaw, że fundusz nie zapłaci* – uspokajał podczas XX Forum Rynku Zdrowia wiceprezes NFZ Jakub Szulc. Podkreślił, że na koniec III kwartału niedowyzkonania w opiece koordynowanej kilkakrotnie przekraczały skalę nadwykonań.

Czy jednak oprócz danych dotyczących rozwoju opieki koordynowanej i jej dostępności dla pacjentów mamy informacje o efektach jej wdrażania? Coraz częściej pojawiają się pytania, np. jak wprowadzanie opieki koordynowanej wpływa na zmniejszenie częstości korzystania ze świadczeń w AOS lub hospitalizacji.

Podczas listopadowego posiedzenia Sejmowej Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia Marek Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia (wcześniej przez wiele lat związany z NFZ), zaznaczył, że zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w całym 2023 r. wystawiono około pół miliona indywidualnych planów opieki medycznej dla pacjentów objętych opieką koordynowaną. – *Tylko w pierwszej połowie 2024 r. – także około pół miliona IPOM. Widać więc, że jest to coraz większa populacja. Według wstępnych ocen (...) pacjenci objęci opieką koordynowaną rzadziej korzystają z AOS – powiedział. Podkreślił, że dane funduszu również wskazują, iż pacjenci korzystający z opieki koordynowanej w POZ rzadziej są „wypychani” do sektora prywatnego. Płatnik nie ma natomiast – ze względu na zbyt krótki czas funkcjonowania tego rozwiązania (opieka koordynowana formalnie została wprowadzona w październiku 2022 r.) – informacji, czy i w jaki sposób wpływa ono na zmniejszenie liczby hospitalizacji.*

Nie kwestionując faktu, że niespełna dwa lata (formalne wprowadzenie nie oznaczało faktycznego zadziałania opie-

ki koordynowanej) to okres zbyt krótki na formułowanie wniosków, eksperci i posłowie zwracali uwagę, że brak jasnych mierników jakości. – *Powinniśmy ustrukturyzować mierniki, aby lepiej zrozumieć korzyści dla pacjentów i oszczędności dla systemu. W zakresie korzyści chodzi przede wszystkim o to, jak skrócić się czas oczekiwania na badania, które można zlecić w ramach opieki koordynowanej, jak poprawiła się dostępność leczenia, jak poprawił się stan zdrowia pacjentów. Warto byłoby się też zastanowić, czy pacjenci objęci opieką koordynowaną w większym stopniu przestrzegają lekarskich zaleceń. Jeśli nie mierzymy należyście efektywności, nie wiemy, co w opiece koordynowanej zmienić i dostosować* – stwierdził Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej.

Na prośbę eksperta samorządu lekarskiego dyrektor Karaszewski przedstawił obecny stan realizacji przez podmioty POZ ścieżek dla pacjenta. Formalnie wystarczy deklaracja wyboru jednej ścieżki, by podmiot był uwzględniany jako realizujący opiekę koordynowaną, ale faktyczna jej dostępność dla pacjenta jest w nim znacząco mniejsza niż wtedy, gdy podmiot realizuje cztery czy pięć ścieżek.

I rzeczywiście: według danych NFZ pięć grup dziedzinowych (kardiologia, diabetologia, pulmonologia, endokrynologia i najpóźniej dodana nefrologia) realizują 422 podmioty z 2,1 tys., które przystąpiły do systemu opieki koordynowanej. Cztery grupy realizuje 485 placówek, trzy – 299, dwie – 357, jedną grupę dziedzinową oferuje pacjentom 429 podmiotów.

Jak to wygląda w poszczególnych dziedzinach? Najbardziej popularna jest kardiologia (1707), następnie diabetologia (1604), pulmonologia (1368), endokrynologia (1288). Nefrologię mają w swojej ofercie 523 podmioty (tu, jak się wydaje, decydującym czynnikiem jest czas włączenia ścieżki do opieki koordynowanej). ●

APARTAMENTY
URSYNÓW
PUSTUŁECZKI



Oferta
specjalna dla
członków Izby

Szczegóły
w biurze sprzedaży.

**Kameralny, nowoczesny budynek mieszkalny
położony na warszawskim Ursynowie
nieopodal Szpitala Południowego.**

Jedynie 49 apartamentów, o zróżnicowanych metrażach i wyjątkowo ustawnych rozkładach.

Bryłę budynku cechuje ponadczasowy, nowoczesny styl. Zarówno projekt architektoniczny jak i dobór materiałów wyróżnia jakość oraz dbałość o każdy detal.

Apartamentowiec zachwyca przestronnymi balkonami i tarasami, zapewnia mieszkańcom garaż podziemny oraz pełną zieleni strefę relaksu na dachu.

Świetnie rozwiniętą sieć ulic i transportu publicznego, uzupełnia możliwość szybkiej komunikacji z centrum miasta, a także doskonała dostępność do obwodnicy Warszawy.



www.unimax.pl

Biuro sprzedaży

22 45 25 399
sprzedaz@unimax.pl
ul. Okopowa 56, Warszawa

unimax
DEVELOPMENT

Weryfikacja recept

DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OIL W WARSZAWIE KIEROWANE SĄ PYTANIA DOTYCZĄCE REFUNDACJI LEKÓW DLA PACJENTÓW PONIŻEJ 18. ORAZ POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA. LEKARZE PYTAJĄ, JAK MAJĄ ZWERYFIKOWAĆ POSIADANE PRZEZ PACJENTA RECEPTY NA INTERNETOWYM KONCIE PACJENTA, W PRZYPADKU KIEDY CHORY NIE MA DO NIEGO DOSTĘPU, A PLATFORMA GABINET.GOV.PL NIE ZAPEWNIATAKIEJ MOŻLIWOŚCI.

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



Fot. K. Bartyzel

Lekarze pytają, czy wystawienie bezpłatnej recepty w przypadku braku dostępu pacjenta do IKP może być przyczynkiem do finansowego ukarania medyka, jeśli okaże się, że ów pacjent nie jest ubezpieczony.

Zadałam dyrekcji Centrum e-Zdrowie pytanie, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrum e-Zdrowie i Ministerstwo Zdrowia prowadzą rozmowy dotyczące konieczności przyznania lekarzom dostępu do IKP lub zwolnienia ich z obowiązku sprawdzania ubezpieczenia każdego pacjenta oraz finansowych konsekwencji niedopełnienia tego obowiązku.

Ministerstwo Zdrowia, do którego przekierowano moje pismo, przesłało odpowiedź, w której jednoznacznie wyjaśnia, że wystawianie recept na bezpłatne leki dla osób poniżej 18. i powyżej 65. roku życia wiąże się z obowiązkiem dokonania weryfikacji historii wdrożonego leczenia. Niestety, nie każda osoba uprawniona do wystawiania recept ma automatyczny dostęp do danych medycznych świadczeniobiorcy. Brak aktywnego IKP nie może wpły-

wać na możliwość sprawdzenia ilości i rodzaju przepisywanych leków. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez NFZ, do weryfikacji ubezpieczenia pacjenta służy system eWUŚ, niezależny od systemu IKP. Lekarz ma więc możliwość sprawdzenia, czy pacjent jest ubezpieczony, bez względu na to, czy ma dostęp do IKP, czy nie.

Kwestię przyznania lekarzom i lekarzom denty stom dostępu do IKP lub zwolnienia ich z obowiązku sprawdzania każdego pacjenta rozwiązano w ten sposób, że Centrum e-Zdrowie przygotowało i udostępniło odpowiedni tryb dostępu do historii recept pacjenta bez jego zgody (tzw. tryb specjalny). Aby skorzystać z takiej możliwości, wystawiając e-receptę, lekarz musi zaznaczyć na niej dodatkowo „S” (wiek powyżej 65 lat) lub „Dz” (wiek poniżej 18 lat) oraz korzystać z gabinet.gov.pl lub systemu gabinetowego, w którym usługa dostępu specjalnego została zainstalowana przez dostawcę. Dzięki temu lekarze nie powinni mieć już problemu z weryfikacją historii recept żadnego pacjenta. ●



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?



Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik praw lekarza
Moniki Potockiej

🕒 środy i czwartki 12.00–16.00
✉️ rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl
☎️ 512 331 230 | 691 224 246



NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie PZU Dom i PZU Auto

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Każdy lekarz, który w ramach programu ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przystąpił do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) obowiązkowego lub dobrowolnego może skorzystać ze **zniżki do 20% m.in. na ubezpieczenia PZU Dom oraz PZU Auto.**

PZU Dom

Nawet drobne wypadki w domu lub mieszkaniu mogą wiele kosztować. Nie da się przewidzieć każdego nieszczęśliwego zdarzenia, ale można się zabezpieczyć.



Dlatego oferujemy ubezpieczenie PZU Dom w wariantcie Od Wszystkich Ryzyk. Dzięki niemu możemy pomóc w razie pożaru, przepięcia czy zalania oraz w wielu innych sytuacjach, np. gdy oberwą się szafki w kuchni czy myszy pogryzą przedmioty przechowywane w piwnicy.

Pakiet PZU Dom – co możemy ubezpieczyć:

- mury wraz ze stałymi elementami,
- wyposażenie domu lub mieszkania oraz posesji,
- przedmioty od stłuczenia,
- inne niż mieszkalne budynki, na terenie posesji (garaż, budynek gospodarczy).

PZU Dom to również możliwość skorzystania z pomocy fachowców, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, pomoc prawna i ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW).

PZU Auto

Z naszym ubezpieczeniem możesz czuć się bezpiecznie i liczyć na naszą pomoc w razie wielu nieprzewidzianych sytuacji na drodze.



PZU Auto to m.in.:

- **PZU Auto OC** – obowiązkowe ubezpieczenie, które pokryje ewentualne skutki kolizji lub wypadku,
- **PZU Auto AC** – wypłata odszkodowania w razie kradzieży, uszkodzenia lub zniszczenia pojazdu. Nasze autocasco chroni Cię od wielu ryzyk – także tych, których teraz nie potrafisz przewidzieć ani nazwać,
- **PZU Pomoc w Drodze** (usługi assistance) – w zależności od wariantu zorganizujemy np. naprawę na miejscu, holowanie, samochód zastępczy, dowóz paliwa, wymianę koła, nocleg, opiekę nad dziećmi, zmiennika kierowcy i wiele innych usług.

Proponujemy również ubezpieczenia dodatkowe, m.in. szyb, opon, NNW, pomoc prawną, auto zastępcze.

Wybierz pakiet ubezpieczeń PZU Auto i ze spokojem ruszaj do celu.

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto i PZU Dom dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Promocja jest skierowana do lekarzy przystępujących do programu do końca trwania ubezpieczenia. Szczegóły promocji znajdziesz również w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

OGRANICZENIA W WYSTAWIANIU RECEPT NA PREPARATY ZAWIERAJĄCE ŚRODKI ODURZAJĄCE

30 października 2024 r. opublikowane zostało, a 7 listopada 2024

weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia* dotyczące środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii i preparatów zawierających te środki lub substancje, mocą którego recepty na preparaty zawierające m.in. morfinę, oksykodon, fentanyl oraz ziele konopi mogą być wystawione wyłącznie po osobistym zbadaniu pacjenta.

Wymóg nie dotyczy tylko lekarzy pracujących w ramach umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli lekarze ci kontynuują leczenie preparatem zawierającym wspomniane substancje.

KARY ZA OFEROWANIE RECEPT W TRYBIE ONLINE

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie* 9 i 15 października 2024 r. orzekł, że placówka oferująca recepty na leki wyłącznie na podstawie wypełnianej przez pacjenta ankiety online naruszyła zbiorowe prawa pacjentów, a decyzja rzecznika praw pacjenta* o nałożeniu kary pieniężnej w wysokości ponad 230 tys. zł została wydana słusznie i zgodnie z prawem.

Rzecznik praw pacjenta uznał, że przez oferowanie szybkich konsultacji lekarskich przez Internet, z możliwością wystawienia e-recepty na podstawie wypełnianej przez pacjenta ankiety online, wspomniany podmiot narusza zbiorowe prawa pacjentów. Zarówno kontakt pacjenta z lekarzem, jak i pozyskanie od chorego dodatkowej dokumentacji medycznej, w tym podmiocie leczniczym nie były obowiązkowe. Zatem udzielano świadczeń zdrowotnych i wydawano orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta bez badania. Jest to niezgodne z art. 42 ust. 1 i 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz, w konsekwencji, narusza art. 8 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, który obowiązuje do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, a więc w sposób bezpieczny dla pacjenta i zgodny z prawem. Opisane postępowanie stanowiło za-

grożenie dla pacjentów, szczególnie w związku z możliwością uzyskania w ten sposób recept na leki odurzające, antydepresyjne, psychotropowe, psychoaktywne lub medyczną marihuanę. Wojewódzki Sąd Administracyjny oddalił skargi podmiotu leczniczego kwestionującego te decyzje.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE WIĘZIENNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

RPO* skierował do ministra sprawiedliwości listę problemów i postulatów dotyczących sposobu realizacji prawa osób pozbawionych wolności do opieki medycznej podczas ich przebywania w zakładach karnych i aresztach śledczych. Rzecznik podkreślił przy tym istotną rolę personelu medycznego w przeciwdziałaniu torturom, nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu albo karaniu ponad 70 tys. osób pozostających aktualnie w jednostkach penitencjarnych w Polsce. Zwrócił także uwagę na brak obowiązkowych badań lekarskich wszystkich nowo przyjmowanych osadzonych. Procedura wobec osadzonych przetransportowanych z innego zakładu karnego zazwyczaj ogranicza się do wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarki i ewentualnego skierowania do lekarza. Zdaniem rzecznika brak badania po przybyciu do jednostki, niezależnie od badania medycznego przed transportem, uniemożliwia wykrycie śladów przemocy, do której mogło dojść w czasie konwojowania.

Istotnym problemem więziennej opieki zdrowotnej jest także niewystarczająca obsada lekarska i pielęgniarska. Mimo wielokrotnie ponawianych ogłoszeń i rozmów z kandydatami i kandydatkami, brak chętnych do tej pracy. Zasadniczy problem stanowi niekonkurencyjne wynagrodzenie oraz trudne warunki pracy. Brak dostatecznie liczego personelu rodzi kolejne problemy: długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza, brak dokumentowania obrażeń, do jakich mogło dojść poza godzinami pracy ambulatorium, niewłaściwy nadzór nad osadzonymi przebywającymi w celi izolacyjnej, brak opieki całodobowej.

Bardzo trudna jest sytuacja osadzonych niesamodzielnych, przewlekle somatycznie chorych oraz starszych. W polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje jeden oddział szpitalny dla osób przewlekle somatycznie chorych, a ograniczona liczba miejsc, którą dysponuje, sprawia, że skazani czekają na przyjęcie nawet kilkanaście miesięcy. Osadzonymi niesamodzielnymi lub przewlekle somatycznie chorymi opiekują się na co dzień przede wszystkim pozostali więźniowie.

Sytuacja kobiet pozbawionych wolności również wymaga poprawy. Rzecznik podkreśla, że należy rozwiązać problemy dotyczące m.in. ciąży i opieki nad dziećmi, menstruacji i menopauzy w warunkach więziennych, korzystania ze specjalistycznych badań lekarskich, badań profilaktycznych oraz specjalistycznych programów dla kobiet nadużywających substancji odurzających.

RZECZNIK PRAW PACJENTA OPUBLIKOWAŁ STRATEGIĘ NA LATA 2024–2027

Dokument* prezentujący cele i środki działania rzecznika praw pacjenta na najbliższe lata został opublikowany w związku z 15-leciem istnienia tej funkcji. W wyniku analiz działalności rzecznika wskazano trzy kluczowe obszary.

Pierwszym jest zapobieganie naruszeniom praw pacjenta. Rzecznik postuluje przyznanie mu uprawnień analogicznych do posiadanych przez prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, tj. możliwości nakładania kar pieniężnych za samo złamanie zakazu praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a nie tylko w przypadku, gdy adresat decyzji nie zaniecha ich stosowania lub nie podejmie działań zmierzających do usunięcia skutków tych praktyk. Dodatkowo zalecana jest zmiana przepisów, której celem będzie uregulowanie sytuacji podmiotów naruszających zbiorowe prawa pacjentów uporczywie. Zdarza się bowiem, że mimo kar pieniężnych podmiot nie realizuje nałożonych na niego obowiązków. Wyznaczenie kary pieniężnej, a nawet jej zapłata nie może stanowić przyzwolenia na dalsze bezprawne działania.

Drugą sferą aktywności rzecznika ma być wspieranie pacjenta w korzystaniu z ochrony zdrowia. Konieczne jest zatem zapewnienie pacjentowi wiedzy o zasadach jej funkcjonowania. W dalszej perspektywie kompetentny pacjent oznacza mniejsze koszty dla całego systemu.

Trzecim obszarem jest wzmacnianie bezpieczeństwa pacjenta. Działania w tym zakresie mają polegać na gromadzeniu i analizie informacji o zdarzeniach niepożądanych, które

wystąpiły i miały negatywne konsekwencje, ale również tych, które nie miały poważnych skutków, a także na zapewnieniu sprawnego, prostego, szybkiego i efektywnego trybu wsparcia finansowego osób, które doznały szkody związanej z leczeniem. Poza tym chodzi o działania zmierzające do poprawy komunikacji między personelem medycznym a pacjentami, co przyczyni się do wzrostu zaufania do przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych i wpłynie na lepszą współpracę z chorymi w zakresie leczenia i dochodzenia do zdrowia.

PRZYPOMNIENIE O ZASADACH PROWADZENIA KONTROLI

Państwowa Inspekcja Sanitarna opublikowała komunikat* dotyczący zasad przeprowadzania kontroli u przedsiębiorców, m.in. w gabinetach lekarskich i stomatologicznych.

Kontroler musi wylegitymować się i przedłożyć upoważnienie do przeprowadzenia kontroli. Upoważnienie powinno zawierać przynajmniej podstawę prawną (zgodnie z jakimi przepisami przeprowadzana jest kontrola), wskazanie organu, który wydał upoważnienie, imię i nazwisko osoby przeprowadzającej kontrolę, numer jej legitymacji służbowej oraz zakres kontroli. Kontrola powinna być przeprowadzona po uprzednim zawiadomieniu. Wyjątkiem są przypadki, gdy dotyczy to kwestii bezpieczeństwa żywności, kiedy występuje podejrzenie popełnienia przestępstwa lub bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia oraz środowiska naturalnego. W trakcie kontroli pracownik inspekcji ma prawo m.in. wstępu do wszystkich pomieszczeń, pobierania próbek do badań laboratoryjnych, żądania pisemnych lub ustnych informacji, wzywania i przesłuchiwanie osób, żądania okazania dokumentów i udostępniania danych. Kontrola kończy się sporządzeniem protokołu, który zawiera przede wszystkim jej wyniki, informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach, uwagi i zastrzeżenia osób, które uczestniczyły w kontroli, a także zalecenia pokontrolne. ●

* Źródła:



USŁUGI KSIĘGOWE



W ramach opłacanej składki lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania kompleksowych usług księgowych.



Prowadź księgowość z OIL.
Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców za 150 zł/mies.
(pozostałą kwotę pokrywa izba).



Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Sytuacja w ochronie zdrowia w Austrii

W AUSTRII TRWA PROCES WYŁANIANIA NOWYCH WŁADZ. ZWYCIĘSTWO W WYBORACH PARLAMENTARNYCH, KTÓRE ODBYŁY SIĘ 29 WRZEŚNIA 2024 R., ODNIOSŁA WOLNOŚCIOWA PARTIA AUSTRII (FPÖ), A JEJ LIDER HERBERT KICKL OTRZYMAŁ OD PREZYDENTA MISJĘ TWORZENIA RZĄDU, JEDNAK MA BARDZO NIEWIELKIE SZANSE NA SUKCES. W PRZYPADKU NIEPOWODZENIA RZĄD UTWORZĄ NAJPRAWDOPODOBNIJ AUSTRIACKA PARTIA LUDOWA (ÖVP), SOCJALDEMOKRATYCZNA SPÖ I BYĆ MOŻE UMACNIAJĄCA SIĘ Z WYBORÓW NA WYBORY LIBERALNA NEOS (NOWA AUSTRIA I FORUM LIBERALNE), KTÓREJ LIDERKĄ JEST BEATE MEINL-REISINGER.

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

Autor jest politologiem, autorem książki „Węgry na nowo”.

Ta polityczna zawierucha, która trwa niedaleko naszych granic, stanowi dobry punkt wyjścia do poznania sytuacji austriackiej ochrony zdrowia. Jest ona bowiem przedmiotem kampanii wyborczej, która trwa niemalże cały bieżący rok – superrok wyborczy (niem. *Superwahljahr*), w którym doszło do skumulowania wyborów na szczeblu centralnym (wybory do Rady Narodowej i Parlamentu Europejskiego) i na różnych poziomach w kilku krajach związkowych (m.in. Salzburgu i Styrii).

Ochrona zdrowia w Austrii uważana jest za jeden z najlepiej rozwiniętych systemów opieki zdrowotnej na świecie. Oferuje szeroki zakres usług medycznych, a także istotnie wyższe (w porównaniu z polskimi) zarobki personelu medycznego. Dane OECD z 2022 r. mówią o tym, że całkowite wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 11,4 proc. PKB (w Polsce – 6,7 proc.). Na 1 tys. osób przypada 5,4 lekarza (w Polsce 3,4) oraz 10,6 pielęgniarki (w Polsce 5,7).

Zmienną, która przybliży Polskę do Austrii, jest liczba łóżek na 1 tys. mieszkańców. W Austrii wynosi 6,9 (co oznacza spadek), w Polsce – 6,3 (także spadek). Według danych zgromadzonych na platformie Statisty w 2023 r. w Austrii działały 262 szpitale (mowa o wszystkich obiektach uznawanych za szpitale w rozumieniu ustawy o zdrowiu i uzdrowiskach). Od 2018 r. ich liczba utrzymuje się na zbliżonym poziomie (plus–minus dwie placówki rocznie). Najwięcej szpitali funkcjonowało w 1986 r. (311).

Austriacki Urząd Statystyczny opublikował w czerwcu informację, że nakłady na ochronę zdrowia wyniosły 52,28 mld euro, czyli 10,9 proc. PKB.

Spadek rok do roku był wynikiem m.in. inflacji, ponieważ nominalne wydatki w latach 2022–2023 wzrosły o 2,38 mld euro (4,8 proc.). System ochrony zdrowia w Austrii oparty jest na powszechnych składkach. W 2021 r. wyniosły około 22 mld euro. Powszechne ubezpieczenie pokrywa zdecydowaną większość kosztów usług medycznych, w niektórych przypadkach (m.in. pobytu w szpitalu) należy dopłacić do części usług. Mniej więcej jedna czwarta Austriaków korzysta z dodatkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Austriacki Urząd Statystyczny, największą część wydatków na opiekę zdrowotną stanowią koszty szpitali (około 50 proc.), leków i terapii (około 25 proc.), a także usług ambulatoryjnych (około 15 proc.). Odpowiedzialność za ochronę zdrowia jest podzielona między państwo i kraje związkowe. Rząd w Wiedniu kładzie duży nacisk na nowoczesne technologie, wykorzystywane w tym sektorze, a także program cyfryzacji stosowany w usługach medycznych. Wyzwaniem dla systemu jest starzenie się społeczeństwa, co, podobnie jak w innych państwach regionu, wymaga zwiększania nakładów na sektory, które opiekują się osobami starszymi. Do 2030 r. 29 proc. populacji osiągnie wiek 65 i więcej lat, a w 2050 nawet 33 proc. Wzrasta także średnia długość życia. O ile w 2019 r. wynosiła 81,9 roku, o tyle w 2030 według przewidywań sięgnie 83,5 roku, a w 2050 – 85,5. To m.in. sprawia, że do 2030 r. nakłady na ochronę zdrowia będą musiały wzrosnąć o 30–40 proc.

Zgodnie z danymi z 2023 r., w Austrii pracuje blisko 50 tys. lekarzy, niemal dwukrotnie więcej niż w 1990. Państwo to cieszy się jednym z najlepszych wskaźników liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Z polskiej perspektywy paradoksem jest, że właśnie liczba lekarzy i pielęgniarek stanowić będzie wyzwanie dla systemu austriackiej opieki zdrowotnej. Rzecz w tym, że już teraz notowany jest niedobór personelu w specjalizacjach takich jak geriatria czy psychiatria. Część lekarzy decyduje się na pracę w miastach, co prowadzi do problemów z ich dostępnością w mniejszych ośrodkach miejskich i na wsi. Christian Domke Seidel z portalu Arbeit&Wirtschaft Magazin pisał w czerwcu 2024 r., że w sektorach związanych z opieką pielęgniarską pracuje 127 tys. osób, a według danych Federalnego Ministerstwa Spraw Społecznych, Zdrowia, Opieki i Ochrony Konsumentów (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) na skutek zmian demograficznych do 2030 r. potrzebnych będzie około 76 tys. nowych pracowników. Szansą na zwiększenie liczebności kadry jest zatrudnienie obcokrajowców, ale przeszkodą – bariera językowa. Austriacki dziennik „Der Standard” informował w maju, że w ciągu kilku najbliższych lat niezbędne będzie obsadzenie w Austrii nawet pół miliona stanowisk, m.in. w ochronie zdrowia, dlatego ściąga się np. pielęgniarki z Filipin. Autor artykułu, Günther Strobl, wskazuje, że pierwsze próby rekrutacji na Filipinach sięgają lat 70. XX w., kiedy starano się pozyskać głównie pielęgniarki, które chciałyby pracować w wiedeńskich szpitalach.

Z kolei Harald Mayer, drugi wiceprezes Austriackiego Stowarzyszenia Lekarzy (Österreichischen Ärztekammer), mówił w wywiadzie dla niemieckiego portalu branżowego Ärztstellen, że około 16 proc. z ponad 49 tys. lekarzy pracujących w Austrii nie ma austriackiego obywatelstwa. Wśród nich jest ponad 3200 Niemców. Podkreślał, że władze zachęcają młodzież z innych krajów Europy do podjęcia studiów medycznych w Austrii. Rzecz w tym, że spośród około 1300 absolwentów medycyny każdego roku tylko około 800 pozostaje w Austrii. W jego opinii to zbyt mało. Co ciekawe, według badań przeprowadzonych przez Österreichischen Ärztekammer, 75 proc. Niemców, którzy studiują medycynę w Austrii, po ukończeniu nauki opuszcza kraj.

Poza Niemcami w Austrii pracują lekarze m.in. z Europy Środkowo-Wschodniej (z Polski, Słowacji, Węgier), a spoza UE m.in. z Serbii oraz Bośni i Hercegowiny. System kształcenia

medycznego w Austrii został zreorganizowany w 2015 r. Studia trwają 12 semestrów, a potem ich adept rozpoczyna szkolenie ogólne bądź specjalistyczne. Według branżowego portalu austriackiego praktischArzt lekarz rezydent zarabia blisko 50 tys. euro rocznie. Portal wskazuje jednak, że różnice w płacach osób zajmujących różne stanowiska, z uwagi na brak przejrzystego systemu wynagradzania, wynoszą nawet kilka tysięcy euro rocznie. Lekarz ogólny w szpitalu zarobić może rocznie 50–80 tys. euro, a specjalista 55–90 tys. Płace różnią się także w zależności od kraju związkowego, w którym praca zostaje podjęta.

Podczas kampanii wyborczej wszystkie partie łączyło przekonanie, że system opieki zdrowotnej osiągnął granice wydolności. Wskazywano, że doświadczenie wynikające z pandemii COVID-19 powinno zaowocować wzmocnieniem systemu w celu przygotowania go na przyszłe kryzysy, a także likwidacji problemu z dostępnością lekarzy.

Wolnościowa Partia Austrii, która wybory wygrała, krytykowała obecną sytuację w służbie zdrowia. Postulowała zmniejszenie kosztów związanych z ubezpieczeniami zdrowotnymi, a także położenie większego nacisku na prywatne ubezpieczenia. Politycy tej partii proponowali wprowadzenie zasady pierwszeństwa przyjmowania do lekarza osób, które mają austriackie obywatelstwo. Z kolei chadecy z ÖVP chcieli zwiększenia nakładów ponoszonych na służbę zdrowia. Zgodnie z ich życzeniem dodatkowe środki miałyby być przeznaczone na modernizację infrastruktury szpitalnej, a także poprawę efektywności służby zdrowia m.in. z uwagi na cyfryzację usług zdrowotnych. Socjaldemokratyczna SPÖ natomiast kładła nacisk na zapewnienie powszechnego dostępu do usług medycznych oraz walkę z nierównościami w możliwościach korzystania z opieki zdrowotnej. Chciała też zwiększenia liczby lekarzy i pielęgniarek, aby zredukować obciążenie istniejącego personelu oraz skrócić czas oczekiwania na leczenie. W tym celu ugrupowanie proponowało podwojenie liczby miejsc na studiach lekarskich, zagwarantowanie pierwszeństwa przyjęcia tym studentom, którzy zobowiążą się do podjęcia praktyki lekarskiej. Ciekawe, że chadecy chcieli zaproszenia obcokrajowców do wykonywania pracy związanej z opieką pielęgniarską, podczas gdy zarówno FPÖ, jak i SPÖ pomysł odrzucały, uważając, że skoro obywatele państw trzecich już są w Austrii, to można ich przeszkolić do wykonywania nowego zawodu. ●

OGŁOSZENIA

Wynajmę swoją nieruchomość powstałą w 2023 r., o powierzchni 103,51 mkw., na działalność medyczną. Lokal położony jest w Warszawie, przy ul. Biały Kamień. Są w nim: recepcja, trzy gabinety lekarskie, pokój socjalny, pomieszczenie na odpady, łazienka dla personelu, łazienka dla pacjentów. Wszystkie gabinety wyposażone są w klimatyzację, biurka, krzesła, meble robione na wymiar, zlew. Zainteresowane osoby zapraszam do kontaktu telefonicznego, pod numerem 530 720 172.

Sprzedam POZ w okolicach Włocławka. Tel.: 502 991 377.

Samotny rejs na Morze Barentsa

28 CZERWCA 2024 R. RUSZAM Z MARINY LUBCZYNA (KOŁO SZCZECINA).
NA POKŁADZIE MOJEGO 6,5-METROWEGO RIB-A „BATMAN” MAM EKWIPUNEK,
KTÓRY UMOŻLIWI MI BEZPIECZNE PRZEBYCIE DYSTANSU PONAD 4160 MIL MORSKICH.

tekst **ARTUR BIEL**



Fotografie: archiwum autora

Zaraz po wyjściu na otwarte morze muszę zredukować prędkość, gdyż niektóre urządzenia wyskakują z pancernych mocowań. Doceniam teraz w pełni zalety amortyzowanego siedziska. Mija osiem godzin. Kurczowo wczepiony w koło sterowe i mocno zaparty nogami z przerażeniem obserwuję ponadpółtorametrowe fale, które atakują „Batmana” ze wszystkich stron, obracając go czasami o ponad 90°. Prędkość z początkowych 20 węzłów (38 km/godz.) spada do 7 węzłów (12,6 km/godz.). Brzeg Norwegii jest ciągle ledwo widocznym pasmem na ciemniejącym horyzoncie. Po 11 godzinach udręki osiągam wreszcie Farsund. Mimo że jest pierwsza w nocy, panuje półmrok. Jestem już wystarczająco daleko na północy, aby doświadczyć efektu dnia polarnego.

Kolejne dni płynę na północ. Mijam Stavanger, Bergen i Ålesund. Za Ålesund wpywam na kamienistą mieliznę. Reaguję szybko, wyskakuję za burtę i przez ponad 40 minut walczę z falami, by zepchnąć „Batmana” z mielizny. Śruba jest niegroźnie uszkodzona, mogę kontynuować rejs.

Dopływam do Stetind, charakterystycznej góry Norwegii. Unosząc się na idealnie gładkiej powierzchni małego fiordu, jem obiad w tej olśniewającej scenerii. Dni stają się coraz dłuższe, w nocy jest widno jak w dzień. Kąpiąc się co rano w morskich falach, uważnie się rozglądam. Wielkich meduz tu nie brakuje. Ostatnie, czego bym sobie życzył, to paść ofiarą ich śmiertelnych parzydełek z gołym tyłkiem i szczoteczką do mycia zębów w ustach.

Kiedy zbliżam się do Przylądka Północnego, nadchodzi sztorm. Częściowo osłonięty przed gniewem morza licznymi wyspami, zmagam się z ponadpółtorametrowymi falami, które co chwila zalewają pokład setkami litrów wody. Po ciężkiej przeprawie docieram do portu Honningsvåg, gdzie robię sobie dzień wolny. Wydobywam ze skrzyni mój rower i idę w 70-kilometrową trasę górzystymi drogami na Nordkapp. Rozciągający się z niego widok na wschód i otwarte Morze Barentsa dobitnie uzmysławia mi, że żarty się skończyły.

Do Vardø, położonego 150 km od Murmańska, wyruszam w pełni skoncentrowany. Po drodze cieszę oczy widokiem niezliczonych puffinów – przezabawnych morskich ptaszków,

Płynę samotnie, bez żadnej asekuracji, dlatego zabrałem ze sobą m.in.: kuchenkę gazową, liofilizowane jedzenie, zapas wody pitnej, namiot, śpiwór, karimatę, ale również składany minirowerek elektryczny, zamknięty bezpiecznie w transportowej skrzyni. Mój RIB „Batman” jest zbudowany specjalnie na dalekie rejsy pełnomorskie i oceaniczne. Ma powiększony zbiornik, mieszczący 300 l paliwa, a na pokładzie mieści się jeszcze 250 l. Zapewnia to przepłynięcie około 700 km.

Późnym wieczorem pierwszego dnia docieram do pięknego niemieckiego miasteczka Stralsund, budzącej mój podziw prawdziwej perełki architektonicznej, leżącej 90 km w linii prostej od Świnoujścia.

Kolejny dzień to już pełnowymiarowa praca na morzu, w ciągu 12 godzin pokonuję cieśninę Wielki Bełt i nocą melduję się w marinie Aalborg. Rano zwiedzam pobliskie muzeum morskie i ruszam na śródlądowy trawers Danii, gdzie spotykam wiele małych, czarnych delfinków – morświnów. Po południu docieram do zachodniej krawędzi Półwyspu Jutlandzkiego. Przede mną 170-kilometrowy odcinek otwartego morza do portu w Farsund.



noszących w ogóle do nich niepasującą polską nazwę – maskonury. Spotygam też orki, ale na ich widok od razu koryguję kurs na odchodzący i zwiększam prędkość. Vardø ma surowy klimat miasteczek polarnych. Na wyspie rozlokowanych jest kilka potężnych urządzeń radiolokacyjnych. To zrozumiałe, skoro w odległości około 100 km zaczyna się Rosja. Oglądam słynną rzeźbę Drakkar Leviathan – połączenie łodzi wikingów z morskim potworem, i Steilneset minnested – niezwykle tajemniczy pomnik upamiętniający spalenie żywcem 91 osób podejrzanych o praktykowanie czarnej magii. Zaczyna ostro padać, jedyny hotel w miasteczku jest pełny, nie ma też miejsca na rozbicie namiotu. Z pomocą przychodzi mi właściciel kutra wycieczkowego, były hokeista drużyny z Vardø, i noc spędzam bezpieczny od deszczu pod pokładem jego jednostki.

Następnego rana wyruszam w drogę powrotną, gdyż pod koniec dnia pogoda ma się załamać. 220 km po Morzu Barentsa z początku mija spokojnie. Po kilku godzinach wpływam pod szczelną warstwę chmur utrzymujących się około 10 m nad powierzchnią morza. Dopływam do Honningsvåg, zmagając się już z ostrymi, krótkimi i szybko rosnącymi falami. Ledwie udaje mi się schronić w porcie, a morze rusza w ostry tan. Fale huśtają dużymi kutrami i zmuszają mnie do szybkiego przecumowania „Batmana” do najbardziej osłoniętego pirsu. Wiatr wieje w porywach do 70 km/godz. Morze tańczy, smagane wiatrem, przez kolejne dwa dni.

Staję przed problemem przeglądu silników. Najbliższy wolny termin oferowany przez lokalne firmy to dwa tygodnie, a najbliższy salon z częściami do moich silników znajduje się w odległości ponad 220 km. Z pomocą przychodzi mi Grzegorz – oficer Polskiej Floty i od 17 lat norweski rybak.

Jedziemy jego autem po części. Jeszcze tylko usługa miejscowego operatora mobilnego dźwigu i po trzech dniach „Batman” jest na wodzie, gotowy do dalszej drogi.

Zmierzając na południe, odwiedzam Lofoty, gdzie piękno natury jest uderzające. Archipelag należy do najwspanialszych na świecie. Kiedy pogoda się poprawia, płynę na wyspę Runde będącą jedną z największych na świecie ostoi ptaków morskich. Żyje ich tu podobno ponad pół miliona. Wisienką na torcie tej wyspy jest góra maskonurów. Ptaki nie uciekają na widok ludzi i można do nich podejść na wyciągnięcie ręki.

W Stavanger mam kolejny przymusowy postój, bo pogoda psuje się coraz częściej. Prognozy zwiastują jeden dzień spokojnego morza, a potem wielodniowy okres znacznego pogorszenia się warunków. Chcąc wykorzystać to okienko pogodowe, wyruszam na morze po piątej rano. Po początkowo spokojnym rejsie koło południa zawijam do Kristiansand. Stąd jest 170 km otwartego morza do Danii. Szybko się przekonuję, że prognozy mocno nie doszacowały wysokości fal. Co chwila jestem zalewany dziesiątkami litrów wody i uderzany przeszło półtorametrowymi falami. Po siedmiu godzinach ciężkich zmagani dopływam do wybrzeży Danii, a po kolejnych sześciu zawijam do osłoniętego portu. Po drodze jednak zaliczam piaszczystą mieliznę, z której po nerwowych 15 nocnych minutach udaje mi się wydostać. Podczas 19-godzinnego rejsu przepłynąłem ponad 550 km.

Kolejne trzy dni to wyścig z ciągle pogarszającą się pogodą. Muszę zmienić początkowe założenie płynięcia przez Bornholm do Gdyni, gdyż na Bałtyku szaleje sztorm. Obieram więc bezpieczniejszy kurs na Szczecin, gdzie dopływam po 30 dniach od wyruszenia. ●

Lekarz to trudny zawód – wspomnienia chirurga dr. Mariana Wagnera

PACJENCI ZNAJĄ ZNAKOMITEGO CHIRURGA DR. MARIANA WAGNERA, BO JAK MÓWI ŻARTOBLIWIE JEGO ŻONA TERESA: – W PIASECZNIE BYŁO TYLKO KILKU LEKARZY, WIĘC SIŁĄ RZECZY KAŻDY CHOĆ RAZ W ŻYCIU MUSIAŁ SIĘ Z CHIRURGIEM SPOTKAĆ.

tekst MAŁGORZATA SZTUROMSKA



Fot. archiwum

W połowie lat 70. XX w. dr Wagner był jedynym lekarzem w mieście i okolicy z II stopniem specjalizacji. Zapytałam go zatem o historię jego edukacji. – *Mimo że mama była nauczycielką w szkole przy ul. Świętojańskiej, moją pierwszą szkołą była prywatna szkoła pani Różyckiej, przy ul. Paprociowej w Zalesiu. To była mała szkoła i – w przeciwieństwie do państwowej przy Świętojańskiej – spokojna i bez łobuzerii – zaczyna swą opowieść doktor.*

Dopiero w trzeciej klasie mama Wiktoria biera syna do klasy, w której była wychowawczynią. Efekt? Marian kończy podstawówkę w wieku 12 lat. Kuratorium wyraża zgodę na egzamin do szkoły średniej na zasadzie: jak zda, to niech się tam uczy. Marian zdaje.

NAUKA I WIELKA MIŁOŚĆ

W liceum Marian poznaje Tereskę, zakochują się w sobie i po kilku latach biorą ślub. Zanim to jednak nastąpi, przyszły mistrz skalpela zdaje maturę w 1957 r. w sławnej Platerówce. Dobrze przygotowany do egzaminów, nie dostaje się jednak na medycynę w warszawskiej AM. Cóż, wówczas nawet same piątki na egzaminie wstępnym nie dawały gwarancji otrzymania indeksu, potrzebne były punkty za pochodzenie społeczne! Marian postanawia zdawać na medycynę w Szczecinie i tam szczęśliwie otrzymuje indeks.

W tym czasie w wieku zaledwie 58 lat umiera na raka ojciec Mariana, Antoni Wagner. Przed śmiercią jeszcze tylko zdąży zapytać syna o jego

plany i z troską powiedzieć: – *Lekarz to trudny zawód.* Do dziś Marian pamięta te słowa i pieczołowicie przechowuje cenny dokument – patent oficerski ojca na stopień podporucznika podpisany przez marszałka Józefa Piłsudskiego.

Pani Teresa, położna, dziś na emeryturze, podczas naszej rozmowy wchodzi do pokoju. Ścisła coś zawiniętego w kocyk. Małeńki piesek z koszmarną hodowlą, przyniesiony do Wagnerów poprzedniego dnia, drży ze strachu. Mały szkielet, młodziotka suczka, która rodziła już trzy razy. Dwa miesiące później razem ze sznau-cerem będzie biegała grubiotka (ciągle kruszynka, ale już w eleganckim kubraczku) i witała radosnym szczekaniem. Tak to już jest u Wagnerów, wiadomo: służba zdrowia, to wszyscy mają być zdrowi!

Teresa w rozmowie wraca do lat 60. Opowiada, jak pojechała do Szczecina, będąc w widocznej ciąży, spotkała się z rektorem uczelni i oświadczyła, że trzeba przenieść męża do Warszawy. Przenosiny studentów między uczelniami były w tym czasie trudne, ale kto by odmówił Teresie? I Marian kończy medycynę w Warszawie.

PRACA W POGOTOWIU

We wrześniu dr Marian Wagner odbiera dyplom, ale pracę zaczyna wcześniej, już w czerwcu. To praca w pogotowiu, dyżurowa. W dni powszednie dyżur trwa 17 godzin, w święta – 24 godziny. Na początku piaseczyńskie PR nie ma wystarczającej liczby etatów, koledzy więc oddają swoje dyżury.



Szpital w Piasecznie. Wczesne lata 60. XX w.

Pogotowie, dysponujące dwoma zespołami karetek i karetką przewozową, obsługuje obszar zamieszany przez 120 tys. osób i tej samej populacji służy piaseczyński szpital. Liczba mieszkańców determinuje pracę lekarzy, bo karetki wyjeżdżają bardzo często i na ogół obie są w terenie. Zespół karetki składa się z lekarza, kierowcy i sanitariusza. Sanitariusz są chłoporobotnikami, nieposiadającymi wiedzy medycznej, ale z czasem uczą się podstawowych czynności. Umieją np. wyszukać w torbie lekarskiej odpowiednie lekarstwo lub narzędzie, potrzebne w danej chwili lekarzowi badającemu chorego, noszą torby lekarskie i razem z kierowcą dźwigają nosze z pacjentem. Praca zespołu jest trudna, często bywa wzywany do bardzo ciężkich przypadków, w celu ratowania życia.

W ambulatorium pracuje jeszcze felczer. Wiąże się z nim anegdota, która przetrwała dziesięciolecia. Któregoś razu felczer wypisał akt zgonu. Kierownik pogotowia dr Baniewicz przyszedł do niego i mówi: – *Panie kochany, jak pan jeszcze raz wypisze akt zgonu bez oglądania pacjenta, to pana wyrzucę z pracy.*

– *Ale o co chodzi, panie doktorze? Przecież widziałem, że dwie kobiety nad nim stoją i płaczą, a on siny. Było pewne, że to nieboszczyk.*

– *A przewrócił pan pacjenta na brzuch?* – zapytał doktor Baniewicz.

– *No, nie* – odpowiedział niepewnie felczer. Okazało się, że pacjent miał nóż w plecach i jeszcze żył. Oczywiście, chirurg wiedział, co ma robić w takiej sytuacji.

Pogotowie było wzywane do wypadków, ale też np. na izbę porodową, w której kobieta rodziła, i nagle okazywało się, że poród jest trudny. Dzwoniła położna i wzywała karetkę, bo się bała, że sobie z takim porodem nie poradzi. Ciekawostką jest także,

że w tamtych latach w pogotowiu wszyscy pracowali we własnych ubraniach, najwyżej zakładali fartuchy, a i to nie zawsze.

SZPITAL I WOJSKO

Praca w pogotowiu dla młodego lekarza, jakim był wówczas dr Wagner, była mało satysfakcjonująca. Prawdą jest bowiem, że na początku kariery lekarskiej każdy powinien pracować w szpitalu, by nabyć i wiedzę, i doświadczenie. W końcu jednak przychodzi angaż do szpitala w Piasecznie. Dr Wagner pracuje tam jednak zaledwie cztery miesiące i zostaje przeniesiony do szpitala wojewódzkiego przy ul. Czerniakowskiej w Warszawie. Kończy staż i rozpoczyna pracę na oddziale chirurgicznym, pod okiem doc. Andrzeja Kawalskiego, lekarza, który do Szpitala Czerniakowskiego został oddelegowany z Łodzi. Dla dr. Wagnera to praca wymarzona i pewnie długo by tu służył pacjentom, gdyby los nie zdecydował inaczej. ➤



Karetka pogotowia, koniec lat 60. XX w.



Marian Wagner z prawnikiem

Fot. archiwum rodziny Wagnerów

OTK mają najczęściej wykształcenie podstawowe i są zatrudniani głównie na budowach domów i dróg. Gdy doktor pełni swoją dwuletnią służbę, w czasie dyżurów zwykle zdarzają się tylko drobne urazy. Rzadko pozostawia się chorego na obserwację w niewielkiej izbie przyjęć.

PRAKTYKA

Niestety, powrót dr. Wagnera po odbyciu służby wojskowej do szpitala wojewódzkiego okazuje się niemożliwy, bo zajęte są już wszystkie etaty. Jest więc zmuszony zatrudnić się w przychodni zdrowia. Pracuje w niej jakiś czas, aż w końcu rozpoczyna specjalizację. Właściwie zdobywa jej I stopień (tok nauki przerwało wojsko), a następnie rozpoczyna II. W tamtych czasach trzeba było jeździć na kursy do różnych szpitali, ocenianych naukowo dość wysoko, i na poszczególnych oddziałach odbywać praktykę lekarską. Przykładowo praktyka urologiczna odbywała się w szpitalu przy ul. Czerniakowskiej, z chirurgii urazowej – w szpitalu przy Barskiej, z torakochirurgii – w placówce w Białymstoku.

Po uzyskaniu II stopnia specjalizacji Marian Wagner zostaje przyjęty do piaseczyńskiego szpitala, w którym wówczas nie było lekarza z drugą specjalizacją, więc zaangażowano doktora ze Zgierza, ale ten doznał zawału. Choć zatem dr. Marianowi Wagnerowi powierzono stanowisko zastępcy ordynatora, w zasadzie pełnił funkcję ordynatora szpitala.

- ▶ Los, czyli powołanie do wojska. W tamtym okresie nie było absolutnie możliwości odwołania się od decyzji dowódców, bo armia potrzebowała młodych, zdolnych lekarzy. I tak wzięli doktora w kamasze. Został zatrudniony w Radomiu. Służba wówczas trwała dwa lata, siedział więc doktor w izbie przyjęć i, jak to się w żargonie mówiło, „obstawiał lotnisko”.

Praca dr. Wagnera na lotnisku przypadła na czas powołania formacji Obrony Terytorialnej Kraju (1959 r.), która była elementem Sił Zbrojnych PRL. Do zadań OTK należała m.in. ochrona obiektów ważnych dla gospodarki i administracji, infrastruktury komunikacyjnej, przegrupowań własnych wojsk operacyjnych i armii Układu Warszawskiego. OTK prowadziła też różne akcje ratunkowe.

W wojskowej izbie przyjęć w Radomiu lekarzy OTK traktuje się specyficznie, bo z lekarzem dyżuruje żołnierz rozprawdzający. W czasie służby dr. Wagnera żołnierzem tym jest *nomen omen* Przydatek. Jak to wygląda w praktyce? Przychodzi np. do Przydatka sześciuosobowa grupa żołnierzy. Żołnierze chcą iść do lekarza, ale wtedy Przydatek oświadcza kategorycznie: – *Nie ma do lekarza, najpierw idziecie do mnie. Mówcie, w jakiej sprawie. Nie ma tak, że się od razu wchodzi do lekarza, ja tu jestem przed lekarzem.* I decyduje, czy rzeczywiście warto skierować delikwenta do doktora. Żołnierze

W małym szpitalu przy ul. Mickiewicza jest jedna sala operacyjna, która służy ginekologii i chirurgii. Budynek piaseczyńskiego szpitala został wybudowany z myślą o dzieciach i był przed wojną przeznaczony na dom dziecka. Zupełnie nie spełnia zatem warunków wymaganych do leczenia chorych. Brak windy, schody są nieprzystosowane do transportowania noszy, ale szpital jest tu konieczny, a innego miejsca dla niego nie ma.

Natomiast w szpitalu wojewódzkim, w którym później doktor będzie samodzielnie wykonywał operacje, bo II stopień specjalizacji na to mu pozwala, są dwie sale: jedna – zwana czystą, druga – brudną. Brudna sala służy najczęściej pacjentom z ostrych dyżurów. I paradoksalnie po operacji na sali brudnej nie zdarzają się infekcje, co dość trudno wyjaśnić.

Z tych piaseczyńskich czasów, gdy jeszcze istniał oddział chirurgiczny, dr. Wagner wspomina dr. Stefana Żeglińskiego, dyrektora i ordynatora, bardzo szanowanego przez mieszkańców lekarza, który miał ciekawą przeszłość powstańczą. Uratował np. w czasie powstania warszawskiego powstańcy szpital przed zagładą. Ale to temat na inne opowiadanie...

Dr. Mariana Wagnera spotkałam w Zalesiu Górnym, dziś jest na emeryturze. To znakomity gawędziarz i bardzo dziękuję mu za podzielenie się swoją historią. ●





NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie OC w składce

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu.

 **NOWOŚĆ**
W 2024 roku zakres ubezpieczenia **został dodatkowo rozszerzony o zwrot kosztów nieprawidłowej refundacji.**


 Każdy ubezpieczony lekarz otrzyma **do 20% zniżki na wybrane ubezpieczenia** (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy

Gwarantujemy Ci pełną ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.

 **Ubezpieczenie utraty dochodu** – odszkodowanie nawet do 180 tys. zł

 **Ubezpieczenie ochrony prawnej** nawet do 500 tys. zł

 **Ubezpieczenie OC nadwyżkowe** – zakres ubezpieczenia możesz rozszerzyć o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną do wysokości aż 6 mln zł

 **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)** związane z ekspozycją na HIV/WZW

 **Ubezpieczenie PZU Wojażer** dla lekarzy na cały rok

Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Podstawowy zakres ochrony prawnej
- ✓ Szeroki zakres ubezpieczenia
- ✓ Wysokie sumy gwarancyjne – aż do 6 mln zł
- ✓ Preferencyjna składka ustalona dla lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- ✓ Przeznaczona specjalnie dla lekarzy ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w dowolnym momencie i z dowolnego miejsca
- ✓ Uprozczone formalności i oszczędność czasu
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość opłacania składki online

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Promocja jest skierowana do lekarzy przystępujących do programu do końca trwania ubezpieczenia. Szczegóły promocji znajdziesz również w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



Plener malarski w Radziejowicach

OD 17 DO 23 PAŹDZIERNIKA TRWAŁ PLENER MALARSKI CZŁONKÓW SEKCJI MALARSKIEJ KOMISJI KULTURY ORL, KTÓRY ZORGANIZOWAŁA JEJ PRZEWODNICZĄCA BOŻENA HOFFMAN-GOLAŃSKA.



Fot. W. Cerański



Plener był wyjątkowy, bo i miejsce wyjątkowe – Dom Pracy Twórczej. Pogoda dopisała, panowała prawdziwa złota jesień. W plenerze uczestniczyli: Wiktoria Mikulska, Anna Grzybowska, Anna Boszko, Krystyna Rusiniak-Kubik, Krystyna Dowgier-Malinowska, Stefan Werbel, Marek Obersztyn, Waldemar Rogala i Włodzimierz Cerański.

Zakwaterowano nas w Dworze Modrzewiowym, do dyspozycji otrzymaliśmy pracownię Katharsis.

W dzień malowaliśmy w plenerze i w pracowni, wieczorami słuchaliśmy koncertów muzyki poważnej w pałacu i w nowym Domu Sztuki.

Powstały 23 obrazy na płótnie oraz 22 prace na papierze. Na naszym wernisazu gościliśmy grupę malarską z Warszawy, niezrzeszoną, ale bardzo zżytą. ●

Włodzimierz Cerański

**Komisja Lekarzy Seniorów
serdecznie zaprasza lekarzy seniorów
na spotkanie wigilijne**

w poniedziałek, 16 grudnia, o godz. 14.00,
w Klubie Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.
Zapisy do 10.12.2024 r. u Renaty Sobolewskiej, tel. 22 542 83 30.

Lekarze bohaterowie. Historia medycyny i patriotyzmu

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



Książka „Lekarze i studenci medycyny. Kawalerowie Orderu Virtuti Militari w latach 1792–1945” autorstwa Hanny Bojczuk i Haliny Dusińskiej stanowi istotne opracowanie dla wszystkich zainteresowanych historią medycyny, wojskowości oraz polskiego patriotyzmu. Publikacja, oparta na rzetelnych badaniach i dokumentacji, prezentuje sylwetki lekarzy, felczerów i studentów medycyny wyróżnionych Orderem Virtuti Militari – najwyższym odznaczeniem wojskowym w Polsce, przyznawanym za bohaterstwo na polu walki.

Autorki przedstawiają losy tych niezwykłych osób na przestrzeni ponad 150 lat, od czasów insurekcji kościuszkowskiej do końca II wojny światowej. To unikalny poczet ludzi, którzy łączyli wiedzę medyczną z odwagą i poświęceniem.

Dla pasjonatów historii Polski, wojskowości i medycyny książka ta z pewnością będzie cenną lekturą. Dowodzi, że bohaterami bywają nie tylko posługujący się bronią, ale także korzystający z narzędzi medycznych, a misja lekarza na froncie jest równie istotna jak rola żołnierza.

„Lekarze i studenci medycyny. Kawalerowie Orderu Virtuti Militari w latach 1792–1945” to także inspirujący hołd dla tych, którzy swoje umiejętności poświęcili ojczyźnie. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

WYKŁADY PLANOWANE W I SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 3.12.2024 r., godz. 11.00** „Kultura w nauczaniu kardynała Stefana Wyszyńskiego” – prof. dr hab. Edward Jarmoch
- 17.12.2024 r., godz. 11.00** Spotkanie przedświąteczne
- 7.01.2025 r., godz. 11.00** „ABC wirusowych zapaleń wątroby” – dr n. med. Barbara Kowalik-Mikołajewska
- 21.01.2025 r., godz. 11.00** „Aspekty prawne i kryminalistyczne sprawy Bielaja vel Ślezki” – płk dr Marek Pużycki
- 4.02.2025 r., godz. 11.00** „Motocyklowa podróż do Japonii. Kobieta na motocyklu”
– mgr Anna Jackowska-Pluta

**Liczba miejsc ograniczona. Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.
W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.**

W każdy poniedziałek i czwartek, o godz. 11.00, zapraszamy na zajęcia gimnastyczne
„Zdrowy kręgosłup metodą FMS” (sala 2.79 na I piętrze)
do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM, przy ul. Księcia Trojdena 2c.

Konieczne jest obuwie na zmianę, dla komfortu warto też zabrać strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

IV Konkurs Fotograficzny ROZSTRZYGNIECIE

KOMISJA KULTURY ORL W WARSZAWIE 4 LISTOPADA 2024 R. WYŁONIŁA
ZWYCIĘZCÓW IV KONKURSU FOTOGRAFICZNEGO DLA LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW. WRĘCZENIE NAGRÓD ODBĘDZIE SIĘ 7 GRUDNIA 2024 R.



🌐 Statuetkę GRAND PRIX przyznano
Michałowi Tyrajskiemu.

Z 97 zdjęć zgłoszonych
na konkurs w kategorii
„Pejzaż nocny” jury wybrało
trzy prace, których autorzy
zostali nagrodzeni
szklanymi statuetkami:

🌐 I miejsce – **Krzysztof Muskalski**

🌐 II miejsce – **Jerzy Ratajski**

🌐 III miejsce – **Dariusz Osiak.**

Wyróżniono zdjęcia:

Dariusza Hankiewicza,
Jacka Maciejewskiego,
Bartłomieja Matłosa
i Krzysztofa Wałeckiego.

W kategorii „Abstrakcja”
oceniało 88 prac. Decyzją jury
szklane statuetki otrzymali:

🌐 I miejsce – **Jakub Steller**

🌐 II miejsce – **Halina Baćmaga**

🌐 III miejsce – **Olga Żydecka.**

Wyróżnienia przyznano:

Marii Kaczorowskiej,
Jerzemu Ratajskiemu
oraz Dariuszowi Tulei.

W konkursie wzięło udział 27 osób.
Uroczyste wręczenie nagród nastąpi
7 grudnia 2024 r. podczas
Lekarskiej Wystawy Fotograficznej
w Centrum Łowicka w Warszawie.
Wszyscy laureaci otrzymają
pamiątkowe dyplomy,
a ich zdjęcia zostaną wydrukowane
na pianie poliuretanowej.

↑
Michał
Tyrajski

→
Jakub
Steller

→
Krzysztof
Muskalski

→
Jerzy
Ratajski

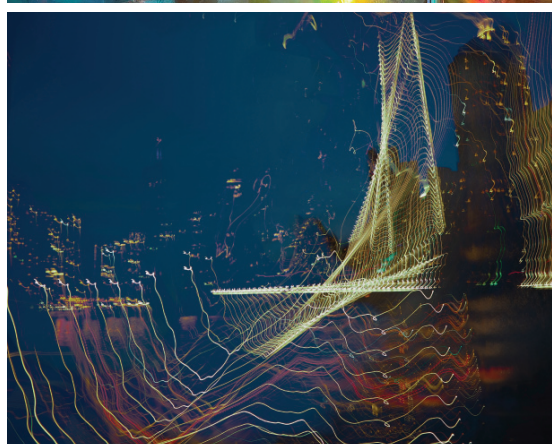


↑
Halina
Baćmaga

→
Dariusz
Osiać



←
Olga
Żydecka



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiedzińska

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

PUBLICYSTYKA: Małgorzata Hnat, Karolina Stępniewska

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Dominik Héjj, Maria Libura, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Sebastian Sikorski, Małgorzata Solecka, Łukasz Święcicki, 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:** Prodax Sp. z o.o.

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.

SPROSTOWANIE

W listopadowym numerze „Pulsu”, na str. 35, w artykule pt. „Pikniki »Kochane zdrowie«”, podaliśmy błędną informację dotyczącą jednego z organizatorów. Organizatorem imprezy na Pradze był **SZPZLO Warszawa-Praga Północ**. Organizatora i Czytelników przepraszamy.

Redakcja

**UCHWAŁA NR 466/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 9 PAŹDZIERNIKA 2024 R.**

**w sprawie powołania
Ośrodka Projektów i Innowacji
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) w zw. z §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby 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

Powołuje się Ośrodek Projektów i Innowacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza (dalej: Ośrodek Projektów i Innowacji).

§2

1. Podstawową funkcją Ośrodka Projektów i Innowacji, o którym mowa w §1, jest prowadzenie portfela projektów wewnętrznych i zewnętrznych izby, w tym ich przygotowywanie, koordynacja oraz realizacja, a także podejmowanie działań promujących i wspierających innowacje, wykorzystanie nowych rozwiązań i technologii w działalności izby, które mają na celu usprawnienie procesów i poprawę pracy.
2. Do zadań Ośrodka Projektów i Innowacji należy w szczególności:
 - a) Zarządzanie portfelem projektów wewnętrznych (m.in. wdrażanie i nadzór nad strategią w organizacji, w tym działaniami związanymi z wdrożeniem nowych rozwiązań, usług lub produktów, innowacji);
 - b) Monitorowanie mierników efektywności oraz nadzór nad budżetem, harmonogramami, zakresem i zasobami związanymi z prowadzonymi w izbie projektami;
 - c) Zarządzanie portfelem projektów zewnętrznych oraz prowadzonych przy współudziale podmiotów trzecich (m.in. inicjowanie projektów, monitorowanie mierników efektywności oraz nadzór nad budżetem, harmonogramami, zakresem, zasobami);
 - d) Prace koncepcyjne i nadzór – wdrażanie inicjatyw usprawniających procesy operacyjne, poszukiwanie i rekomendowanie usprawnień;
 - e) Monitorowanie rynku w zakresie rozwoju innowacyjności oraz poszukiwanie źródeł zewnętrznego finansowania lub partnerów strategicznych;
 - f) Przygotowywanie i pozyskiwanie dofinansowania zewnętrznego, grantów lub innych źródeł pozwalających na realizację projektów;
 - g) Reprezentowanie izby w kontaktach z instytucjami zewnętrznymi oraz na konferencjach promujących innowacje i rozwój w obszarze ochrony zdrowia;

- h) Zarządzanie bazą wiedzy w dziedzinie nowych technologii, innowacji i dobrych praktyk;
- i) Wspieranie i koordynowanie działań i polityki izby w zakresie wspierania przedsiębiorczości.

§3

Ośrodek Projektów i Innowacji realizuje swoje zadania na zlecenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, komisji Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zespołów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. W przypadku podmiotów zewnętrznych – wyłącznie po wcześniejszej akceptacji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 475/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 9 PAŹDZIERNIKA 2024 r.**

**w sprawie rekomendowania podmiotom
leczniczemu, działającemu na terenie
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza,
wprowadzenia polityki antydyskryminacyjnej**

Działając na podstawie art. 25 pkt 10, w zw. z art. 25 pkt 3, 4 i art. 5 pkt 14 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342), a także mając na uwadze art. 94 pkt 2b Ustawy z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie rekomenduje podmiotom leczniczemu, działającemu na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, wprowadzenie polityki antydyskryminacyjnej.

§2

Wzór polityki antydyskryminacyjnej do stosownego wykorzystania przez podmioty lecznicze, działające na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Zobowiązuje się pełnomocnika prezesa ds. przeciwdziałania dyskryminacji – lek. Roberta Madejka, do przekazania podmiotom leczniczemu, działającemu na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, uchwały wraz z załącznikiem stanowiącym wzór polityki antydyskryminacyjnej.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL lek. **Jacek Sowiński**
Prezes ORL dr n. med. **Artur Drobnik**

Dokument dotyczący polityki antydyskryminacyjnej opublikowany jest w BIP OIL.

DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore* i *pro familia*
dla lekarzy seniorów
drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej
w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,
WYŁĄCZNIE
W KAŻDĄ ŚRODĘ W GODZ. 12.00–15.00.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



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 2024 r.



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 2024 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, przy ul. Raszyńskiej 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



Agnieszka Dziewierz-Guzel (1926–2024)

Urodziła się w Warszawie 21 kwietnia 1926 r. Jej matką była Sabina z domu Cetner, ojcem Antoni Duda-Dziewierz – pierwszy administrator Warszawskiej Spółdzielni Mieszkaniowej na Żoliborzu, późniejszy dyrektor Muzeum Zamku w Łańcucie.

Agnieszka uczęszczała do świeckiej szkoły Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, która kształtowała samodzielne myślenie, rozwijała inicjatywę, ucząc przy tym szacunku do bliźniego, życia we wspólnocie i pracy w zespole. Edukację kontynuowała w Gimnazjum im. Anny Wazówny.

W 1939 r., po wybuchu wojny, zaangażowała się w Lwowie jako pomocnica salowej w Szpitalu Wojennym nr 604, którym zarządzał Jej ojciec. Już wówczas podjęła decyzję, że zostanie lekarzem, koniecznie ginekologiem. Od 1942 r. pracowała jako sanitariuszka i pielęgniarka w Domu dla Starców i Kalek w Górze Kalwarii. Równocześnie kontynuowała naukę w Warszawie na tajnych kompletach gimnazjalnych.

Po zakończeniu wojny podjęła studia medyczne na UW (1945–1950). Gdy uzyskała dyplom, mimo licznych utrudnień, jakie nakładał na lekarzy komunistyczny system, m.in. wieloletniego nakazu pracy w opiece podstawowej poza Warszawą (1952–1958), niezłomnie przygotowywała się do specjalizacji, uczestnicząc w wolontariacie i dyżurując w szpitalach warszawskich. W latach 1954–1956 była zatrudniona na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala nr 8 na Solcu, do 1960 r. – Szpitala Miejskiego przy ul. Żelaznej 90. W 1959 r. uzyskała specjalizację II stopnia z ginekologii i położnictwa.

Od 1961 r., przez kolejnych 26 lat, pracowała w Szpitalu Białym; od 1975 do emerytury – na stanowisku zastępcy ordynatora. Doktorat obroniła w 1977 r. Oprócz działalności leczniczej (w ciągu 25 lat na oddział przyjęto 130 tys. pacjentek i odebrano 73 tys. porodów) prowadziła szkolenia dla lekarzy i studentów. Pomogła rozwinąć talenty późniejszym wybitnym specjalistom. Życzliwa i koleżeńska, w przypadkach trudnych diagnostycznie i operacyjnie chętnie służyła pomocą i doświadczeniem. W ostatnich latach pracy była nieustannie „pod telefonem”, wzywana do szpitala prawie każdej nocy.

Na emeryturze, od 1989 r., zaangażowała się w działalność odrodzonych izb lekarskich. Uczestniczyła w pracy Komisji ds. Etyki i Deontologii OIL w Warszawie. Brała udział w kształtowaniu lekarskich zasad etyczno-deontologicznych w Polsce. Aktywnie działała w Kole Samorządu Lekarskiego przy ZOZ Żoliborz. Za wieloletnie zaangażowanie społeczne została uhonorowana w 2010 r. Medalem im. Jerzego Moskwy. Władze PRL odznały ją natomiast Złotym Krzyżem Zasługi (1985) i Medalem 40-lecia Polski Ludowej (1984).

Była dwukrotnie zamężna. W latach 1945–1954 Jej mężem był Aleksander Wowkonowicz, inżynier leśnik. W 1957 wyszła za Leona Guzła, lekarza onkologa-ginekologa. W 1961 r. urodziła córkę Zuzannę.

Agnieszka odznaczała się samodzielnością, wytrwałością i konsekwencją w działaniu oraz silnym kręgosłupem moralnym i żelaznym zdrowiem. Odeszła w wieku 98 lat, gdy nie miała już sił wspierać innych – 14 października 2024 r. Pochowana w grobie rodzinnym na warszawskim Cmentarzu Stare Powązki (kw. 254, rz. IV, m. 7). ●



Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr. hab. n. med. Jacka Pawłaka

wybitnego lekarza chirurga, wieloletniego pracownika Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

Był twórcą i organizatorem Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej w naszym szpitalu, wyszkolił liczne grono lekarzy chirurgów, uczył studentów medycyny wpatrzonych w Jego zabiegowy profesjonalizm.

Prof. Jacek Pawlak od kilkunastu lat był jednocześnie dyrektorem medycznym Szpitala Zachodniego, wspierając jego rozwój, budując pozytywny wizerunek szpitala przyjaznego pacjentom.

Był człowiekiem niezwykłym, oddanym swojej pracy, przyjaznym, wyrozumiałym i uczynnym.

Będzie Go nam brakowało.

Nie umiera ten, kto żyje w sercu i pamięci bliskich.

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia Rodzinie i Bliskim składają dyrekcja i pracownicy Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.



Z głębokim smutkiem żegnamy naszą drogą Koleżankę, lekarza stomatologa,

Anitę Joannę Krzyżewską

Anitko, czas, który mogliśmy z Tobą spędzić, był cenny i niezapomniany.

A Twój uśmiech i słowa – „Trzeba się nie poddawać !” na zawsze pozostaną w naszej pamięci.

Koleżanki i koledzy ze studiów



Panu Doktorowi Jerzemu Reymondowi,
członkowi ORL w Warszawie,
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
prezes ORL w Warszawie Artur Drobniak,
wiceprezes ORL w Warszawie,
przewodniczącą Delegatury Radomskiej
Karol Stępniewski
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



Z głębokim smutkiem oraz żalem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

dr Małgorzaty Szeszko

wieloletniego pracownika naszego ZOZ,
znakomitego endokrynologa,
wspaniałej Koleżanki.

Dyrekcja oraz koleżanki i koledzy
z Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów
Lecznictwa Otwartej Warszawa-Praga Północ



Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

dr Anetę Michalską

psychiatrę, kierowniczkę Poradni Zaburzeń Odżywiania
w Centrum Terapii Dialog,
wykładowczynię uniwersytecką.

Dr Aneta Michalska była specjalistką
oddaną swojej pracy i pacjentom.

W swojej praktyce zajmowała się głównie osobami
z bulimią i anoreksją.

Na co dzień była nie tylko wspaniałą lekarką,
ale również dobrą koleżanką,
uśmiechniętą i gotową do pomocy.

Na zawsze pozostanie w naszych sercach.

Rodzinie i Bliskim składamy najszczerze kondolencje.

Lek. Anna Nowak i lek. Michał Feldman
razem z zespołem



Fot. I. Dziedzic-Gawryś

Pamiętamy

tekst **GRAŻYNA STEC**

W przededniu Święta Zmarłych odwiedziliśmy groby
prof. Jana Nielubowicza, patrona naszej izby, Jerzego
Moskwy, Władysława Szenajcha i prezesów ORL
w Warszawie: Andrzeja Włodarczyka i Andrzeja Sawoniego.

Samorząd izby reprezentował wiceprezes Jakub Zakrzewski.
W imieniu całego środowiska medycznego Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie złożył kwiaty na grobach tych, któ-
rzy odeszli na wieczny dyżur.

Miejsca pochówku Ludwika Przybyłki, Witolda Hańskiego,
Konrada Vietha, Lecha Izbickiego i Iwony Kamińskiej ude-
korował wiceprezes ORL, przewodniczący Delegatury Ra-
domskiej. Wraz z innymi lekarzami zapalił znicze dla zmar-
łych niemal 150 lekarzy i lekarzy dentyków, pochowanych
na radomskich oraz pozostałych nekropoliach regionu.

Pamięć o lekarzach i lekarzach dentykach, którzy budowali
nasz samorząd, na zawsze pozostanie w naszych sercach. ●



Pani Profesor Jolancie Sykut-Cegielskiej
kondolencje z powodu śmierci

Mamy

składa Zespół Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu
i Pediatrii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Artur Drobnik PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiewicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki 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. 12.00 do 12.30)
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
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



DS 7

BLUEHDI 130 AUTO PERFORMANCE LINE +



2799 PLN
NETTO/MIES.

0% WPŁATY WŁASNEJ

36 MIESIĘCY

15 000 KM ROCZNIE



OFERTA WAŻNA W **DS STORE WARSZAWA** DO **31.12.2024** LUB DO WYCZERPANIA ZAPASÓW.

Wynajmujący: Leasys Polska Sp. z o.o. Wynajem jest skierowany wyłącznie do przedsiębiorców. Zawarcie umowy jest uzależnione od oceny zdolności finansowej klienta. Akcja ograniczona w czasie. Oferta dostępna w DS Store Warszawa. Wycenienie zostało przygotowane w oparciu o cenę katalogową prezentowanego pojazdu brutto, a ostateczna wysokość raty i powyższych danych liczbowych uzależniona jest od faktycznej oferty cenowej konkretnego dealera oraz terminu złożenia zamówienia. Szczegóły akcji są dostępne w DS Store Warszawa. Niniejszy materiał nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Rzeczywisty wygląd i cechy pojazdu oraz opcje jego wyposażenia mogą się różnić od prezentowanych w materiale reklamowym.



§ Roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami



Do 15 marca należy złożyć sprawozdanie za rok 2024



Roczne sprawozdanie
o wytwarzanych odpadach
i gospodarowaniu odpadami

 **EMKA**[®]

Sprawozdanie BDO – obowiązkowy dokument związany z prowadzeniem ewidencji odpadów.

Przygotowanie sprawozdania BDO to kluczowy element ewidencji odpadów, który musi złożyć każdy zobowiązany przedsiębiorca. Choć proces nie jest trudny, wymaga czasu, zwłaszcza jeśli robisz to po raz pierwszy.

Zleć przygotowanie sprawozdania BDO – oszczędź czas i unikaj komplikacji.

Nie marnuj godzin na naukę procedur – zaufaj specjalistom, którzy zapewnią zgodność z przepisami i zaoszczędzą Twój czas.

Sprawozdanie BDO bez stresu – powierzenie tego zadania specjalistom to najlepszy wybór.

Choć przygotowanie sprawozdania BDO nie jest trudne, osoby bez doświadczenia mogą napotkać trudności. Skorzystaj z pomocy profesjonalistów i unikaj zbędnego stresu. Powierając sporządzenie sprawozdania firmie, masz pewność, że wszystko zostanie zrobione zgodnie z przepisami i na czas.

Zamów sprawozdanie roczne BDO na stronie: www.ekoemka.com.pl/sprawozdanie

