

RENAULT AUSTRAL E-TECH FULL HYBRID



już od

835 zł netto/mies.*

w finansowaniu Renault

*Oferta dotyczy modelu Renault Austral E-Tech full hybrid w leasingu od 101% dla grup zawodowych (Pracownik Medyczny): cena auta 102 601,63 zł netto, okres 36 miesięcy, wpłata własna 46 170,73 zł netto, opłata manipulacyjna 513,01 zł netto. Miesięczna rata kredytu 834,36 zł netto, wykup 35 910,57 zł netto

Renault zaleca  Castrol



Renault PGD Warszawa
22 5 444 444

renault.pgd.pl
kontakt.rgmotors@pgd.pl

Spis treści



okładka: Marta Konarzewska

TEMAT Z OKŁADKI

5 | Przyszłość ochrony zdrowia

Artur Drobnik

6 | Lekarska misja

Aleksandra Sokalska

7 | Powołanie

Jerzy Bralczyk

8 | Lekarskie wyzwania

Rozmowa z prezesami ORL w Warszawie

12 | Lekarze z pokolenia Z

Rozmowa z przewodniczącym Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie Wiktorem Możarowskim

31 | Lekarz też człowiek – kilka słów o równowadze

Olga Rostkowska

WYBORY

11 | Warto mieć wpływ

Aleksandra Sokalska

MEDYCYNĄ

14 | Niewidoczny problem

Rozmowa z dr. hab. n. med. Łukaszem Paluchem

16 | Prof. ChatGPT, dr Google i mgr TikTok. Jak leczy i szkodzi internet?

Artur Olesch

18 | Moc głośnego czytania

Rozmowa z pediatrą Magdaleną Ossolińską

20 | Dobrze życie aż do końca

Rozmowa z lekarkami Katarzyną Żak-Jasińską i Eugenią Szuszkiewicz

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

23 | Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – historia i misja

24 | „Lekarz” robi różnicę

Rozmowa z dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem

26 | Gabinety bez barier

Anna Prawdzik

27 | Konferencja Zachód–Wschód

Rozmowa z dr. n. med. Arturem Drobnikiem i dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem

ZDROWIE PUBLICZNE

28 | Wyzwania i perspektywy polityki senioralnej

Rozmowa z ministrem ds. polityki senioralnej Marzeną Okłą-Drewnowicz

30 | Awantura wokół terapii daremnej

Małgorzata Solecka

32 | NFZ zapłaci szpitalom

Małgorzata Solecka

34 | Pić mniej? A kto to wymyślił?!

Paweł Walewski

36 | Na ratunek ratownikom

Maria Libura

38 | Sytuacja w ochronie zdrowia w Niemczech

Dominik Héjj

PRAWO

40 | Tajemnica lekarska – fundament zaufania w medycynie

Przemysław Rawa-Klocek

42 | Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich

Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

44 | Wyzwania i możliwości

Rozmowa z przewodniczącą Klubu Lekarzy Przedsiębiorcy Małgorzatą Terlecką-Maciejewską

46 | Kontrowersyjna zmiana kodu PKD

Monika Potocka

47 | Kalendarz szkoleń

Najnowsze szkolenia Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

48 | Cyrograf o świadczenie usług medycznych

Hanna Odziemska

51 | Aktualności Komisji ds. Kultury

PO DYŻURZE

52 | Moja historia medycyny – 50 lat w białym fartuchu

Krystyna Dowgier-Malinowska



Ten numer także na czytnikach!

Szanowni Państwo,

z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych pragnę złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia radości, zdrowia oraz odpoczynku w gronie najbliższych. Niech będą okazją do wytchnienia od pracy i obowiązków.

Mam nadzieję, że ten wiosenny czas przyniesie Państwu siłę i dobrą energię do stawiania czoła wyzwaniom. Dziękuję za Państwa profesjonalizm, ciężką pracę, poświęcenie i troskę o zdrowie pacjentów.

Wesołych Świąt!

dr n. med. Artur Drobnik
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Przyszłość ochrony zdrowia



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Podczas marcowego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach miałem przyjemność reprezentować Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie jako panelista w sesji „Wyzwania i przyszłość kształcenia medyków – jak dostosować edukację do potrzeb współczesnej medycyny?”. Elementem dyskusji, który przewijał się podczas prelekcji, była potrzeba budowania zespołów terapeutycznych. W programach studiów na niektórych uczelniach pojawiają się wspólne zajęcia studentów wydziału lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, pozwalające od najmłodszych lat uczyć współpracy w opiece nad pacjentem. Pomysł niewątpliwie ciekawy, dający możliwość lepiej rozumieć prawa, obowiązki i kompetencje każdego z zawodów medycznych, jeszcze zanim przyjdzie nam współpracować przy łóżku pacjenta.

Zespoły terapeutyczne wymagają sprawnego zarządzania, znajomości wzajemnych kwalifikacji i umiejętności, a nad wszystkim, jak wiadomo, powinien czuwać lekarz specjalista. W utopijnym systemie chyba każdy z nas jest w stanie sobie wyobrazić taką sytuację i opiekę nad pacjentem, holistyczne podejście do leczenia, uwzględniające wszystkie aspekty jego zdrowia – fizyczne, psychiczne i społeczne. Oczywiście powinniśmy do tego dążyć, ale po kolei...

PODZIAŁ KOMPETENCJI ZAWODOWYCH – USTALONY, A NIE NARZUCONY

By osiągnąć ten cel – nowoczesnego zespołu terapeutycznego – wyzwaniem jest klarowny podział kompetencji pomiędzy zawodami medycznymi: lekarzami, pielęgniarkami i położnymi, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, diagnostami laboratoryjnymi, farmaceutami i innymi. W naszej pracy jest wiele czynności, których wyraźnie nie chcemy przeprowadzać lub na które wskazujemy jako na takie, którymi powinny zająć się inne osoby. Są również zadania, wobec których wyrażamy (słusznie!) wątpliwości, czy inne zawody medyczne są predysponowane i przygotowane merytorycznie do ich wykonywania, a które próbuje się, na razie w rozmowach kulturalo-

wych, przekazać innym zawodom. Wyjściem z sytuacji, chyba najlepszym, jest próba stworzenia „mapy kompetencji”, jakie w ramach swojego wykształcenia i umiejętności posiadają poszczególne zawody medyczne. Dzielenie i przekazywanie kompetencji między zawodami (lekarzami a farmaceutami lub lekarzami a pielęgniarkami czy pielęgniarkami a opiekunami medycznymi) powinno odbyć się po ustaleniu zainteresowanych stron na podstawie wyżej wymienionej mapy, a nie widzimisię decydentów. Narzucanie rozwiązań w tak ważnym i odpowiedzialnym zakresie skończy się zbudowaniem jeszcze większej bariery i skłóceniem medyków. Od tego z kolei na pewno daleka droga do stworzenia zespołów terapeutycznych...

Nie uciekniemy przed dyskusją nad kompetencjami zawodów medycznych, bo ta w wielu krajach rozwiniętych już się odbyła i wierzę, że my jako lekarze będziemy tą siłą, która uczciwie ją poprowadzi, a wnioski z niej płynące będą wiążące dla polityków podejmujących działania legislacyjne.

WYZWANIA I REKOMENDACJE

Nawet po uczynieniu pierwszego kroku, jaki przedstawiłem powyżej, współpraca interdyscyplinarna napotyka pewne bariery, takie jak choćby różnice w komunikacji czy hierarchia zawodowa. By je przezwyciężyć, ważne są szkolenia z komunikacji i pracy zespołowej dla personelu medycznego. Jasne określenie ról i odpowiedzialności każdego członka zespołu pozwala uniknąć nieporozumień i zwiększa efektywność pracy. Wykorzystanie nowoczesnych technologii, takich jak elektroniczne systemy dokumentacji medycznej, ułatwia wymianę informacji i koordynację działań.

Wobec tych wyzwań zachęcam Państwa do rozwijania swoich umiejętności pozamerytorycznych, bo w zmieniającym się świecie są one dla nas zarówno najlepszym narzędziem pracy i skuteczności leczenia, jak i uniknięcia konsekwencji prawnych przy wykonywaniu naszej trudnej i odpowiedzialnej pracy. Zachęcam też do korzystania z rosnącej oferty szkoleniowej Ośrodka Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie. ●

Lekarska misja



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Z inicjatywy WHO 7 kwietnia obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia. Ma nam przypominać, jak bezcennym dobrem jest zdrowie i jak bardzo trzeba o nie dbać – począwszy od działań każdej jednostki, a skończywszy na odpowiednim systemie ochrony zdrowia na poziomie państw i organizacji międzynarodowych.

O systemie ochrony zdrowia mówi się często i dużo: że wymaga zmian, pieniędzy, nowych rozwiązań, lepszego zarządzania... Tymczasem jego najcenniejszą wartością są przecież lekarze – bez nich nawet najlepszy system nie będzie działał. Dlatego samorząd skupia się właśnie na lekarzach – ich kształceniu, potrzebach, prawach, a także dbaniu o zawodowy etos i estymę. Mówią o tym obecni delegaci na OZL w naszym cyklicznym artykule wyborczym. Warto ich posłuchać i wziąć udział w zbliżających się wyborach do samorządu.

W tym numerze szczególnie wsłuchujemy się w lekarski głos, bo jak pisze w swoim felietonie wiceprezes ORL Olga Rostkowska: „Bycie lekarzem to nie zawód, ale nietypowy styl życia”. Styl życia, który ulegał zmianom na przestrzeni lat. Dlatego pytamy prezesa ORL Artura Drobniaka oraz wiceprezesów Krzysztofa Hermana i Jakuba Zakrzewskiego,

czy bycie lekarzem dzisiaj jest łatwiejsze, czy może jednak trudniejsze niż jeszcze kilkanaście lat temu. I tak od tego niełatwego pytania przechodzimy do ważnej rozmowy o lekarskich wyzwaniach, wątpliwościach, etosie i tym, co go czasem psuje. O zawodzie rozmawiamy również z przewodniczącym Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie Wiktorem Możarowskim – gorąco polecam ten wywiad, bo spojrzenie na zawód okiem lekarza z pokolenia Z jest wyjątkowo cenne i pobudza do refleksji.

Do refleksji i zatrzymania się w zawodowym biegu zachęcają także święta. Warto podczas Wielkanocy znaleźć czas dla siebie, docenić etos pracy lekarza. Pracy, w której tak łatwo się zatracić, że nie wystarcza czasu na zastanowienie się, jak bardzo jest niezbędna i dająca innym coś najcenniejszego, czyli zdrowie. Drodzy lekarze i lekarze dentyści, jesteście naprawdę wyjątkowi i na wyjątkowe wyrazy uznania zasługujecie.

Z okazji Światowego Dnia Zdrowia składam Wam w imieniu całej redakcji „Pulsu” najszczerze podziękowania za troskę o pacjentów, profesjonalizm i determinację. A z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych życzę zdrowia, słońca i jak najwięcej odpoczynku.

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentyistów na **trening balintowski**

Szczegółowe informacje i zapisy na stronie

Terminy spotkań w 2025 r.: 4 kwietnia | 9 maja | 13 czerwca

Spotkania stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.



POWOLAŃ



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Czasownik *powołać*, którego rzeczownikową formą jest *powołanie*, łączy się z wyrażeniami przyimkowymi *na* z biernikiem i *do* z dopełniaczem. Niektóre stały się frazeologizmami i takie wyrażenia jak *powołanie do wojska* czy *powołanie na urząd* już mniej łączymy z czasownikiem. Rzeczownik *powołanie*, używany jako dopełnienie przy takich czasownikach jak *mieć* czy *czuć*, oznacza ‘zdolność’ lub ‘skłonność do czegoś’ – pokazuje zatem pewną wewnętrzną cechę człowieka. Czasem tę wewnętrzną podkreśla się i mówi, że ktoś *ma w sobie* albo *czuje w sobie* powołanie. A gdzie miałby je niby mieć czy czuć? I mówi się jeszcze dodatkowo o *powołaniu*, też właściwie nieco zbyt, *wewnętrzne*, *wrodzone* lub *życiowe*.

Ale jednak wyczuwamy w nim coś, co wskazuje na wpływ zewnętrzny. Możemy sobie wyobrazić, że człowiek nie tyle sam wypracował w sobie jakąś zdolność czy skłonność, ile że coś (może jakaś siła wyższa?) sprawiło, że ją posiadał. Powinien się z tego cieszyć – to coś jak talent, coś naturalnego, a przy tym wyróżniającego. Nie powinno się tego zmarnować – trzeba *iść za głosem powołania*.

I zostaje się wtedy, z *powołania*, lekarzem, aktorem, nauczycielem, a gdy kontekst nie wskazuje celu takiego powołania – księdzem lub mnichem. *Powołanie do stanu kapłańskiego* najłatwiej zestawić z wyższymi, czyli niejako zewnętrznymi, czynnikami. Ale te inne powołania też z nimi łączymy.

Powołanie na urząd, ministra czy sędziego, wiąże się, albo przynajmniej powinno wiązać, z określonymi celami, zasługami, predyspozycjami czy cnotami – ktoś tak powołany powinien się na ten urząd nadawać. Powołanie do wojska też powinno dotyczyć osób spełniających (może nie zawsze chętnie) dane warunki. Powołanie do zajmowania określonej roli

społecznej, opisywane w kategoriach *czucia*, *odnajdywania w sobie* lub po prostu *posiadania* – ma, przynajmniej do pewnego stopnia, charakter irracjonalny. Można je na przykład poczuć nagle, z przyczyn trudnych lub niemożliwych do ustalenia. Ale bodaj właśnie przez to czujemy, że *odrzuć powołania* byłoby co najmniej błędem. Kiedy je *usłyszymy*, trzeba się z nim *zgodzić* i zostać kimś z *niego*, z tego *powołania*. Nie możemy *minąć się z powołaniem*.

Lekarz z powołania jest dobrym lekarzem, nauczyciel czy ksiądz – także. A jeśli ktoś nie jest dobrym nauczycielem czy lekarzem, można o nim powiedzieć, że *minął się z powołaniem* lub że *nie ma do tego powołania*. Gdy sam o sobie to powie, może to być dla niego dobrym wytłumaczeniem marnych efektów. „Jakoś nie mam do tego powołania, więc nie miejcie do mnie pretensji”.

Raczej nie mówi się o lekarzu z powołania, że jest *powołanym lekarzem*. O dobrym na przykład tancerzu czy strzelcu możemy powiedzieć, że jest *zawołanym strzelcem* czy *tancerzem*, ale takie *zawołanie* to nie to samo, co *powołanie*, to dużo mniej.

Kiedyś słowo *powołanie* oznaczało ‘hasło, zawołanie rodowe’. Można się tu dopatrzeć związku z tym obecnie odczuwanym *powołaniem do społecznej służby*. Było to także, już bardziej przyziemne, ‘zaproszenie w gości’ lub, wręcz przeciwnie, ‘pozwanie do sądu’. Dziś tak tego słowa nie używamy.

Powołanie dziś jest czymś wyższym, szlachetnym i uszlachetniającym posiadacza. Mamy wprawdzie biblijne powiedzenie o tym, że „wielu jest powołanych, mało wybranych”, ale nie obniża to rangi powołania, lecz wprowadza dodatkową, już bardzo wysoką, kategorię *wybranych*.

Niech nam wystarczy powołanie. To i tak bardzo dużo. ●

Lekarskie wyzwania

Wiele się mówi o wyzwaniach w ochronie zdrowia, o tym, co szwankuje, co trzeba poprawić w kontekście opieki nad pacjentem. Zdecydowanie mniej – o samych lekarzach, ich potrzebach, zadowoleniu, o tym, jakie widzą zagrożenia, co sprawia im trudność. A przecież to oni są fundamentem zdrowia pacjentów. Dlatego oddaję głos lekarzom:

dr. n. med. Arturowi Drobniakowi, prezesowi ORL, oraz wiceprezesom: **Krzysztofowi Hermanowi i Jakubowi Zakrzewskiemu**. Jako działacze OIL w Warszawie widzą więcej, bo spotykają się z lekarskimi opiniami i wyzwaniami na co dzień. Wsłuchajmy się w ich głos.

rozmawiała

ALEKSANDRA SOKALSKA

Latwiej czy trudniej być lekarzem w dzisiejszych czasach?

Jakub Zakrzewski (JZ): Zdecydowanie inaczej. Nasza praca jest związana z oczekiwaniami na bardzo wielu polach. Od lekarzy wymaga się holistycznego leczenia i zadbania o pacjenta, a także zbudowania zaufania do terapii i samego lekarza. Trudno jednak jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Dobry lekarz zawsze się angażuje i robi wszystko, by pacjentem jak najlepiej się zaopiekować.

Zadałam to pytanie, ponieważ obecnie zaufanie do medycyny konwencjonalnej raczej nie jest tak duże jak kiedyś.

Artur Drobniak (AD): Moim zdaniem w dzisiejszych czasach być lekarzem jest trudniej. I to z trzech ważnych powodów.

Po pierwsze, medycyna w ostatnim czasie znacząco się rozwinęła. Nieprzy-

padkowo tworzą się nowe specjalizacje i umiejętności lekarskie, bo ilość wiedzy do opanowania w danej dziedzinie jest wielokrotnie większa, niż była jeszcze kilkanaście lat temu.

Po drugie, zmieniające się często przepisy prawa regulujące wykonywanie naszego zawodu i to, że jest coraz więcej postępowań sądowych prowadzonych przeciwko lekarzom, na pewno wpływa na nasze funkcjonowanie. Obecnie nie tylko leczymy pacjentów, ale też dużo uwagi musimy poświęcać na prawidłowe wypełnianie dokumentacji. Te czynności zajmują nam o wiele więcej czasu niż kiedyś.

Wreszcie po trzecie, zupełnie inna obecnie jest postawa pacjentów. Mają oni zdecydowanie większy dostęp do wiedzy medycznej, którą nie zawsze potrafią zweryfikować, mają też dużo wyższe oczekiwania wobec naszej postawy i leczenia.

Krzysztof Herman (KH): Rzeczywiście kiedyś praktycznie tylko lekarz miał dostęp do fachowej wiedzy medycznej i pacjent przychodził do niego, okazując szacunek i zaufanie. Teraz znaczącą część informacji medycznych jest w stanie znaleźć sam, także przy pomocy narzędzi sztucznej inteligencji. Pacjenci są coraz lepiej wyedukowani, więc estyma lekarza i jego prestiż są mniejsze.

Pacjent ma większy dostęp do wiedzy, ale też informacje medyczne, które zdobywa np. w internecie, nie zawsze są prawdziwe. Trudno takich pacjentów leczyć?

JZ: Wszystko opiera się na zaufaniu. Doświadczony lekarz umie je zdobyć. Wówczas rozmowy z pacjentem wyglądają zupełnie inaczej. Lekarz przecież ma dostęp do najnowszej wiedzy opartej na badaniach, na *evidence-based medicine* i taką wiedzę pacjentowi przekaza-



Fot. Arek Obszyński

zuje. Problemem może być krótki czas wizyt, bo w 10–15 minut naprawdę niełatwo przekazać wszystkie informacje. **AD:** Współczesny lekarz musi mieć nie tylko wysokie kompetencje merytoryczne, ale także kompetencje komunikacyjne. A to oznacza, że powinien umiejętnie dostosować się do swojego rozmówcy. Czasem oznacza to wyjaśnienie pacjentowi, że w internecie można znaleźć również informacje nieprawdziwe, które trudno zweryfikować osobie nieposiadającej medycznego wykształcenia. Lekarz powinien też logicznie wytłumaczyć pacjentowi dolegliwości czy chorobę. To, co kolega nazwał zaufaniem, moim zdaniem jest umiejętnym budowaniem relacji opartej na merytoryce. Pacjent, który wie i rozumie, dlaczego ma stosować daną terapię, zdecydowanie chętniej ją zastosuje niż ten, któremu lekarz zaordynuje ją bez odpowiedniego wyjaśnienia.

Z jednej strony komunikacja, z drugiej – sztuczna inteligencja. AI to wyzwanie dla lekarzy czy raczej przekleństwo?

JZ: Jestem radiologiem i z mojej perspektywy AI to element, który podpowiada i pomaga ocenić stan zdrowia pacjenta. Nie jest to jeszcze narzędzie często stosowane w pracy lekarza, ale na pewno przyswajanie AI jest procesem bardzo dynamicznym.

Warto jednak przy tej okazji wspomnieć najnowszy KEL, który wprowadził konieczność uzyskania świadomej zgody pacjenta na użycie sztucznej inteligencji. To w pewien sposób, choćby w kontekście programów radiologicznych, zmniejsza tempo korzystania z AI. **KH:** Szeroko pojęte technologie na pewno mocno już weszły w medycynę codzienną. Począwszy od gabinetu lekarskiego, w którym kiedyś lekarz z pacjentem mieli cały czas dla siebie,

a teraz sporą część tego czasu zabiera komputer, bo doktor musi przecież opisać w nim całą wizytę. A skończywszy na tym, że lekarze często szukają różnych zagadnień czy wytycznych właśnie za pośrednictwem sztucznej inteligencji. To naturalne, że coraz częściej będziemy się tą najnowszą technologią posiłkować.

AD: Myślę, że już się nią posiłkujemy, np. w kwestiach naukowych. Istnieją naprawdę świetne narzędzia, które penetrują bazy danych dużo lepiej niż zwykłe wyszukiwarki i przedstawiają rozwiązania oparte na badaniach.

Zdanie, które musi paść, brzmi: „AI to postęp, przed którym nie uciekniemy”. Kwestią jest tylko, jak środowisko lekarskie i sami pacjenci będą kontrolować ten proces. Pamiętajmy, że jest jeszcze pojęcie odpowiedzialności. Na razie nie słyszałem od żadnego dostawcy algorytmów sztucznej inteligencji, mimo

że uczestniczę w wielu konferencjach na jej temat, że bierze odpowiedzialność na siebie. Leży ona zawsze po stronie personelu medycznego, a przede wszystkim lekarza.

Podsumowując, uważam, że sztuczna inteligencja podniesie uśredniony poziom medycyny i leczenia. Jednostki o wyjątkowych umysłach i pionierzy medycyny będą zawsze od niej lepsi – nawet twórcy AI jasno to komunikują. Tak jest w przypadku medycyny, bo ona nie jest zero-jedynkowa, więc kodem jej się do końca opisać nie da.

Jak intensywnie pracują teraz lekarze?

JZ: To zależy m.in. od wieku. Między pokoleniami lekarzy widoczne są różnice w podejściu do *work-life balance*. Dbanie o proporcje między pracą a czasem wolnym jest zauważalnym trendem wśród młodszych lekarzy. Dlatego starsze pokolenie częściej pracuje więcej niż młodsze, choć oczywiście są też młodzi lekarze, którzy pracują bardzo dużo i wyjątkowo intensywnie.

KH: Kiedyś wielu lekarzy pracowało do godziny 15 w szpitalu, a następnie szli do kolejnej pracy, zwykle lepiej płatnej. Z moich obserwacji wynika, że teraz lekarze często nie chcą już od rana pracować w szpitalu, gdzie zarobki są przeciętnie relatywnie mniejsze, a odpowiedzialność większa. Wolą pracować tam, gdzie mogą zarobić przyzwoitą pensję, a po południu mieć czas wolny.

To jest szczególnie widoczne zwłaszcza wśród młodszych lekarzy, którzy już nie są tak chętni do brania dużej liczby dyżurów, co może być pewnym wyzwaniem systemowym.

Czyli lekarze pracują już mniej?

KH: Niekoniecznie, o czym świadczy powszechny problem wypalenia zawodowego. Często już 40-letni lekarze są tak zmęczeni pracą, jak kiedyś 60-latkowie.

Z czego to wynika?

KH: Z intensywności pracy. Natłok obowiązków jest bardzo duży, zwłaszcza w pracy szpitalnej. Poza tym nie możemy zapominać, że nasz zawód wymaga od nas ogromnego zaangażowania, często w bardzo dramatyczne historie ludzkie. Nie zawsze łatwo się od nich zdy-

stansować. Dlatego samorząd, widząc ten problem, powołał pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, który m.in. zajmuje się kwestią wypalenia zawodowego.

Z jakimi problemami jeszcze mierzą się lekarze?

JZ: Do naszej izby często zgłaszane są różne problemy prawne. W OIL mamy program Lex Doctor, w ramach którego się nimi zajmujemy. Kiedyś główną kwestią były sprawy związane z błędami medycznymi, teraz dotyczą one przede wszystkim komunikacji, co jest związane ze wzrostem wymagań pacjentów, o czym już mówiliśmy.

Wróćmy jednak jeszcze na chwilę do tego tematu. Z czego wynikają zarzuty pacjentów dotyczące złej komunikacji czy braku empatii? Z tych słynnych 10–15 minut na wizytę?

JZ: Między innymi. Trzeba pamiętać, że w czasie wizyty lekarz musi też szczegółowo wypełnić dokumentację medyczną, która jest jej nieodzownym elementem. Samorząd od dawna postuluje poszerzenie tzw. zawodów okołolekarskich, czyli np. wprowadzenie sekretarki medycznej – osoby, która mogłaby odciążać lekarza w formalnościach. Dzięki niej doktor zyskiwałby czas na lepszą komunikację z pacjentem, odpowiedzialby na wszystkie pytania. Lekarze bardzo by tego chcieli.

To lekarskie marzenie ma szansę się spełnić?

AD: Tak, jeżeli ktoś wreszcie uczciwie policzy, że opłaca się zatrudnić dodatkowe osoby, by lekarze przede wszystkim mogli leczyć i zajmować się pacjentami. Taka zmiana musiałaby się także wiązać z przeorganizowaniem oddziałów szpitalnych, bo obecnie jesteśmy w nich lekarzami, pisarzami, dokumentalistami, informatykami, koderami. Ale to wyzwanie, z którego na pewno nie powinniśmy rezygnować.

KH: Warto podkreślić, że gabinet lekarski często staje się soczewką skupiającą wszystkie problemy systemu. Jeśli pacjent czeka na wizytę kilka miesięcy, później okazuje się, że jakaś refundacja mu nie przysługuje albo nie może zostać skierowania, do tego wizyta trwa

zaledwie 10–15 minut, to rodzi się u niego frustracja, którą siłą rzeczy przelewa na lekarza. A jeśli tego dnia to nasz już 30. czy 40. pacjent, to po ludzku tej empatii mamy mniej.

O czym często się mówi, zwłaszcza w nowych mediach.

Czy psują one lekarski etos?

AD: Trochę tak, bo np. część profili jest prowadzona w sposób nieprofesjonalny, wiele też podszywa się pod medyków, czego przeciętni odbiorcy nie są w stanie zweryfikować. Poza tym nowe media umożliwiają globalne szerzenie informacji, edukowanie, reprezentowanie naszego zawodu. To jest ich ogromną zaletą, ale też trzeba pamiętać, że to miecz obosieczny.

JZ: Dlatego w izbie istnieje zespół ds. naruszeń, który stara się wyłapywać skrajne nieprawidłowości, godzące w interes lekarzy i pacjentów.

AD: Chcemy wychwytywać nieprawidłowe publiczne zachowania lekarzy, a także nieetyczne zachowania względem lekarzy i kierować je na odpowiednie prawne ścieżki.

KH: Niestety, internet działa tak, że im bardziej treść jest kontrowersyjna, tym lepiej się klika. Takie profile, artykuły czy posty, które niekoniecznie są wiarygodne, ale za to brzmią sensacyjnie albo budują nieufność do tradycyjnej medycyny i środowiska lekarskiego, generują ruch i zapewne zyski. Więc są opłacalne.

Jak zatem lekarze w tym kontekście mogą utrzymać zaufanie i etos zawodu?

JZ: Przede wszystkim nie możemy pozostawać obojętni na takie zachowania. Lekarze powinni zgłaszać je do zespołu ds. naruszeń, powinni korzystać z pomocy Lex Doctor, a także rzecznika praw lekarza.

AD: Jeśli chodzi o pojawiające się w mediach doniesienia o przewinieniach lekarzy, trzeba pamiętać, że negatywne informacje sprzedają się lepiej. Tymczasem lekarzy, którzy nie działają zgodnie z etyką zawodu, jest naprawdę niewiele.

Dlatego tym bardziej trzeba takie przypadki szybko wychwytywać, bo podważają nasz lekarski etos i estymę, które są nam bliskie i z całą pewnością chcemy je zachować. ●

Warto mieć wpływ

Samorząd lekarski jest tak oczywistym organem, że czasem lekarze zdają się zapominać o jego prestiżu i sile. Warto sobie o tych atutach przypomnieć, zwłaszcza podczas wyborów na OZL X kadencji – przekonują obecni delegaci.



ALEKSANDRA SOKALSKA

Podczas ostatnich wyborów na OZL na prawie 400 dostępnych mandatów kandydowało niewiele ponad 200 osób. – *Choć droga do kandydowania jest otwarta dla wszystkich spełniających wymagania, to w wielu rejonach wciąż brakuje lekarzy zainteresowanych pełnieniem tej funkcji* – zwraca uwagę Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie. Kim zatem są delegaci, którzy zdecydowali się podjąć tego zadania?

WAŻNE MOTYWY

Bycie delegatem powinno wiązać się z zaangażowaniem i pracą dla całego środowiska. Nie jest więc zapewne dla każdego. Jak tłumaczy Włodzimierz Cerański, specjalista chirurg, który jest nie tylko członkiem ORL w Warszawie od 1989 r., czyli od momentu powstania OIL, ale też najstarszym delegatem obecnej kadencji: – *Bycie delegatem to społecznictwo. A społecznictwo trzeba mieć w genach. Mój ojciec przed wojną też działał w izbie lekarskiej, więc działalność społeczną mam we krwi.*

Z kolei dr n. med. Elżbieta Małkiewicz, specjalista ortodoncji, delegatka na OZL od pięciu kadencji, a od dwóch – na KZL, przewodnicząca Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, wyjaśnia: – *Wcześniej kandydowałam, bo chciałam mieć wpływ na decyzje w obszarze służby zdrowia, a już szczególnie w obszarze związanym z pracą lekarzy dentystów. W obecnej kadencji doszedł*

jeszcze jeden ważny motyw – działalność na rzecz seniorów.

Natomiast Adam Górski, ginekolog, członek Komisji ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze, delegat na OZL od dwóch kadencji, tłumaczy, że głównym powodem, dla którego kandydował, była chęć wpływu na podejmowane decyzje w kontekście lekarzy. – *Dzięki samorządowi lekarze mogą o sobie samostanowić i mają swój głos podczas rozmów z decydentami o kształcie i formie zawodu lekarza w Polsce* – wyjaśnia.

SIŁA SAMORZĄDU

Izba lekarska jest organizacją, która powinna przede wszystkim dbać o jakość zawodu. W tym jest jej siła. Jednak zdaniem Włodzimierza Cerańskiego w tej chwili lekarze często jej nie doceniają. – *Chyba że ktoś wyrósł w Polsce Ludowej, bo wtedy doskonale wie, że samorząd to szansa na podnoszenie rangi zawodu i wpływ na Ministerstwo Zdrowia* – dopowiada doktor.

Zdaniem Adama Górskiego siła samorządu przejawia się w odpowiednich ludziach, którzy nim kierują i w nim działają. – *Tylko dzięki zaangażowanemu prezesowi oraz zaangażowanym wiceprezesom, przewodniczącym i członkom samorząd nabiera znaczenia w kontekście społecznym i politycznym, wpływając na kształt ochrony zdrowia w Polsce* – podkreśla doktor.

Elżbieta Małkiewicz tłumaczy, że samorząd oddziałuje na zawód lekarza i lekarza dentysty, np. wpływając

na prawo stanowione czy Narodowy Fundusz Zdrowia. – *To izba wydaje prawa wykonywania zawodu i czuwa nad tymi prawami. To izba powołuje rzecznika praw lekarza, prowadzi mediacje, organizuje szkolenia. Jednym słowem, jest lekarskim głosem i lekarskim wsparciem, choć trzeba przyznać, że świadomość tego jest mała* – uważa delegatka. Dla Elżbiety Małkiewicz ważnym zadaniem OIL w Warszawie jest także działalność na rzecz seniorów. Starsi lekarze, jej zdaniem, potrzebują docenienia, dalszej integracji ze środowiskiem. To wszystko daje im izba w postaci różnych form aktywności, np. w LUTW. – *Działamy już trzeci rok, a liczba członków uniwersytetu zwiększyła się aż o 60 proc.! Seniorzy, początkowo nieufni, teraz angażują się w spotkania i mają dużo pomysłów.*

SIŁA GŁOSÓW

Obecni delegaci podkreślają, że lekarze powinni mieć świadomość swojej siły w samorządzie. I choć nie wszyscy muszą od razu kandydować na delegata, to wszyscy powinni głosować. Każdy głos bowiem ma wpływ na izbę – jej władzę, strukturę, działanie. Adam Górski zachęca: – *Niegłosujący sami zgadzają się na bycie rozgrywanymi w grze politycznej. Dlatego trzeba głosować, bo nic o nas bez nas.* Tym bardziej że w nadchodzących wyborach na OZL X kadencji oddanie głosu, dzięki wprowadzeniu głosowania elektronicznego, będzie naprawdę wyjątkowo proste. ●

Lekarze z pokolenia Z

Jak młodzi lekarze postrzegają pracę w ochronie zdrowia, z jakimi wyzwaniami i trudnościami się spotykają? Przedstawiciel nowego pokolenia lekarzy, **przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie, Wiktor Możarowski**, opowiada o nadziejach, zaangażowaniu i... różnicach pokoleniowych.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**



fot. archiwum prywatne

Dlaczego chciał pan zostać lekarzem?

Czerpałem najlepsze wzorce od starszego rodzeństwa. Moja siostra jest lekarzem. Od dzieciństwa towarzyszyło mi też przekonanie o misyjności zawodu medycznego oraz potrzebie zmiany, pomagania ludziom. Takie marzenia młodego człowieka, które zostały nieco zweryfikowane przez system i przez to, z czym się mierzymy jako młoda kadra medyczna.

Rozczarowanie jest nieuniknione?

Medycyna jest piękną dziedziną, ale wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym. Obserwuję ogromne wypalenie zawodowe wśród lekarzy – i to nawet wśród tych młodych, dopiero zaczynających specjalizację. To słodko-gorzki kawałek chleba i trzeba mieć to na uwadze w momencie decydowania się na studia medyczne.

Młody człowiek chce zawojować świat i wydaje mu się, że wszystko jest proste. I nagle przychodzi myśl: *Gdzie ta medycyna, którą oglądałem w „Chirurgach” czy w „Doktorze Housie”?* Rzeczywistość okazuje się inna i to zderzenie następuje już przy pierwszym starciu z systemem.

Jakie problemy pan dostrzega?

Zacznijmy od studiów. Z jednej strony obserwujemy dewaluację jakości kształ-

cenia na nowo powstałych kierunkach lekarskich. Taka kadra medyczna będzie potem realizowała świadczenia zdrowotne w Polsce.

Kolejna bolączka dotyczy stażu podyplomowego. Produkuje coraz więcej lekarzy, a miejsc na staż czy rezydenturę nie przybywa. Rośnie więc konkurencja. A wiadomo, że konkurencja, w granicach normy, jest zdrowa, ale jeżeli wykracza poza te ramy, rodzi dysfunkcje. Bardzo możliwe, iż dojdziemy do etapu, że najtrudniejsze nie będzie już dostanie się na studia czy ich ukończenie, ale to, co począć z absolwentami kierunków lekarskich.

Trzeci trudny obszar to rezydentura. Na pewno istnieją takie miejsca, gdzie koledzy czują się bardzo dobrze i są doceniani jako pełnoprawni członkowie zespołu. Ale bywa i tak, że rezydenci napotykać trudności w pozyskaniu umiejętności praktycznych. Dzieje się tak zwłaszcza w obszarach zabiegowych, gdzie trzeba mieć swojego mentora, który tę wiedzę będzie im przekazywał. Tego nie wyczytamy z książek, musimy się uczyć przez praktykę, a w niektórych miejscach jest to, niestety, niemożliwe. W efekcie lekarze kończą rezydenturę, a brakuje im umiejętności praktycznych.

Jeszcze jest kwestia dyżurów. Zdarzają się sytuacje, w których zanikają przyjęte normy przepracowanych godzin czy odpoczynku między dyżurami. To też jest bolączka i trudność systemowa, którą młodzi lekarze dostrzegają.

Czym dla młodego lekarza jest praca w ochronie zdrowia?

Dla części osób z młodego pokolenia praca w szpitalu nie różni się za wiele od pracy w innym zawodzie – ma oferować rozwój i spełniać oczekiwania finansowe. Generacja Z mocno ceni sobie rozdzielenie życia zawodowego od prywatnego. Dla nas *work-life balance* nie jest sloganem. Niektórzy traktują to jako przejaw lenistwa czy braku poświęcenia, co może być krzywdzące, bo nie tego dotyczy *work-life balance*.

Młody lekarz podchodzi do pracy jako do miejsca, w którym jest częścią zespołu i tak chce być traktowany, a nie jak osoba, która powinna dziękować za to, że może w ogóle tam pracować.

Standardy się zmieniły i w niektórych miejscach już to jest widoczne. Podejście pokolenia Z zaczyna przekładać się na funkcjonowanie niektórych korporacji: praca jest od pracy, a nie od spędzania w niej życia. Ale myślę, że w ochronie zdrowia jeszcze trochę wody upłynie, zanim zrozumiemy, że młodzi mają inne priorytety.

Konflikt pokoleń jest nieunikniony?

Oczywiście. Wiem, że starsze pokolenie stykało się z jeszcze większymi nadużyciami i miało do czynienia z jeszcze głębiej zakorzenionymi wzorcami. I też musiało walczyć. My chcemy kolejnych zmian, a po nas przyjdą następni młodzi ludzie, którzy będą postrzegali się jeszcze inaczej. I również będą walczyć o zmiany.

Skoro mówimy o trudnościach, jest nadzieja, że będzie lepiej?

Tak. Głos młodych coraz bardziej się przebija, także w ochronie zdrowia. Wchodzą nowe rozwiązania związane z zarządzaniem jakością w szpitalnictwie, co z perspektywy młodych ludzi jest istotne, bo lepsza jakość będzie korzystna nie tylko dla pacjentów, ale i lekarzy. Może w Polsce zmiana dopiero raczkuje, ale jest nieodzownym elementem rozwoju: najpierw trzeba raczkować, by zacząć chodzić, a potem biegać.

Czy Komisja Młodych Lekarzy jest organem, który może sprzyjać pożądanej zmianie?

Myślę, że nikt tak dobrze nie będzie mówił o zmianach, jak osoby, które ich chcą i które na własnej skórze odczuwają aktualną sytuację. Reprezentujemy młodych lekarzy i chciałbym, aby ich głos w środowisku medycznym był słyszalny. W ramach komisji staramy się wprowadzać nowe standardy działania i zarządzania. Sprawdzamy teraz podgrupy tematyczne w Komisji Młodych Lekarzy, w których każdy może zająć się czymś, co go bardziej interesuje. Ta zmiana, mam nadzieję, zapoczątkuje większym zaangażowaniem kolegów i koleżanek.

Dlaczego warto angażować się w działalność samorządową?

To od nas zależy, czy cokolwiek zmienimy. Najprościej jest usiąść i narzekać

na rzeczywistość, ale żeby coś zmienić, trzeba działać. Okręgowa Izba Lekarska poza wieloma benefitami samorządowymi daje też możliwość budowania swojej rozpoznawalności w środowisku. Jako warszawska Komisja Młodych Lekarzy możemy wpływać nie tylko na samorząd lokalny, ale też współpracować z Komisjami Młodych Lekarzy z innych okręgów, a wraz z Naczelną Izbą Lekarską realizować projekty bardziej globalne. To daje możliwość budowania ogólnopolskich, a nawet międzynarodowych relacji, które są niezwykle ważne na dalszym etapie kariery.

Co chciałby pan osiągnąć jako przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy?

Przede wszystkim chcę budować wśród młodych koleżanek i kolegów przekonanie, że Izba jest dla nich. To organizacja, którą powinno się wykorzystywać, żeby lekarzom żyło się lepiej. Mam kilka ciekawych projektów, które za zgodą prezesa Artura Drobnia i przy współpracy pracowników Okręgowej Izby Lekarskiej będą rozwijać już w tym roku. Mają one dostarczyć realną wartość młodemu pokoleniu, ale myślę, że będą ciekawe dla każdego pokolenia lekarzy oraz studentów kierunku lekarskiego – bo zależy nam, aby poprzez niezależny projekt „Student bliżej Izby” dotrzeć również do nich. Na razie jeszcze nie mogę zdradzić więcej szczegółów.

A jaki będzie lekarz przyszłości?

Będzie otwarty na naukę i ciężką pracę, ale również na innowacje i kreatywność. Lekarz przyszłości to osoba metodyczna i empatyczna, przelamująca standardy.

Lekarz przyszłości nie boi się sztucznej inteligencji?

Pojawiają się opinie, że nowe technologie zastąpią lekarzy. Zupełnie się z tym nie zgadzam. Zgodnie z zasłyszonym przeze mnie stwierdzeniem – dobrodziejstwa technologii nie zastąpią lekarzy, ale lekarze, którzy wykorzystują nowe technologie, wykluczą w pewien sposób tych, którzy boją się innowacji. Myślę, że to jest właśnie odpowiedź na pytanie, kim będzie lekarz przyszłości. ●

Niewidoczny problem

Schorzenie, które znacząco wpływa na komfort życia kobiety, a jednak mało która o nim słyszała. O zespole przekrwienia biernego miednicy mniejszej rozmawiamy z **dr. hab. n. med. Łukaszem Paluchem**, profesorem CMKP, flebologiem, założycielem Doppler Instytut.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Zespół przekrwienia biernego miednicy mniejszej to mało znana przypadłość. Usłyszałam nawet niedawno opinię lekarza, że ginekolodzy zapomnieli, że w ogóle występuje.

Nie tyle zapomnieli, ile pomijali ten problem jako odległy od swojej specjalizacji. Układ żylny, poza łożyskiem, nie wchodzi w zakres ginekologii, rzadko jest z nią kojarzony. Oczywiście na obrazach ultrasonograficznych widać poszerzone naczynia żyłne, do niedawna jednak wydawało się oczywiste, że kobiety, zwłaszcza po porodach, po prostu tak mają, więc nie łączono tego z tą dolegliwością. Brak świadomości występowania tego powikłania jest zastanawiający, a przecież o niewydolności żył miednicy mniejszej w literaturze możemy czytać od dawna, tak jak i o objawach, czyli bolesnych miesiączkach, bólu podczas i po stosunku seksualnym, żylakach miejsc intymnych czy nawet hemoroidach. Do niedawna brakowało też skutecznych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Świadomość problemu się zwiększa?

Tak. Obecnie jest to już bezdyskusyjne i na szczęście większość lekarzy uznaje,

że niewydolność żył miednicy mniejszej w znaczny sposób wpływa na komfort życia pacjentek. Jeszcze 30 lat temu takie dolegliwości bólowe były całkowicie bagatelizowane. To, że kobieta ma bolesne stosunki seksualne, odczuwa ból po orgazmie, ma uczucie wypełnienia pochwy czy przewlekłe zakażenia układu moczowo-płciowego, nie było problemem na tyle istotnym dla lekarzy, żeby się nad nim pochylać. Teraz świadomość i lekarzy, i samych kobiet jest dużo większa.

Wymienił pan już kilka objawów niewydolności żył miednicy mniejszej. Na co jeszcze lekarze powinni zwracać uwagę?

Podstawowym objawem, który powinien zaalarmować lekarza pierwszego kontaktu czy ginekologa, jest ból dolnej partii brzucha po stosunku seksualnym, uczucie rozpierania, klujący ból w okolicy jajników. Do mniej specyficznych objawów należą przewlekłe parcie na mocz czy częste zakażenia układu moczowo-płciowego.

Jeżeli problem występuje w splocie żył przymacicza, pacjentka odczuwa rozpierający ból w okolicy pępka, najczęściej po orgazmie. Jeżeli niewydolny jest splot okołopochwowy,

dominuje uczucie rozpierania w pochwie. Towarzyszą temu często zakażenia układu moczowo-płciowego. Jeżeli patologia występuje w splocie okołoodbytnicznym, mamy ból odbytu lub poszerzenie guzków krwawniczych. Jeżeli problem jest w okolicy pęcherza moczowego, pacjentka odczuwa nagłe parcie na mocz i oddaje go nieproporcjonalnie małą ilość. Gdy niewydolne są naczynia w okolicy cewki moczowej, odczuwa świąd i pieczenie, szczególnie po uniesieniu seksualnym czy po dźwiganu większych ciężarów.

Mogą też pojawić się niespecyficzne objawy, jak np. ból biodra, kiedy niewydolność żylna jest zlokalizowana w tych okolicach. Często pacjentki mają objawy z odcinka lędźwiowego kręgosłupa, kiedy przeciążony jest splot okółokrzyżowy i poszerzone są naczynia w okolicy korzeni nerwowych.

Jak diagnozuje się zespół przekrwienia biernego miednicy mniejszej?

Złotym standardem diagnostyki jest wykonanie pełnego badania USG, czyli USG żył kończyn dolnych oraz żył jamy brzusznej i miednicy mniejszej wraz z badaniem transwaginalnym. To ostatnie pokazuje najtrudniejsze do zdiagnozowania miejsca, czyli gałęzie żyły biodrowej wewnętrznej. Badanie brzuszne może pokazywać zespoły uciskowe czy niewydolność żył jajnikowych.

A co z rezonansem albo tomografią?

Obecnie odchodzi się od tomografii komputerowej, ponieważ pokazuje obraz anatomiczny, a nie dynamiczny. Przesłanką do oceny niewydolności żyłnej nie powinna być średnica naczyń, tylko cofanie się krwi. Mamy też do dyspozycji dynamiczny rezonans magnetyczny, czyli badanie wenografii rezonansu magnetycznego. To badanie nie jest jednak jeszcze bardzo dokładne, ponieważ nawet najnowsze proto-



fot. Robert Szaban

koły nie oddają w 100 proc. przepływu krwi. Jest też dość mało diagnostyczne dla najmniejszych naczyń, które są zlokalizowane najniżej, czyli w okolicy spływu żyły sromowej wewnętrznej czy żyły macicznej, spłotu okołocewkowego czy okołoleczkowego.

Wspomniane objawy mogą też występować przy innych jednostkach chorobowych.

Jakie patologie należy wykluczyć podczas diagnostyki?

Rzeczywiście, kilka powszechnych patologii może dawać podobne objawy. Są to np. endometrioza, problemy jelitowe, PCO. Niestety, bardzo często widzimy u pacjentki koincydencję dwóch czynników – kobieta ma jednocześnie np. endometriozę i niewydolność żył miednicy mniejszej. Powstaje problem diagnostyczny. Podjęcie decyzji, co leczyć na początku, jest bardzo trudne.

Niewydolność żył miednicy mniejszej z jednej strony jest zaburzeniem, które powoduje bardzo niekomfortowe objawy u pacjentki, z drugiej zaś zwiększa ryzyko zakrzepicy żyłnej, zaleganie krwi, ryzyko zakażeń. Jest wskazaniem do wykonania zabiegu albo podjęcia leczenia zachowawczego. Jeżeli mamy do wyboru leczenie zabiegowe

endometriozy lub niewydolności żyłnej miednicy mniejszej, to zasadne wydaje się w pierwszej kolejności zaopatrzenie niewydolności żyłnej ze względu na to, że jest dużo mniej inwazyjne dla pacjentki. Jest to leczenie w 100 proc. wewnątrznacyniowe, nie dochodzi więc do uszkodzeń tkanek otaczających. Z mojego doświadczenia wynika, że wiele pacjentek, które mają endometriozę i niewydolność żył miednicy mniejszej, nie wymaga już później leczenia zabiegowego, jeżeli zostanie u nich zaopatrzona niewydolność żylna.

Nie każda pacjentka, która ma poszerzone żyły miednicy mniejszej, wymaga jednak leczenia. Dlatego tak ważne jest ustalenie, co dzieje się w naczyniach: czy dochodzi tylko do cofania się krwi, czy mamy też zmiany pozakrzepowe, które są dużo groźniejsze i istotne pod względem klinicznym.

Jak przebiega leczenie niewydolności żył miednicy mniejszej?

W związku z anatomią i lokalizacją żył miednicy mniejszej wykonuje się przede wszystkim leczenie wewnątrznacyniowe. Do naczynia położonego dystalnie od tego miejsca, czyli albo w okolicy szyi, albo kończyn dolnych, za pomocą cienkiej igły wprowadzamy do światła

łta naczynia prowadnik, którym wewnątrznacyniowo przemieszczamy się do jamy brzusznej i do naczynia, które wcześniej zdiagnozowaliśmy w innych obrazach. Zamykamy je za pomocą preparatu chemicznego, np. polidokanolu, a następnie naczynie, które doprowadza krew do naczyń mniejszych, zamykamy za pomocą specjalnych sprężynek, zwanych koilami, które w sposób mechaniczny wypełniają naczynie i naciskają delikatnie na jego ściany, co powoduje zapalenie i zwłóknienie naczynia. W ten sposób wyłączamy chore naczynie z krwiotoku. Po takim zabiegu pacjentka jest w pełni sprawna, wstaje i idzie do domu.

Niewydolność żył miednicy mniejszej najczęściej dotyka ciężarne lub wieloródki. U bezdzietnych kobiet ten problem nie występuje?

Kobiety, które nie rodziły, mogą mieć niewydolność żył miednicy mniejszej, ale zdarza się ona dużo rzadziej niż u wieloródek. Cięża doprowadza do zwiększonego czasowo ciśnienia w naczyniach żylnych, co powoduje przyspieszenie progresji niewydolności żyłnej. Dlatego u prawie 70 proc. kobiet po trzech ciążach widzimy niewydolność żył miednicy mniejszej, u pacjentek po dwóch porodach rzadziej – ok. 50 proc., u kobiet po jednym porodzie – 30 proc.

Trafia jednak do mnie coraz więcej bardzo młodych kobiet, nastolatek czy pacjentek w wieku 20–25 lat, które już od pierwszej miesiączki zmagają się z objawami tej przypadłości. Dlatego tak ważna jest przy diagnozowaniu niewydolności żyłnej współpraca z ginekologami, a nawet pediatrami.

Leczenie interdyscyplinarne to podstawa?

Tak. W swojej praktyce współpracuję przede wszystkim z ginekologami, ale też gastroenterologami, proktologami, urologami, a nawet psychiatrami i seksuologami.

Istotną rolę odgrywają też fizjoterapeuci uroginekologiczni, neurologi, lekarze zajmujący się leczeniem bólu... To problem interdyscyplinarny, wielu specjalistów zetknie się w swojej codziennej praktyce z pacjentkami z niewydolnością żył miednicy mniejszej. ●

Prof. ChatGPT, dr Google i mgr TikTok

Jak leczy i szkodzi internet?



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Co minutę do wyszukiwarki Google trafia 70 tys. zapytań dotyczących zdrowia. Filmy o zdrowiu na YouTube albo TikToku mają setki miliardów wyświetleń. Szukając porad i pomocy online, pacjenci trafiają w otchłań dezinformacji, która może być niebezpieczna.

Prasę w 2023 r. obieła informacja o śmierci nastolatka spowodowanej zażyciem 14 tabletek leku antyhistaminowego zawierającego difenhidraminę. Nie był to wypadek, ale efekt trendu na TikToku o nazwie „Benadryl challenge”. „Zabawa” polegała na zażywaniu dużych dawek tego leku, aby wywołać halucynacje. Osoby, które podjęły „wyzwanie”, publikowały filmy dokumentujące zmiany zachowania.

INFLUENCERZY UDAJĄ EKSPERTÓW

Tego typu wyzwania nie są rzadkością na TikToku. Niektóre mogą rozśmieszać, ale są nieszkodliwe – jak wkładanie na noc pokrojonych ziemniaków do skarpetek, aby pozbyć się toksyn z organizmu. Ale są i takie, które są niebezpieczne dla zdrowia: #HotYoga, czyli intensywna joga w temperaturze 40 st.

Celsjusza; zaklejanie ust taśmą klejącą, aby pozbyć się chrapania; picie środka czyszczącego – boraksu z sodą oczyszczoną i solą, aby dodać sobie energii.

Mający 1,9 mld użytkowników TikTok to najważniejsze medium społecznościowe dla generacji Z. 43 proc. użytkowników jest w wieku 18–24 lat. Młodzi ludzie spędzają średnio 58 minut dziennie na oglądaniu publikowanych tam treści. W badaniu przeprowadzonym przez PlushCare okazało się, że 83,7 proc. porad na TikToku dotyczących zdrowia psychicznego wprowadza w błąd, a 14,2 proc. jest potencjalnie niebezpiecznych. Młode osoby ślepo ufają mającym miliony fanów influencerom, znajdując u siebie objawy choroby, których nie mają. Jednym z przykładów „cyberchondrii” jest ADHD, które w ostatnich miesiącach utrzymywało się na szczycie najpopularniejszych hashtagów z miliardami wyświetleń. Choroba nagle stała się popularna (w złym tego słowa znaczeniu), gdy celebryci zaczęli przypisywać sobie ADHD, aby zyskać jeszcze większy rozgłos i pozytywną aurę superaktywności. W ślad za nimi poszło tysiące fanów i trend szybko się rozlał. Jeszcze inne badania sugerują, że ok. 44 proc. wszystkich filmów publikowanych przez influencerów, którzy nie są lekarzami, wprowadza w błąd.

CHATGPT NIE MA ŻADNEGO POJĘCIA O CHOROBACH

60 proc. Polaków w wieku 16–30 lat korzysta z ChatGPT – wynika z nowych danych Eurostatu. W badaniu „User Intentions to Use ChatGPT for Self-Diagnosis and Health-Related Purposes: Cross-sectional Survey Study” 78 proc. użytkowników zadeklarowało, że w razie potrzeby zapyta ChatGPT o diagnozę.

ChatGPT zachwyca swoimi zdolnościami komunikacji. Po raz pierwszy ze sztuczną inteligencją (AI) można porozmawiać jak z człowiekiem, poprosić o napisanie tekstu albo pracy domowej. Najnowszy model ChatGPT-4o bez problemu zdaje egzamin z medycyny. Test dla lekarzy w Wielkiej Brytanii zaliczył na 94 proc., a w USA – na 90 proc. (poprzedni model GPT nie poradził sobie jednak z polskim egzaminem z interny, uzyskując jedynie 47,5–53,33 proc. poprawnych odpowiedzi).

Co ciekawe, duże modele językowe – jak ChatGPT, Gemini, Co-Pilot albo zaprezentowany w lutym 2025 r. polski PLLuM – nie analizują logicznie informacji, nie mają żadnej wiedzy, a jedynie komponują odpowiedzi, kierując się rachunkiem prawdopodobieństwa. Mimo to wytrenowane na miliardach parametrów robią to wyjątkowo sprawnie. W 2023 r. na nagłówki prasowe trafił przypadek czteroletniego chłopca. Szukając źródła przewlekłego bólu, jego matka przez trzy lata odwiedziła 17 lekarzy. Bez skutku. W końcu wpisała wyniki badań do ChatGPT i ten prawidłowo wskazał nazwę choroby rzadkiej.

Oczywiście to tylko jedna strona medalu. Druga to taka, że ChatGPT często halucynuje i wprowadza w błąd. Niestety, robi to wyjątkowo przekonująco, uzasadniając logicznie swoje odpowiedzi wymyślonymi faktami tak sprawnie, że łatwo dać się zwieść. Według dostępnych statystyk najczęściej pytamy ChatGPT o choroby i ich przebieg, przyczyny objawów, metody leczenia. Równie często prosimy o wyjaśnienie terminologii medycznej albo interpretację wyników badań. Badanie przeprowadzone przez naukowców z Australii jest alarmujące: 61 proc. osób zadaje AI pytania o problem zdrowotny, który wymaga wizyty u lekarza. Nie ma jeszcze danych dotyczących opóźnień terapii albo błędnych diagnoz stawianych przez sztuczną inteligencję. Ale takie błędne diagnozy istnieją i wraz z popularyzacją AI będą się pojawiać coraz częściej.

GOOGLE MA INNE PRIORYTETY NIŻ DOSTARCZANIE RZETELNYCH PORAD

Ok. 7 proc. wszystkich zapytań wpisywanych do wyszukiwarki Google dotyczy tematów związanych ze zdrowiem. Według statystyk w Google pacjenci szukają przede wszystkim bazowych informacji. W 2024 r. najpopularniejszymi pytaniami dotyczącymi zdrowia były: Czy zapalenie oskrzeli jest zaraźliwe? Czy zapalenie płuc jest zaraźliwe? Co to jest toczek? Ile wody powinienem pić dziennie? Czy angina jest zaraźliwa? Jak długo trwa grypa? Co powoduje wysokie ciśnienie krwi?

Pytamy o to, jak się dobrze odżywiać, szukamy diet, porad dotyczących



fol. licencja OIL w Warszawie

snu albo domowych sposobów leczenia przeziębienia. To dobrze, że tego typu informacje można znaleźć w internecie. Rola Google w edukacji zdrowotnej jest bezcenna. Jednak Google to też największa maszyna dezinformacyjna i źródło korozji zaufania pacjentów do lekarzy. Badanie przeprowadzone na 2 tys. mieszkańców USA wykazało, że dwie na trzy osoby, które googlują swoje objawy, otrzymują błędną diagnozę bardzo poważnej choroby. Na pytanie o ból głowy często od razu wyświetlają się informacje na temat raka mózgu, a na hasło „zmęczenie” Google wypływa strony o chorobach tarczycy i o anemii.

Faktem jest, że Google stara się to poprawić. Pytając o zdrowie, coraz częściej sugerowane są strony zaufanych instytucji medycznych. Jeszcze kilka lat temu były to po prostu najbardziej popularne strony pełne fake newsów. Odkąd Google aktualizuje swoje algorytmy, aby wyświetlona informacja pochodziła z wiarygodnego źródła, fake newsy przeniosły się do mediów społecznościowych, gdzie nie ma praktycznie żadnej moderacji treści. Niemniej jednak Google nie jest encyklopedią medyczną, a algorytmy wyszukiwania biorą pod uwagę nie tylko rzetelność informacji, ale też inne parametry, jak np. liczbę cytowań, układ strony, ilość reklam itd. Badanie naukowców z Uniwersytetu Edith Cowan to potwierdza:

tylko w 36 proc. przypadków diagnoza wyświetlona w Google na pierwszej pozycji była poprawna.

DUŻO INFORMACJI, DUŻO SZUMU

Media społecznościowe, Google oraz chatboty AI mają swoje dobre i złe strony. Bez nich pacjenci przychodziliby do lekarza z każdym, nawet najbardziej błahym, problemem. Ale to także narzędzia, które często bardziej szkodzą, niż pomagają. W social mediach mnożą się dezinformacje, w siłę rosną ruchy antyszczepionkowe i antynaukowe, a influencerzy propagują niebezpieczne trendy. Chatboty AI, takie jak ChatGPT, brzmią na tyle wiarygodnie, że wierzymy im nawet wtedy, gdy kłamią. Mające miliardy wyświetleń filmy na YouTube rozpowszechniają porady znachorów, których sensacyjne doniesienia dotyczące cudownych diet mają na celu jedynie przyciągnięcie uwagi i przekucie liczby kliknięć na zyski.

Sprzątanie tego bałaganu często spada na lekarzy. Gdy przychodzą pacjenci z wydrukami z Google albo ChatGPT, muszą prostować fakty, uspokajać i przekonywać. Nie ma co liczyć, że to się szybko zmieni – Google, YouTube, TikTok, Facebook, ChatGPT to rozwiązania dużych gigantów technologicznych kierujących się zyskiem, a nie przysięgą Hipokratesa. ●

Moc głośnego czytania

Codzienne głośne czytanie dzieciom oraz rozmowa z nimi to niezbywalne fundamenty ich stabilności emocjonalnej, kompetencji społecznych i zdolności intelektualnych, mówi **dr Magdalena Ossolińska**, pediatra, kierowniczka merytoryczna szkolenia „Książka na receptę”.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Pani doktor, na czym dokładnie polega akcja „Książka na receptę”?

„Książka na receptę” to wciąż nowatorska w skali kraju, ale bardzo potrzebna inicjatywa, która łączy temat zdrowia dzieci z czytaniem im książek. Program realizowany przez Fundację Powszechnego Czytania opiera się na zaproszeniu środowiska medycznego do rekomendowania takiej praktyki rodzicom i opiekunom dzieci już od niemowlęstwa, tak aby stała się ona elementem profilaktyki zdrowia. „Książka na receptę”

powołuje się na niezrównany autorytet w tej dziedzinie, prof. Barry’ego Zuckermana, amerykańskiego pediatry, który jako pierwszy lekarz na świecie zalecał wczesne czytanie dzieciom jako interwencję medyczną.

A kiedy się wszystko zaczęło?

W 2019 r. odbyła się pierwsza odsłona programu. Wtedy też Fundacja zaprosiła do współpracy prof. Barry’ego Zuckermana. „Książka na receptę” oparta jest na doświadczeniach i badaniach założonej przez niego organizacji Reach Out & Read. Sześć lat temu, podczas inauguracyjnej wizyty profesora w Polsce, program został szeroko zaprezentowany przedstawicielom środowiska medycznego. Zaproszeni zostali lekarze rodzinni, pediatrzy, neonatologowie, a także pielęgniarki i położne. Od tego czasu w polskich gabinetach lekarskich pojawiały się „recepty” do wypisywania zaleceń czytania, w przychodniach – ulotki i plakaty. Lekarze otrzymali materiały informacyjne i instruktażowe dotyczące wprowadzania takiej interwencji medycznej. Program wciąż się rozwija – od 2023 r. odbyły się już dwie konferencje dla specjalistów, połączone z warsztatami praktycznymi, dotyczące wpływu czytania na zdrowie najmłodszych. Kolejne

szkolenie odbędzie się już 11 kwietnia w Bibliotece Narodowej w Warszawie.

Jaki jest cel akcji?

Celem jest wspieranie prawidłowego rozwoju dzieci już od urodzenia. Codzienne głośne czytanie dzieciom oraz rozmowa z nimi to niezbywalne fundamenty ich stabilności emocjonalnej, kompetencji społecznych i zdolności intelektualnych. Program opiera się na bogatych danych naukowych i praktycznych doświadczeniach zdobytych na świecie. Założeniem takich działań jest wypracowanie w polskich rodzinach nawyku jak najwcześniejszego czytania i rozmowy z dziećmi. Zaproszenie do kampanii środowiska medycznego jest tu kluczowe – to wspaniałe autorytety, ludzie, których powołaniem jest dbanie o nasze zdrowie i rozwój. To ważny argument dla rodziców małych dzieci.

W jaki sposób dobierane są książki „na receptę”?

Książki powinny być przede wszystkim odpowiednie do wieku pacjentów, zarówno pod względem formy, jak i treści. Takie dopasowanie jest kluczowe dla zainteresowania dziecka na danym etapie rozwoju – na początku to głównie książki kontrastowe, później kartono-



fot. ©fpc (2)



we z coraz bardziej złożonymi ilustracjami i tekstem. Te różnice mają ogromne znaczenie, jeśli chodzi o odpowiedź na potrzeby oraz możliwości dziecka, ale także z punktu widzenia rodziców – im lepiej dopasowana książka, która zainteresuje malucha, tym większa szansa, że dorosły zobaczy cel, a w konsekwencji efekt takiego wysiłku i regularnej lektury.

Czy można powiedzieć, że literatura rzeczywiście ma moc terapeutyczną?

Dziś z całą pewnością możemy powiedzieć, że tak. Kiedyś opierano się na intuicji, ale obecnie potwierdzają to liczne badania. Organizatorzy programu „Książka na receptę” podkreślają, że rekomendacja czytania i rozmowy z małym dzieckiem jest oparta na danych naukowych dobrej jakości. Badania University of Sussex wskazują, że czytanie łagodzi stres. Pozytywny wpływ czytania na dobrostan najmłodszych potwierdzają też: 30-letnie doświadczenia Fundacji Reach Out & Read, stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej, badania PISA Reading for Pleasure, a także raporty dotyczące czytelnictwa polskiej Biblioteki Narodowej.

A co mówią badania na temat wpływu głośnego czytania na rozwój intelektualny i emocjonalny dziecka?

Mózg dziecka rozwija się najintensywniej w pierwszych latach życia. Czytanie na głos i związana z tym rozmowa z dzieckiem jest jedną z najskuteczniejszych interwencji, która je stymuluje. Staje się fundamentem dla budowania stabilności emocjonalnej (pomaga radzić sobie z agresją, przepracowywać traumy i przezwyciężać problemy),

kompetencji społecznych i rozwoju intelektualnego, w tym rozwoju mowy, umiejętności krytycznego myślenia. Dziś kluczową częścią opieki lekarskiej nad dziećmi jest profilaktyka zaburzeń. Wprowadzenie do codziennej praktyki w gabinetach rekomendacji czytania książek jest bardzo istotne z punktu widzenia medycyny i pediatrii przyszłości. To mała interwencja, która skutecznie stymuluje prawidłowy, holistyczny rozwój najmłodszych.

Ilu lekarzy jest zaangażowanych w akcję?

W programie aktywnie uczestniczy już ponad 150 lekarzy, rozdają oni książki w swoich gabinetach. Ponadto jest stała grupa promotorów, którzy program wspierają merytorycznie i wizerunkowo. W ubiegłym roku przeszkoliliśmy też 1000 położnych, które brały udział w kursie online, zostały „Ambasadorkami czytania” i zalecają rodzicom głośne czytanie dzieciom już od pierwszych chwil życia.

Jak zachęcić lekarzy, aby włączali się w akcję?

Przede wszystkim kluczowe jest wskazanie realnego wpływu czytania na zdrowie małych pacjentów już na bardzo wczesnym etapie życia, który potwierdzają liczne badania i eksperci z różnych dziedzin – pediatrii, psychologii, neurologii i psycholingwistyki. Niezwykle istotne jest także pokazanie, że wprowadzenie takiej interwencji jako elementu profilaktyki medycznej jest możliwe w gabinecie lekarskim podczas wizyty. Wymaga to oczywiście podjęcia pewnego trudu, ale jest tego warte w myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż leczyć”. Wykorzystanie siły własnego autorytetu do powiązania takiej re-

komendacji ze zdrowiem najmłodszych jest bezcenne i bardzo satysfakcjonujące. Zalecenie regularnego czytania, które pojawia się na fizycznej recepcie, nabiera prawdziwej mocy.

W jaki sposób rozmawiać z rodzicami pacjentów i jakie książki polecać?

Przede wszystkim zaprosić ich do głośnego czytania dzieciom jako wspaniałej formy spędzania czasu. Mówiąc o korzyściach, należy podkreślić także rolę takiego zwyczaju dla budowania relacji z maluchami oraz siły nawyku, który będzie procentował w przyszłości. Taka interwencja wymaga oczywiście pewnej delikatności i wyczucia – tak aby zachęcić, nie zrazić, a także przekonać, że warto. Książki muszą odpowiadać potrzebom dzieci, ale też trafiać do rodziców, by chcieli im je wielokrotnie czytać. Program „Książka na receptę” bardzo mocno stawia na praktyczne ćwiczenia i szkolenie lekarzy w zakresie rekomendowania czytania i polecenia książek.

Co trzeba zrobić, aby otrzymać taką „książkową receptę”?

Lekarze, którzy chcą wprowadzić taką rekomendację w gabinetach, mogą zgłosić się po bezpłatne materiały, w tym bloczki „recept”, na których będą przepisywali czytanie swoim pacjentom i ich opiekunom. Każda wizyta może zostać wzbogacona o taką interwencję, która w ten namacalny sposób stanie się rekomendacją medyczną.

A zna pani skuteczność tego „książkowego” leku?

Skuteczność tych działań została szczegółowo zbadana i potwierdzona w Stanach Zjednoczonych, gdzie taką inicjatywę podejmuje się już od lat 80. W Polsce projekt jest obecnie na etapie intensywnego rozwoju. Ewaluacji programu na naszym rodzimym polu możemy spodziewać się w przyszłości. Do „Książki na receptę” przyłącza się już coraz więcej lekarzy. 11 kwietnia br. podczas konferencji w Bibliotece Narodowej w Warszawie środowisko medyczne będzie miało kolejną okazję do wysłuchania międzynarodowych ekspertów, którzy opowiedzą o wpływie czytania na zdrowie i rozwój dzieci. ●

Dobre życie aż do końca

Umieranie dziecka to chyba jedno z najcięższych przeżyć. W tym doświadczeniu często rodzice i dzieci potrzebują pomocy. O pediatrycznej opiece paliatywnej rozmawiam z **Katarzyną Żak-Jasińską**, pediatrą, hematologiem i onkologiem dziecięcym z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, a także kierownikiem medycznym hospicjum domowego dla dzieci Bursztynowa Przystań w Gdyni, oraz z **Eugenią Szuszkiewicz**, pediatrą, która obecnie jest w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej w Stowarzyszeniu Hospicjum Łódzkie, członkinią Instytutu Dobrej Śmierci i wolontariuszką Fundacji Pallium For Ukraine.

rozmawiała
ALEKSANDRA SOKALSKA

Przekazanie informacji, że dziecko umiera, jest niezwykle trudne. Czy są w tym wypadku jakieś konkretne procedury, np. kto powinien uczestniczyć w rozmowie, jak powinna ona wyglądać?

Eugenia Szuszkiewicz (ESZ): Każda rozmowa jest wyjątkowa i dostosowana do wieku oraz dojrzałości dziecka. Nastolatki powyżej 16. roku życia mogą np. mieć pełny wgląd w dokumentację medyczną i informacje o leczeniu. Zawsze najpierw ustalamy z rodzicami, kiedy i w jaki sposób przekazać dziecku wiadomość, aby była zrozumiała, ale nie odbierała nadziei. Staramy się mówić prawdę w sposób dostosowany do jego dojrzałości emocjonalnej, stopniowo i z troską, zapewniając wsparcie i przesterzeń na pytania.

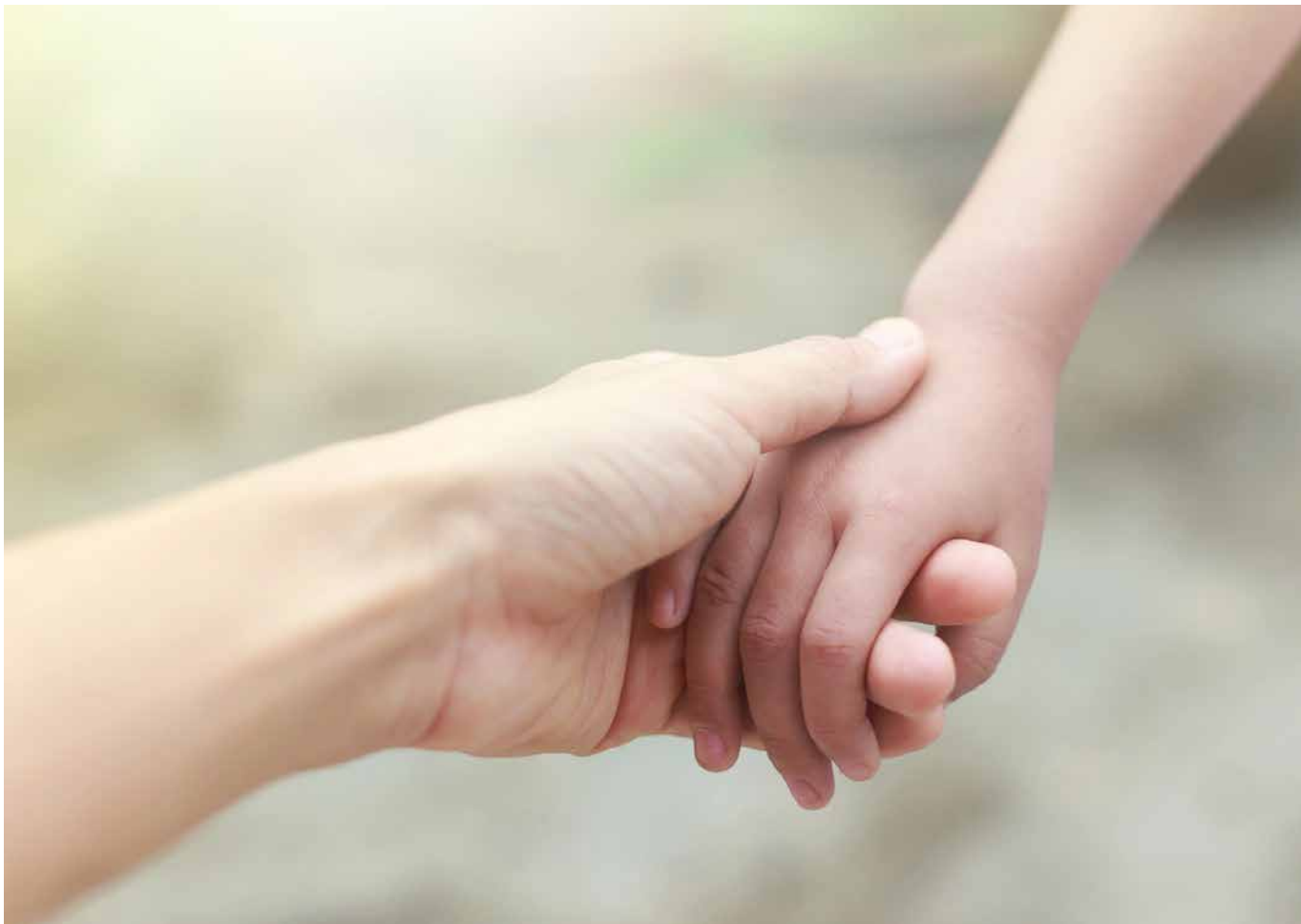
Katarzyna Żak-Jasińska (KŻJ): Jeśli np. widzimy, że rodzic 17-latka wyraża sprzeciw, wynikający zawsze

z ogromnego bólu, by z dzieckiem porozmawiać, nie przeprowadzamy rozmowy bez jego obecności. Robimy wszystko, aby rodzicowi pomóc. Nie możemy wchodzić z nim w konflikt, bo ważne jest, aby opieka sprawowana przez hospicjum była akceptowana przez całą rodzinę. Powinniśmy też starać się, aby dziecko miało do nas zaufanie. To jest coś najważniejszego: dziecko powinno wiedzieć, że jeśli będzie potrzebować rozmowy, będziemy obok, gotowi na taką rozmowę. Towarzysząc rodzicowi, podążając za dzieckiem, możemy wspólnie znaleźć rozwiązania, które przyniosą spokój.

I udaje się wam?

KŻJ: Mam nadzieję, że tak. Staramy się być w tym razem.

Rodzice zwykle wolą porozmawiać z dzieckiem sami czy raczej w towarzystwie lekarza?



Fot. licencja OLL w Warszawie

ESZ: Bywa różnie, ale najczęściej rozmowę z dzieckiem, zwłaszcza młodszym, prowadzą wspólnie rodzice oraz lekarz. To jednak tylko teoria – w praktyce pogorszenie stanu zdrowia następuje stopniowo, a dzieci są niezwykle uważne i intuicyjne. Zazwyczaj same dostrzegają, że leki przestają działać, a kolejne terapie nie przynoszą poprawy. Rzadko pytają wprost, czy umierają, ale zadają inne, równie ważne pytania: dlaczego nie ma już chemii, dlaczego wróciły do domu, dlaczego czują się gorzej. Najczęściej jednak chcą wiedzieć, czy nie będzie bolało i czy mama i tata będą przy nich do końca.

Jak wówczas z nimi rozmawiać? Co mówić?

ESZ: Zawsze mówimy prawdę, ale dostosowaną do wieku i wrażliwości dziecka. Im młodsze, tym prostszych i bardziej konkretnych komunikatów potrzebuje. Możemy powiedzieć, że

jest bardzo chore, ale zrobimy wszystko, żeby go nie bolało, i że mama i tata zawsze będą przy nim. Dziecko samo wyznacza granice – jeśli nie jest gotowe na pewne informacje, np. dotyczące śmierci, po prostu nie zapyta o nie. Ważne, by słuchać i odpowiadać na to, co faktycznie chce wiedzieć, jednocześnie zapewniając mu poczucie bezpieczeństwa. I mówić prawdę, by nie zawieść jego zaufania.

KŻJ: W opiece paliatywnej pytanie o sposób przekazania informacji o nadchodzącym okresie końca życia jest jednym z głównych. W tym kontekście szczególną grupą pacjentów są dzieci z chorobami nowotworowymi. Tutaj, w sytuacji wyczerpania możliwości leczenia przyczynowego podejmuje się zwykle decyzję o zakończeniu leczenia szpitalnego, bo dzieci i rodzice najczęściej chcą być w domu. Ta decyzja jest na ogół połączona z myślą, że zaczynamy się przygotowywać do odejścia dziecka.

Są rodzice, którzy nie potrafią się z tym pogodzić?

ESZ: Tak, choć na szczęście takie sytuacje zdarzają się rzadko. Czasem objawia się to roszczeniowym zachowaniem, żądaniem kontynuowania terapii za wszelką cenę, a nawet krzykiem. Nie traktujemy tego jako ataku, lecz jako przejaw bezradności i ogromnego lęku. W takich sytuacjach kluczowe jest spokojne, pełne empatii wyjaśnienie rodzicom, co robimy i dlaczego. Zwykle to wystarcza, by stopniowo zaczęli oswajać się z odchodzeniem dziecka.

Są jednak przypadki, w których wyparcie informacji o zbliżającej się śmierci dziecka jest bardzo silne. W swojej praktyce spotkałam np. 11-letniego pacjenta z nefroblastomą, u którego operacja zakończyła się niepowodzeniem. Rodzice, nie mogąc pogodzić się z sytuacją, powiedzieli mi, że wszystko już w porządku i że będzie lepiej. Tymczasem dziecko trafiło do hospicjum i z coraz

większym niepokojem pytało, dlaczego słabnie, dlaczego ciągle boli je brzuszec. Cały zespół musiał wspierać rodziców, by pomóc im znaleźć w sobie gotowość i siły do szczerzej rozmowy z dzieckiem.

Dlaczego taka szczerza rozmowa jest niezwykle ważna?

ESZ: Ponieważ dziecko jej potrzebuje i ma do niej prawo – daje mu ona poczucie bezpieczeństwa i pozwala uniknąć samotności w obliczu choroby. Pamiętam moją pacjentkę z nowotworem, która była objęta domową opieką paliatywną. Rodzice bardzo się bali, by nigdy przy niej nie padło słowo „hospicjum”. Kiedy przyjeżdżaliśmy do niej oznakowanym samochodem Fundacji Gajusz, musieliśmy parkować daleko od domu, by nie zobaczyła, skąd jesteśmy.

Pewnego dnia wyszeptwała pielęgniarence, że najbardziej martwi się o rodziców – nie wie, jak sobie poradzą, gdy jej zabraknie. Oni bali się powiedzieć jej prawdę, a ona bała się powiedzieć, że już wszystko wie. Takie dzieci niosą podwójny ciężar: własnej choroby i troski o tych, których kochają. Dlatego tak ważne jest, by nie zostawiać ich z tym samych.

KŻJ: Będąc w domach z rodzinami i naszymi małymi pacjentami, odczuwam czasem, że cierpieniem umierającego dziecka jest lęk, że rodzice sobie nie poradzą po jego odejściu. Ogromna miłość do rodziców i rodzeństwa wypełnia wówczas cały dom.

Śmiertelnie chore dzieci w różny sposób się z nami komunikują. Nie zawsze jest to powiedzenie wprost o umieraniu. Jeden z moich pacjentów sporządził li-

stę rzeczy, które chciał jeszcze zrobić. Naszym zadaniem nie była rozmowa o śmierci, ale pomoc w zrealizowaniu listy. Inne dziecko chwilę przed śmiercią ściągnęło maseczkę z tlenem i wymownie spojrzało. Widziałam, że jej już nie chce, że to oddech agonalny, chciało zdecydować. My, dorośli, musimy nauczyć się czytać dziecięce sygnały, a czasem je tłumaczyć sobie nawzajem. Dzięki temu proces odchodzenia, mam nadzieję, może być spokojniejszym czasem.

Jak się tego nauczyć?

KŻJ: W hospicjum dla dzieci pracuję od 20 lat. Wiedzę nabywa się wraz z doświadczeniem, a najlepszymi nauczycielami są rodzice i dzieci. Ważne jest także poznanie swoich granic, swoich możliwości. Muszę też wiedzieć, co ode mnie zależy, a na co nie mam wpływu, i skupić się tylko na tym pierwszym. Mam np. wpływ na to, jak bardzo dziecko odczuwa ból, duszność, niepokój. I cały czas się uczę nad tymi dolegliwościami panować, bo dzięki temu mam nadzieję jak najlepiej pomagać dziecku i jego rodzinie.

A jak ma sobie poradzić lekarz na początku swojej drogi w hospicjum dziecięcym?

ESZ: Taki lekarz stoi przed ogromnym wyzwaniem – nie tylko medycznym, ale i emocjonalnym. Będę o tym mówić podczas konferencji „Empatia a umiowanie i śmierć. Pełnia życia: Holistyczne spojrzenie na pediatryczną opiekę paliatywną”, organizowanej 12 kwietnia we współpracy z OIL w Warszawie i Instytutem Dobrej Śmierci.

Gdy zaczynałam, nie było jeszcze Instytutu Dobrej Śmierci, który dziś szerzy wiedzę na temat opieki paliatywnej. Na studiach jest wciąż niewiele zajęć z tej dziedziny, dlatego przed pierwszym dniem pracy w hospicjum próbowałam przygotować się sama – czytając, szukając informacji. To jednak nie wystarczyło. Najwięcej nauczyłam się od doświadczonych lekarzy, ale przede wszystkim od pielęgniarek, które na co dzień są najbliższe pacjentów i budują z nimi wyjątkową więź. To one często uczą, jak być obok dziecka w jego najtrudniejszych chwilach.

To na pewno trudna nauka.

ESZ: Tak, bo przez sześć lat studiów medycznych uczymy się, że głównym celem lekarza jest ratowanie życia, a hasło „złota godzina” powtarza się niemal bez przerwy. Dopiero po pół roku pracy w hospicjum zdałam sobie sprawę, że wciąż mam w głowie tę zasadę – odruchowo walczę o to, by pacjenta uratować. A przecież w opiece paliatywnej chodzi o coś zupełnie innego.

Naszym zadaniem nie jest zatrzymanie śmierci czy walka z nią, ale sprawienie, by dziecko nie odchodziło w bólu i strachu. Aby zdążyło jeszcze doświadczyć miłości, spełnić swoje ostatnie marzenia. Aby jego rodzice otrzymali wsparcie, które pozwoli towarzyszyć dziecku w ostatnich chwilach i – choć to niewyobrażalnie trudne – dać mu zgodę na odejście. Inni lekarze walczą o życie pacjenta. My walczymy o to, by jego ostatnie chwile były spokojne, godne, pełne miłości i jednocześnie pozbawione bólu, cierpienia i lęku. ●



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie
zaprasza wszystkich lekarzy na **cykl szkoleń online**



Szkolenia OIL

15.04.2025 r.

Ból totalny: jak holistycznie zadbać o pacjenta w ostatnim etapie życia?
Anja Franczak, Instytut Dobrej Śmierci

20.05.2025 r.

Jak rozmawiać z pacjentem umierającym oraz jego bliskimi?
dr n. społ. Marta Banout, Instytut Dobrej Śmierci

10.06.2025 r.

Medycyna końca życia: jakie leki i procedury warto stosować
dr n. med. Agata Malenda, Instytut Dobrej Śmierci

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – historia i misja

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne to wydarzenie, które na stałe wpisało się w kalendarz polskich konferencji stomatologicznych. Powstało z inicjatywy kilku członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów działającej w warszawskiej izbie, w kadencji, gdy wiceprezesem była dr Marta Klimkowska-Misiak. Pomysł zrodził się w trakcie rozmów o potrzebie stworzenia własnej konferencji, która mogłaby integrować środowisko lekarzy dentystów.

Ważnym partnerem Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych od ich powstania jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. Naukowy patronat nad wydarzeniem objęła prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, która od pierwszej edycji pełni funkcję kierownika naukowego. Dzięki jej zaangażowaniu i wsparciu ze strony środowiska akademickiego MSS początkowo koncentrowały się na dorobku naukowym warszawskiej uczelni, by z czasem rozszerzyć zakres tematyczny i przyciągać wykładowców oraz uczestników z całej Polski.

Konferencja oferuje szeroki wybór wykładów, prowadzonych równolegle w kilku salach. Obecnie MSS to ponad 30 wykładów w ciągu dwóch dni, a or-

ganizatorzy dbają o ich najwyższy poziom merytoryczny, zapraszając ekspertów będących największymi autorytetami w swoich dziedzinach oraz współpracując z towarzystwami naukowymi.

Założyciele MSS osobiście poszukiwali odpowiedniego miejsca na organizację spotkania. Warszawa i okolice zostały podzielone na strefy, a organizatorzy ruszyli w teren, aby znaleźć lokalizację, która spełniłaby oczekiwania zarówno pod względem naukowym, jak i rekreacyjnym. Tak odkryto miejsce, które od dziewięciu edycji pozostaje gospodarzem wydarzenia i cieszy się niesłabnącą popularnością wśród uczestników. MSS to nie tylko wykłady i warsztaty, ale także okazja do integracji, spotkań z kolegami z uczelni oraz rodzinnego wypoczynku. To wszystko oferuje właśnie hotel Narvil w Serocku.

PO CO ORGANIZUJEMY MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE?

Główną ideą MSS jest stworzenie przestrzeni dla lekarzy dentystów, w której mogą zdobywać wiedzę, integrować się i budować wspólną platformę do wy-

miany doświadczeń. OIL w Warszawie jest największą izbą w Polsce, skupiającą ponad 20 proc. wszystkich lekarzy. To zobowiązuje do tworzenia inicjatyw, które będą miały wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej w obszarze stomatologii. W stolicy znajdują się kluczowe instytucje państwowe, takie jak Ministerstwo Zdrowia czy NFZ, a to ułatwia zapraszanie gości z głównego ośrodka decyzyjnego w kraju, sprzyja spotkaniu autorytetów i tworzeniu środowiska opiniotwórczego.

MSS mają być nie tylko wydarzeniem naukowym, ale także platformą do wypracowywania koncepcji, które mogą kształtować przyszłość stomatologii w Polsce. Organizatorzy stawiają sobie za cel tworzenie i promowanie kluczowych idei, które będą rozwijane przez cały rok i przyczynią się do jednoczenia środowiska lekarzy dentystów.

Dzięki konsekwentnej pracy i zaangażowaniu MSS stały się jednym z najważniejszych wydarzeń branżowych w Polsce. Każda edycja to nie tylko nowe wykłady i warsztaty, ale także miejsce, w którym lekarze mogą rozwijać umiejętności, nawiązywać kontakty i mieć realny wpływ na przyszłość swojego zawodu. ●

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



- ✓ XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
- ✓ IX Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej
- ✓ I Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
- ✓ oraz wiele innych interesujących wykładów wygłoszonych przez autorytety polskiej stomatologii

Kierunek przyszłość innowacja i tradycja w stomatologii

• 6-8.06.2025 • Hotel Narvil • Serock

- ➔ Ponad 30 wykładów, trzy dni debat, spotkań, wymiany poglądów
- ➔ Możliwość zdobycia 25 punktów edukacyjnych w tym 5 punktów radiologicznych

Rejestracja na IX MSS oraz szczegółowy program:
mss.izba-lekarska.pl

„Lekarz” robi różnicę

Pozornie błahostka w nazewnictwie, a może nieźle „namieszać”.

O konsekwencjach takiego zapisu w Polskiej Klasyfikacji Działalności mówi **dr n. med. Dariusz Paluszek**, wiceprezes ORL, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.



fot. Mirosław Żydecki

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Panie doktorze, proszę wytłumaczyć, co złego stało się z kodami w Polskiej Klasyfikacji Działalności w odniesieniu do lekarzy dentystów?

Od 1 maja 2004 r. jedyną i prawidłową nazwą zawodu jest lekarz dentysta. Została ona wprowadzona na mocy ustawy z 10 kwietnia 2003 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz innych ustaw (Dz.U. z 2003 r. nr 90, poz. 845). Tymczasem od 1 stycznia 2025 r. kod PKD 86.23.Z ma oznaczenie „praktyka dentystyczna”. Jego prawidłowa nazwa powinna brzmieć „praktyka lekarska dentystyczna”.

Zmiana ta może wprowadzić chaos interpretacyjny. „Praktyka dentystyczna” to określenie nieprecyzyjne, które pomija kluczowy aspekt zawodu – fakt, że lekarz dentysta jest lekarzem. Może to powodować nieporozumienia wśród pacjentów oraz w systemie prawnym i administracyjnym, zwłaszcza jeśli chodzi o kwestie refundacji usług, uprawnień czy nawet odpowiedzialności zawodowej.

Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku słusznie zwraca uwagę, że może to prowadzić do deprecjonowania pozycji lekarzy dentystów oraz błędnej interpretacji ich kompetencji. Dziękuję prezesowi ORL Arturowi Drobniakowi oraz prezydium NRL i Komisji Stomatologicznej NRL za zajęcie tak jasnego i twardego stanowiska na prośbę lekarzy dentystów. To dobrze, że nasz głos został usłyszany, zwłaszcza kiedy następuje poważna deprecjacja tego zawodu.

A na czym ona polega?

Po pierwsze, mamy tu przykład wtrącania się w nazewnictwo przez organizacje niezwiązane w ogóle ze stomatologią czy ogólnie z lecznictwem. Po drugie, jest to krok w kierunku obniżania standardów. Od dłuższego czasu widzimy to w nauczaniu. Otwierają się kierunki dentystyczne na prywatnych uczelniach. Mam wątpliwości, czy nowe wydziały spełniają w stu procentach wymogi wysokiego poziomu kształcenia. Istnieją już dwie uczel-

nie prywatne – w Bydgoszczy i Katowicach. Teraz w Warszawie powstaje trzecia. Kadry naukowej nam nie przybywa, więc możemy liczyć się z tym, że z innego miejsca wykładowcy odejdą. Czy to jest dobry kierunek? Wydaje się, że liczba lekarzy dentystów jest wystarczająca. Na to wskazują przede wszystkim dane GUS. Spełniamy bez problemu normy unijne, więc dalsze powiększanie i chaotyczne rozmieszczanie praktyk lekarskich na terenie kraju nie ma sensu. Oznacza to, że dostęp do usług stomatologicznych jest nierówny, więc może warto przyłożyć się do odpowiedniego mapowania potrzeb stomatologicznych, a nie do budowania narracji, że potrzeba jest więcej lekarzy dentystów.

Wróćmy do PKD. Czy przedstawiciel samorządu lekarskiego nie uczestniczył w pracach dotyczących zmian w rozporządzeniu w sprawie PKD?

Nie, nikogo – ani z Naczelnej Izby Lekarskiej, ani z Okręgowej Izby Lekar-

skiej w Warszawie – nie poinformowano, że zmieni się ten zapis. Dla nas to było ogromne zaskoczenie, kiedy się o tym dowiedzieliśmy.

To zapytam wprost: kto jest odpowiedzialny za ten błąd czy niedopatrzenie?

Chce pani usłyszeć, kto jest winny. Winny jest system, a system to my. Myślę, że ta sytuacja wynika z faktu braku chęci współpracy strony rządowej z samorządem, nie tylko lekarsko-dentystycznym, ale z każdym samorządem zawodowym. Czy to już jest wielka polityka? Myślę, że trochę tak. To jest kwestia wizerunku obywatela w państwie. To jest również kwestia zaufania i wiary w samorządy zawodowe, które mają jednak większe rozeznanie w danym środowisku niż urzędnik w ministerstwie. Przecież właśnie po to one są, aby niejako wspomagać państwo w danej dziedzinie. Konsultować z nimi zmiany w zakresie prowadzenia praktyki, prowadzenia nauczania, w zasadzie wszystkiego, co jest związane z danym zawodem. A nas się po prostu nie słucha. I to nie tylko w sprawie prywatnych uczelni medycznych. Z obojętności na głos środowiska lekarskiego powstała możliwość przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu. Mamy lekarzy, którzy bez uprawnień wypisywali recepty na różne leki czy posługiwali się fałszywymi prawami wykonywania zawodu i dyplomami z zagranicznych uczelni.

To ministerstwo, mimo wieloletnich starań samorządu, pism, próśb, apeli, wprowadziło te zmiany. Teraz do izby wpływa mnóstwo skarg na takich lekarzy. Izba lekarska nie może jednak z tym zrobić, bo oni nie są członkami żadnej izby lekarskiej. A wystarczyło nas zapytać. Całe szczęście, że właśnie rozpoczęły się rozmowy z MZ i mam nadzieję, że szykuje się koniec możliwości wydawania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza przez ministerstwo, osoby z warunkowym PWZ zaś mają zostać objęte nadzorem.

Jakie są potencjalne skutki prawne zmiany PKD dla lekarzy dentystów?

Gdyby doszło do konsekwentnego stosowania nowego terminu w przepisach ad-

ministracyjnych, lekarze dentyści mogliby mieć trudności w egzekwowaniu swoich praw zawodowych. Przykładowo, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych może pojawić się problem z interpretacją zakresu uprawnień lekarzy dentystów, co mogłoby skutkować utrudnieniami w prowadzeniu praktyki zawodowej. Dodatkowo, nazwa „praktyka dentystyczna” może sugerować, że nie jest to działalność strictly lekarska, co w konsekwencji może wpłynąć na jej postrzeganie przez pacjentów i inne instytucje.

Jak to przekłada się na codzienną praktykę?

Jako praktyka lekarsko-dentystyczna korzystamy z zerowej stawki VAT. Jednak w momencie, gdy stajemy się praktyką dentystyczną, pojawia się ryzyko nałożenia 23 proc. VAT. Dla jedno- i dwufotelowych rodzinnych gabinetów oznacza to oczywiście dodatkowe koszty, które trzeba będzie ponieść.

Wiem, że nie wszyscy uważają ten problem za kluczowy, ale dla naszych pacjentów podwyżka kosztów o 23 proc. będzie odczuwalna, co w konsekwencji przełoży się na liczbę pacjentów i dostęp do wysokiej jakości usług stomatologicznych. Po prostu nie wszystkich będzie stać na dentystę. Tak naprawdę chodzi o to, żeby lekarz przede wszystkim leczył, a nie zajmował się niepewnymi i stale zmieniającymi się przepisami.

Jakie działania mogą podjąć sami lekarze dentyści, aby przeciwdziałać tej zmianie?

Najlepszym rozwiązaniem jest zorganizowana akcja środowiska lekarskiego, w tym petycje i rozmowy z przedstawicielami rządu. Należy także edukować społeczeństwo na temat roli lekarza dentyisty w systemie ochrony zdrowia, aby uniknąć marginalizacji tego zawodu.

Kluczowe jest podjęcie działań legislacyjnych i administracyjnych, aby skorygować tę nazwę w klasyfikacji PKD. Wspólnie z NRL działamy, będzie to jednak wymagać czasu. Możemy składać oficjalne wnioski, organizować konsultacje. Kluczowe jest również nagłośnienie sprawy w mediach i uświadamianie opinii publicznej, że zmiana ta może mieć daleko idące konsekwencje.

A czy są jakieś precedensy, kiedy zmiana nazewnictwa miała realne skutki dla danego zawodu medycznego?

Tak, mieliśmy w przeszłości podobne przypadki. W niektórych krajach np. zmiana terminologii dotyczącej farmaceutów wpłynęła na ich uprawnienia do wydawania niektórych leków. Takie sytuacje mogą wydawać się drobne, ale mają ogromne znaczenie dla praktyki zawodowej i praw pacjentów. Dlatego każda zmiana powinna być dokładnie analizowana i konsultowana ze środowiskiem zawodowym. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Gabinety bez barier



ANNA PRAWDZIK
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Dane Głównego Urzędu Statystycznego pokazują, że w 2023 r. w Polsce 4 mln osób miało orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy. W przypadku tej grupy pacjentów potrzeby w zakresie profilaktyki i leczenia stomatologicznego są często marginalizowane na tle innych problemów zdrowotnych. Uwzględnianie potrzeb tak znaczącego odsetka społeczeństwa wpływa i powinno wpływać na kształtowanie rzeczywistości pod względem technologicznym czy architektonicznym, także w gabinetach stomatologicznych.

W strukturze osób z niepełnosprawnością dominują osoby z umiarkowaną (41,3 proc.) i znaczną (27,4 proc.) stopniem niepełnosprawności. Pięć najczęstszych przyczyn wydania orzeczenia to: upośledzenie narządu ruchu, choroby układu oddechowego i krążenia, choroby neurologiczne, choroby psychiczne oraz zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu. Dodatkowo starzenie się społeczeństwa wpływa na wzrost liczby osób deklarujących niepełnosprawność biologiczną. Nie posiadają one orzeczenia o niepełnosprawności, jednak odczuwa-

ją ograniczenia w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku.

Część udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami staje się standardem lub już go stanowi. W 2023 r. 2/3 przychodni i praktyk lekarskich było wyposażonych w ułatwienia wejścia do budynku w postaci pochylni czy podjazdów. Znacznie mniej, bo niecałe 5 proc., dysponowało udogodnieniami dla słabowidzących i niewidomych, a jedynie 3,5 proc. – rozwiązaniami dla niedosłyszących i niesłyszących. Leczenie stomatologiczne osób z niepełnosprawnościami może wymagać znieczulenia ogólnego, co wiąże się z koniecznością obecności przeszkolonej kadry medycznej oraz wymaga odpowiedniego zaplecza sprzętowego. Również czas trwania wizyty, sposób komunikacji czy pozycja pracy przy pacjencie muszą być dostosowane indywidualnie.

Stworzenie standardu dostępności usług i gabinetów stomatologicznych dla osób niepełnosprawnych to jeden z celów zaplanowanego na lata 2025–2028 programu „Dostępna stomatologia”. Liderem projektu będzie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Budżet projektu wynosi prawie 20 mln zł,

z czego ponad 80 proc. pochodzi z Funduszy Europejskich.

Opracowany standard postępowania zostanie pilotażowo wdrożony w 32 podmiotach, a 25 obiektów w ramach środków pochodzących z grantów zostanie dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Projekt przewiduje granty pokrywające 100 proc. wartości kosztów realizacji przedsięwzięcia do kwoty 500 tys. zł. Przewidziano także prowadzenie otwartych szkoleń z zakresu opracowanego standardu.

Perspektywa wzrostu dostępności placówek kompleksowo zaopatrujących potrzeby stomatologiczne osób z niepełnosprawnościami oraz upowszechnienie informacji o efektach programu „Dostępna stomatologia” zarówno wśród takich osób, jak i lekarzy mogą przyczynić się do częstszego kierowania pacjentów do lekarzy dentystów i zwiększenia liczby wizyt stomatologicznych w tej grupie. Jest to szczególnie istotne, bo przecież stan zdrowia jamy ustnej ma duży wpływ na ogólny stan zdrowia, co ma ogromne znaczenie zwłaszcza u pacjentów z niepełnosprawnościami, którzy bywają obciążeni wieloma schorzeniami.

Indywidualne podejście do pacjenta i inkluzywność powinny stanowić podstawę pracy całego zespołu pracującego w gabinecie stomatologicznym. Uwzględnianie szczególnych potrzeb pacjentów nie tylko w zakresie ich preferencji, ale także tych wynikających z ograniczeń i niepełnosprawności, stanowi wieloaspektowe wyzwanie w pracy lekarza dentysty. Program „Dostępna stomatologia” to istotny krok w kierunku pełniejszego zaopatrzenia potrzeb stomatologicznych osób z niepełnosprawnościami w Polsce. ●

fot. U. Wołńska-Kulaaj



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

niech ta Wielkanoc będzie dla Państwa czasem spokoju, radości i odpoczynku w gronie rodziny i najbliższych przyjaciół. Życzę zdrowia, pomyślności i wszystkiego najlepszego, Świąt prawdziwie Wielkanocnych – z jajkiem, słońcem i dyngusem, pełnych miłości, z nadzieją na lepsze jutro... Wesołych, pogodnych i pełnych miłości Świąt życzę

dr n. med. Dariusz Paluszek
oraz **Komisja ds. Lekarzy Dentystów**

Konferencja Zachód–Wschód

– platforma wymiany doświadczeń

XVIII Międzynarodowa Konferencja Zachód–Wschód odbędzie się 10 i 12 kwietnia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. O tym, dlaczego warto tam być, mówi **dr n. med. Artur Drobnik**, prezes ORL, i **dr n. med. Dariusz Paluszek**, wiceprezes ORL, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

Co wyróżnia konferencję Zachód–Wschód na tle innych wydarzeń stomatologicznych?

Artur Drobnik (AD): W Polsce jest zdecydowanie mniej konferencji stomatologicznych niż tych poświęconych lekarzom i ich specjalizacjom. Dlatego cieszymy się, że Warszawski Uniwersytet Medyczny we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie organizuje tak istotne wydarzenie, skierowane zarówno do akademików, jak i – przede wszystkim – do praktyków. W ciągu ostatnich 30 lat, od czasu transforma-

cji ustrojowej, stomatologia dokonała ogromnego postępu: merytorycznego lekarzy i jakościowego wyposażenia gabinetów. Co ciekawe, doświadczenia umownego Wschodu w wielu aspektach stomatologii wyprzedziły umowny Zachód i dziś mogą być z powodzeniem wykorzystywane także na tytułowym Zachodzie.

Dariusz Paluszek (DP): Zgadzam się. Ta konferencja mogłaby nosić podtytuł „Zachód–Wschód – braterstwo”. Uświadomiamy nam, jak ogromną ewolucję przeszła stomatologia w Polsce, zarówno pod względem dostępności usług, stosowanych materiałów, jak i poziomu wiedzy lekarzy. Często słyszymy od pacjentów mieszkających za granicą, którzy przyjeżdżają do Polski na leczenie stomatologiczne, że istnieje ogromny dysonans jakościowy w zakresie opieki dentystycznej na korzyść naszego kraju. Co więcej, podkreślają oni wysoki standard wyposażenia polskich gabinetów. Obecnie są one ultranowoczesne i dorównują najlepszym na świecie.

To w takim razie, czy nadal musimy uczyć się od Zachodu, czy raczej mówimy już o wymianie doświadczeń na podobnym poziomie?

DP: Moim zdaniem powinniśmy dążyć do wzajemnej inspiracji. Oczywiście, w krajach Europy Zachodniej czy w Sta-

nach Zjednoczonych działają ośrodki kliniczne będące pionierami w różnych dziedzinach stomatologii – warto czerpać z ich doświadczeń. Jednak również w Polsce i – szerzej – w Europie Wschodniej mamy wybitnych specjalistów i innowacyjne rozwiązania, z których Zachód może się uczyć. W tym roku jednak zaprosiliśmy profesorów z University of Pennsylvania, którzy są ekspertami w dziedzinie leczenia kanałowego. Będzie to doskonała okazja do porównania metod stosowanych w Polsce i w USA. My wiemy, że polscy stomatolodzy pracują na światowym poziomie, osiągając bardzo dobre wyniki i minimalizując powikłania.

Czy Okręgowa Izba Lekarska będzie współorganizatorem konferencji również w przyszłym roku?

AD: Wieloletnia tradycja zobowiązuje, dlatego mamy nadzieję na kontynuację współpracy z WUM-em i organizacji tej konferencji. Konferencja Zachód–Wschód to jedno z najbardziej prestiżowych wydarzeń edukacyjnych w branży stomatologicznej. W przyszłym roku również postaramy się zaprosić gości z innych części świata będących liderami w swojej dziedzinie stomatologii, którzy umiejętnościami i doświadczeniem zechcą podzielić się na konferencji w Warszawie. ●

XVIII Międzynarodowa Konferencja Zachód-Wschód



📅 10 kwietnia i 12 kwietnia
🕒 9:00
📍 Warszawski Uniwersytet Medyczny

← Zarejestruj się



Wyzwania i perspektywy polityki senioralnej

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie włącza się w dyskusję na temat potrzeb osób starszych. Wszystko po to, by poszukać odpowiedzi na pytanie, jak Polska przygotowuje się do opieki nad coraz szybciej starzejącym się społeczeństwem. O tym, jak wyglądają i na czym skupiają się obecne działania rządu dotyczące osób starszych, rozmawiamy z minister ds. polityki senioralnej **Marzeną Okłą-Drewnowicz**.

rozmawiała
MAŁGORZATA WÓDZ

Co jest – zdaniem pani minister – największą potrzebą seniorów w Polsce?

To zależy, kogo definiujemy jako seniora. Potrzeby osób starszych zmieniają się w zależności od dekady życia. Inne są po 60. roku życia, inne po 75., a jeszcze inne po 85. Osoby po 60. roku życia potrzebują przestrzeni do kontynuacji swojej aktywności czy też jej zagospodarowania. Natomiast po 75. roku życia dochodzą oczekiwania dotyczące pomocy w życiu codziennym. A po 85. roku życia często potrzebne jest wsparcie osób trzecich.

Na której grupie wiekowej skupia się teraz pani minister najbardziej?

Na potrzebach osób po 85. roku życia, które w mojej ocenie są największe, najtrudniejsze do zrealizowania i wymagają rozwiązań systemowych. Mówimy o opiece długoterminowej, która najczęściej jest potrzebna seniorom w tej grupie wiekowej. W ciągu najbliższych 15 lat liczba osób po 85. roku życia

wzrośnie o ponad 90 proc. w stosunku do danych GUS dotyczących tej grupy wiekowej z roku 2022. Zwracam uwagę na liczby, ponieważ to one powinny być fundamentem naszego planowania. Musimy postawić na zbudowanie systemu i skoordynowanie opieki długoterminowej – teraz znajduje się ona w gestii różnych instytucji, które wzajemnie siebie nie widzą.

Mówiąc o opiece długoterminowej, dotykamy problemu braku opiekunów osób starszych. Szacuje się, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa będzie brakować nawet kilkudziesięciu tysięcy opiekunów. Na początku przyszłego roku ma wejść w życie bon senioralny, który nie oferuje pieniędzy do ręki, ale ułatwienie życia zawodowego z opieką nad starszymi członkami rodziny. W praktyce będzie to jednak możliwe wtedy, gdy znajdą się osoby, które będziemy mogli zatrudnić do opieki nad bliskimi seniorami.

Potencjał pozwalający uzupełnić braki na pewno drzemie w społeczności lokalnej. Jeśli popatrzymy na tereny wiejskie czy wiejsko-miejskie, w których problem z pozyskaniem opiekunów jest największy, widzimy wiele aktywnych osób, działających np. w kołach gospodyń wiejskich.

Konsultując projekt ustawy o bonie senioralnym na opiekę dla rodzin aktywnych zawodowo, spotykałam się z przedstawicielami takich organizacji, którzy byli bardzo zainteresowani wspieraniem seniorów na swoim terenie. Dotyczy to również ludzi, którzy nie są już aktywni zawodowo, ale nadal są pełni sił witalnych i chcą pracować, ale nie na cały etat.

Emeryci po 60. roku życia mogą pomagać seniorom po 75. roku w zrobieniu zakupów, przygotowaniu posiłku, dostarczeniu leków. Osoba starsza na początku wymaga zwykle tylko pomocy w zaspokojeniu prostych czynności życiowych, ale jeśli takiej pomocy nie otrzyma, z czasem jej stan się pogarsza i w efekcie szybciej trafia do placówki całodobowej.

Czy planuje pani szkolenia dla opiekunów wspierających osoby starsze?

Nie wyobrażam sobie zatrudnienia opiekuna, który miałby wspierać seniorów, bez uprzedniego przeszkolenia. Gdy mówimy, że sięgamy po opiekunów, którzy mogliby zaspokajać proste potrzeby życia codziennego seniorów, oznacza to, że przygotowujemy też ofertę szkoleniową.

Szkolenie będzie trwało 30 godzin. Obejmie zagadnienia dotyczące pierwszej pomocy, wsparcia osoby starszej – jak z nią rozmawiać, jak reagować w sytuacjach kryzysowych. Obecnie przygotowujemy całą procedurę, zakres szkoleń, informacje, gdzie można je odbyć, kto je przeprowadzi. Szkolenia będą finansowane ze środków unijnych.

Ruszą w tym roku przed wejściem w życie ustawy dotyczącej bonu senioralnego, która da zastrzyk finansowy na stworzenie publicznego rynku usług opieki w miejscu zamieszkania. W pierwszym roku chcemy dotrzeć do gmin, które mają najniższe dochody – bo tam jest najtrudniej.



Nie tylko opiekunów jest za mało. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zwraca uwagę na brak lekarzy geriatrów. Czy rząd widzi ten problem i chce się nim zająć?

Ministrem właściwym do spraw specjalizacji lekarskich jest minister zdrowia. Ja oczywiście ściśle z panią ministrem zdrowia współpracuję w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Temat lekarzy geriatrów jest tam oczywiście poruszany. Zdajemy sobie sprawę, że lekarzy geriatrów trudno będzie wykształcić w takiej liczbie, na jaką wskazują rosnące potrzeby osób starszych. Nie wiem jeszcze, jakie będą ostateczne rozwiązania, ale z rozmów, które prowadzimy, wynika, że geriatry trzeba uczyć też na innych specjalizacjach. Wtedy będzie ona powszechniejsza i bardziej dostępna dla osób starszych.

Jakość życia podnosi dziś internet. Stara się pani zapobiegać wykluczeniu cyfrowemu osób starszych. W jaki sposób?

Widzę olbrzymią potrzebę uczenia seniorów kompetencji cyfrowych. Internet może przeciwdziałać samotności i umożliwia załatwienie wielu spraw. Ważne, by seniorzy umieli z niego korzystać bezpiecznie. Dlatego we współpracy z Ministerstwem Edukacji i Ministerstwem Cyfryzacji wyszłam z inicjatywą programu realizowanego w szkołach. W jego ramach to uczniowie uczą seniorów kompetencji cyfrowych. W zamian mają

przekazywane zwykle życiowe umiejętności. Nazwalismy ten projekt „Szkołą międzypokoleniową”. W pilotażowym programie uczestniczy ok. 1600 szkół. Odwiedziłam kilka z nich. To, co zobaczyłam, jest niesamowite. Starsza pani nauczyła się, jak kupić przez internet bilet do Warszawy, druga zastrzegła sobie PESEL w aplikacji mObywatel. Inna, która kiedyś została oszukana i straciła pieniądze, dowiedziała się, jak blokować podejrzane numery. Byłam pod wrażeniem wsadu merytorycznego i dowartościowania uczniów, którzy byli nauczycielami seniorów. A także wielkiej radości osób starszych.

Takie wsparcie międzypokoleniowe jest bardzo cenne.

Tak, bo fundamentem polityki senioralnej w moim wyobrażeniu i działaniu są dwa filary, solidarność międzypokoleniowa i srebrna gospodarka.

Jak wyjaśni pani pojęcie srebrnej gospodarki? Mamy ją już w Polsce?

Srebrna gospodarka to przedsiębiorczość, zyski, to biznes, który powstaje w odpowiedzi na starzejące się społeczeństwo. To rozwiązania dla osób starszych oparte np. na nowoczesnych technologiach, które nigdy by nie powstały, gdyby nie realne potrzeby seniorów. Pionierskim regionem, w którym na dość dużą skalę stosowane są nowoczesne technologie w opiece długoterminowej, jest województwo opolskie. W domach pomocy społecznej, ale też w domach prywatnych, wykorzystu-

je się urządzenia, które są bardzo pożądane przez rodziny osób starszych. Produkująca je firma otrzymała nagrodę Ministerstwa Rozwoju. Urządzenie nazywa się Sit and Shower. Jest adresowane do osób, które nie są w stanie same się umyć. Opiekun jest im potrzebny tylko podczas przemieszczenia się np. z łóżka na wózek, którym podjeżdża się do tego urządzenia – mieszkańcy DPS określają, że to ich SPA. Senior naciska odpowiednie przyciski i może umyć poszczególne partie ciała. Urządzenie pomaga utrzymać ciało w higienie i – co ważne – zapewnia intymność. Opiekun bezpośrednio nie wykonuje czynności higienicznych. Urządzenie powstało w odpowiedzi na realną potrzebę, bo opiekunów jest za mało, bo ich praca jest cięższa, gdy trzeba kogoś dźwignąć, umyć. To jest odpowiedź na pytanie, czym jest srebrna gospodarka – powstaje firma, która produkuje sprzęt, zarabia na nim, a on służy ludziom i całemu społeczeństwu.

Zapewnia pani, że nie będzie podwyższenia wieku emerytalnego, ale chce zachęcać emerytów do kontynuowania pracy. W jaki sposób?

Dzisiejszy system emerytalny zachęca do tego, by być na emeryturze i pracować, dlatego wielu emerytów jest aktywnych zawodowo. Często słyszę od osób starszych: nie chcemy już pracować na cały etat, bo się napracowaliśmy. Ale chcielibyśmy dorobić, pracować na część etatu, na inną formę umowy. Tutaj opcją dla osób po 60. roku życia może być m.in. praca opiekuna wspierającego seniorów po 75. roku życia, o której wcześniej mówiłam. To jedna z możliwości, które stworzymy, ale nie jedyna.

Jako rząd przyjęliśmy ważną ustawę, która zrewolucjonizuje rynek pracy pod kątem osób starszych. Do tej pory osoby w wieku emerytalnym, które zarejestrowały się w urzędzie pracy, nie mogły korzystać ze szkoleń, dofinansowania, refundacji miejsca pracy. Zmieni to nowa ustawa Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, która wspiera osoby w wieku emerytalnym w byciu aktywnymi zawodowo. Dzięki niej emeryci będą mogli korzystać ze szkoleń, możliwości przekwalifikowania się czy nawet refundacji zatrudnienia. ●

Awantura wokół terapii daremnej



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Śmierć nie nosi już czarnej peleryny, tylko biały kitel – to jedno ze stwierdzeń, jakie padły podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków, które odbyło się na początku lutego. Twierdzenia zrównujące odstąpienie od terapii daremnej z eutanazją wybrzmiały – za sprawą posła przewodniczącego Romana Fritza – również w Sejmie. Samorząd lekarski protestuje, ale reakcji ze strony organów państwa brak.

Wylącznie posłowie Konfederacji zasiadają w czteroosobowym zespole. Wszyscy są mniej lub bardziej wprost związani z Grzegorzem Braunem, europoseł, który jest drugim „konfederackim” kandydatem na prezydenta, startuje obok Sławomira Mentzena. Liderzy Konfederacji rozważali „rozwód” z Braunem i jego zwolennikami, ale ci okazali się... zbyt silni.

Zespół w tej kadencji zebrał się już kilka razy, pochylając się – dwukrotnie – nad kwestią szczepień, edukacją zdrowotną, transplantacjami. Warto dodać, że żaden z członków zespołu nie ma wykształcenia medycznego ani nawet związanego kierunkowo z obszarem medycyny. Posiedzenie z 4 lutego „Eutanazja pod nazwą »terapia daremna«” nie przeszło bez echa – głównie za sprawą posła przewodniczącego, który w ramach oświadczeń poselskich zdecydował się

streścić opinię jednej z uczestniczek spotkania, zresztą lekarki, specjalistki w dziedzinie psychiatrii.

– *Czerwona książeczka nie jest to dzieło Mao Tse-tunga, to jest polska konstytucja, którą otrzymałem swojego czasu od pana marszałka Hołowni. Art. 38: Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Każdemu człowiekowi. Akurat wczoraj mieliśmy możliwość, w tym ja jako przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków, by wysłuchać ekspertów, jeżeli chodzi o temat eutanazji pod nazwą »terapia daremna – mówił poseł. – Proszę państwa, w Polsce mamy do czynienia z eutanazją par excellence. Być może dla niektórych jest to stwierdzenie szokujące, ale tak właśnie jest. Wynika to z wytycznych, które przedstawia np. pan prof. Szczeklik, gdzie jest napisane, że to konsylium lekarskie czy jakaś komisja de-*

cyduje o tym, czy dany pacjent dobrze rokuje, czy też można odstąpić od terapii. Dobrze rokuje – to znaczy, że ci ludzie bawią się we wróżbiarstwo polegające na tym, że jest opisane, czy ten pacjent zdaniem tych lekarzy przeżyje 12 miesięcy. Któż z nich wie?

Przeciw wypowiedzi Romana Fritza zaprotestował przywołany w niej prof. Wojciech Szczeklik, zaprotestowała Naczelna Rada Lekarska, Porozumienie Rezydentów OZZL. Sprawą obiecał zająć się Rzecznik Praw Pacjenta. Petycje o pochylenie się nad problemem szkolenia lekarzy i podważania fundamentów medycyny trafiły m.in. do marszałka Sejmu.

– *Niedopuszczalne są oskarżenia o stosowanie eutanazji i zabijanie pacjentów, które padły w stosunku do lekarzy podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków 4 lutego 2025 oraz podczas posiedzenia Sejmu RP 5 lutego 2025. Wynikają one z jednej strony z niezrozumienia pojęcia terapii daremnej i mylenia jej z eutanazją (która jest rozmyślnym zakończeniem życia i jako procedura jest zabroniona na terenie RP), z drugiej zaś świadczą o niewiedzy i braku znajomości wytycznych dotyczących stosowania terapii daremnej. Rada Ekspertów NIL apeluje jednocześnie do Marszałka Sejmu RP o podjęcie działań wobec osób publicznie oskarżających lekarzy o umyślne zabijanie pacjentów – głosi stanowisko Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej z 21 lutego.*

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w ostatnich dniach lutego stwierdziło zaś wprost: – *Żądamy od uczestników życia publicznego natychmiastowego zaprzestania siania dezinformacji dotyczących terapii daremnej i jednocześnie domagamy się od organów państwa niezwłocznego wyciągnięcia konsekwencji wobec osób i organizacji, które w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną postępują się mową nienawiści, hejtem i kierują groźby karalne.*

Reakcji, przynajmniej na razie, brak. Tymczasem na stronach sejmowych pojawiła się zapowiedź kolejnego, zaplanowanego na marzec, posiedzenia zespołu, poświęconego tematowi „Terapia daremna; aspekty prawne”.

Lekarz też człowiek

– kilka słów o równowadze



OLGA ROSTKOWSKA
wiceprezes ORL w Warszawie

Być lekarzem to nie zawód, ale nietypowy styl życia. Pacjenci, grafiki dyżurowe, telefony, konsultacje – dni (i noce) mijają, a my wciąż jesteśmy w biegu. W tej codziennej gonitwie łatwo zapomnieć, że kompatybilność między życiem zawodowym a potrzebami to nie przywilej, ale konieczność, której powinniśmy pilnować. Medycyna stylu życia mówi jasno: dbanie o siebie to nie egoizm – to inwestycja w zdrowie, wydajność i zdolność do pomagania innym.

Wielu z nas wciąż myśli, że kluczem do zdrowia i dobrze samopoczucia są wielkie zmiany – radykalne decyzje, perfekcyjnie wdrożone plany. To mit. James Clear w książce *Atomowe nawyki* podkreśla, że nie liczy się jednorazowy, spektakularny wysiłek, ale drobne, powtarzalne działania, które stopniowo kształtują naszą codzienność. Nie musimy biegać maratonów – wystarczy codzienny spacer. Nie trzeba od razu gotować perfekcyjnie zbilansowanych posiłków – ważne, by częściej sięgać po warzywa i pełnowartościowe produkty. Na początek lepsza jest suboptymalna, ale systematyczna troska o siebie niż z rzadka wrzucany bardzo wysoki bieg w praktykowaniu zdrowych nawyków.

I w tym jest sedno. Nie chodzi o to, by robić rzeczy rzadko, ale perfekcyjnie. Kluczowe jest, by robić je regularnie, nawet w sposób niedoskonały, tyle, ile jesteśmy w stanie. Brak czasu? W gabinecie, między wizytami pacjentów, można zrobić choć

parę przysiadów, pompek na stole lub w oparciu o kozetkę. Można też wykonać kilka wspięć na palce albo dynamicznych skrętów tułowia, żeby rozruszać kręgosłup. Nawet odrobina ruchu w ciągu dnia jest lepsza niż nic, a nasze ciało szybko odwdzięczy się za te krótkie chwile uwagi. W kwestii żywienia – jeden ulubiony surowy owoc zjedzony w ciągu dnia to świetny start. A może umówić się z kolegami w pokoju lekarskim na wspólne zakupy zdrowych przekąsek? Pomysł, który pewnie wyda się niektórym absurdalny. Ale każda zmiana ma w sobie szczyptę szaleństwa...

Jak powiedział Arthur Ashe, utytułowany amerykański tenisista: *Zacznij tam, gdzie jesteś. Wykorzystaj to, co masz. Zrób to, co możesz.* Nie musimy czekać na idealny moment ani szukać optymalnych warunków. Najważniejsze jest, by działać, choćby na małą skalę. Każda drobna zmiana, powtarzana codziennie, może złożyć się na coś większego.

W Dniu Pracownika Ochrony Zdrowia pamiętajmy, że troska o pacjentów zaczyna się od troski o siebie. Zdrowy, zaopiekowany lekarz to lepszy lekarz – dla siebie i dla innych. ●

Inspirację do ćwiczeń w gabinecie zaczerpnęłam od doktora Wojciecha Lewandowskiego @drlewandowski.lifestylemd

NFZ zapłaci szpitalom



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

W sumie blisko 2,5 mld zł zapłaci Narodowy Fundusz Zdrowia szpitalom, prawdopodobnie do końca marca, za wszystkie świadczenia nielimitowane wykonane w 2024 r. Również za leczenie pacjentów w ramach programów lekowych. Zarówno z szacunków szpitali, jak i samego Funduszu wynika, że wartość wykonanych świadczeń znacząco przekroczyła 6 mld zł.

Placówki nie powinny jednak oczekiwać, że za tzw. nadwykonania otrzymają pełną kwotę. Ogromny znak zapytania dotyczy świadczeń objętych ryczałtem, które szpitale również wykazują jako nadwykonania. W latach 2022–2023 Fundusz zgadzał się na finansowanie takich świadczeń nawet bez zmniejszania stawek, ale to już – raczej – przeszłość.

Luty był w tej sytuacji czasem nerwowego przeciągania liny: z jednej strony płatnik i Ministerstwo Zdrowia przypominali konsekwentnie, że czas rozliczenia ostatniego kwartału ubiegłego roku mija z końcem pierwszego kwartału, z drugiej świadczeniodawcy, coraz bardziej przerażeni informacjami o kryzysie finansów NFZ, robili wszystko, by otrzymać wiążące deklaracje dotyczące tego, na jakie środki z tytułu wykonanych świadczeń (a więc i poniesionych kosztów) mogą liczyć. Oczekiwaniom szpitali trudno się dziwić, tym bardziej że z powodu decyzji politycznych – z ubiegłych lat – przychodzi im działać w swoistym stanie zawieszenia: znając skalę podwyżek, jakie będą musiały wypłacić pracownikom na podstawie ustawy od 1 lipca, nie mają wiedzy – i nie będą jej mieć prawdopodobnie jeszcze w czerwcu – jak będą się kształtować ich przychody w drugim półroczu. W ostatnich latach AOTMiT przygotowywał wyceny – świadomość tego mają chyba wszyscy interesariusze systemu – opierając się na danych, ile „wolnych” środków pozostaje do dyspozycji NFZ. Gdyby ta zasada obowiązywała również w tym roku, punktem wyjścia byłaby informacja, że Fundusz nie dysponuje żadnymi wolnymi środkami. Przeciwnie, ma liczącą co najmniej kilkanaście miliardów złotych lukę.

To jest oczywiście scenariusz mało prawdopodobny (choć oparty na solidnych danych ekonomicznych), bo nie-

uwzględniający czynnika politycznego. Nadzieją dla systemu ochrony zdrowia są przypadające na maj i początek czerwca wybory prezydenckie (druga tura jest więcej niż prawdopodobna) – Koalicja Obywatelska i rząd nie mogą sobie pozwolić, by kryzys w ochronie zdrowia wpłynął na szanse Rafała Trzaskowskiego. Można się więc spodziewać, że prędzej czy później, ale wystarczająco wcześniej z punktu widzenia „dużej polityki”, minister finansów podejmie decyzję o podpisaniu planu finansowego NFZ (dwa miesiące funkcjonowania na podstawie prowizorium to już precedens), i – co ważniejsze – określi, na jakie dodatkowe pieniądze może liczyć system ochrony zdrowia. Potrzeby (wynikające przede wszystkim z realizacji ustawy o wynagrodzeniach minimalnych, ale nie jest to bynajmniej jedyny wydatek) szacowane są w tej chwili na ok. 20 mld zł. Całkiem zasadne wydaje się w tej sytuacji pytanie, dlaczego resort zdrowia nie poparł Marceliny Zawiszy (Razem), która przy okazji prac nad tegorocznym budżetem złożyła poprawkę o zwiększeniu dotacji podmiotowej z budżetu państwa o taką, mniej więcej, kwotę.

Odpowiedź jest prosta: takich pieniędzy w budżecie państwa nie było i nadal nie ma. A ekonomiści wskazują, że znajdowanie dodatkowych pieniędzy „na zdrowie” w tym i w kolejnych trzech latach będzie coraz trudniejsze. Po pierwsze dlatego, że w grę będą wchodziły co-

raz większe kwoty, po drugie – Polska, objęta procedurą nadmiernego deficytu, będzie musiała szukać oszczędności w systemie finansów publicznych. Zaś komplikująca się coraz bardziej sytuacja geopolityczna sprawia, że tych oszczędności i cięć na pewno nie będzie można szukać po stronie rekordowych wydatków na obronność (te zbliżają się wręcz poziomem do realnych wydatków publicznych na zdrowie, które – by przypomnieć raport OECD – oscylują wokół 4,7 proc.).

Czy staniemy przed koniecznością powrotu do rozmowy o podwyższeniu składki zdrowotnej lub strukturalnych zmianach w systemie ubezpieczeń (np. o połączeniu ubezpieczenia zdrowotnego z chorobowym, a może nawet z rentowym, co część polityków postulowała już wiele lat temu)? A może – choćby w kontekście danych o czekającym nas gwałtownym wzroście wydatków na opiekę długoterminową – politycy podejmą temat wprowadzenia nowego ubezpieczenia: pielęgnacyjnego? Ekonomista z Instytutu Finansów Publicznych Sławomir Dudek, współautor opublikowanego w lutym raportu poświęconego luce w finansach NFZ, szacowanej w latach 2025–2028 na nawet ćwierć biliona złotych (różnica między prognozowanymi na podstawie danych makroekonomicznych przychodami Funduszu ze składek zdrowotnych oraz kosztami, jakie Fundusz będzie musiał ponieść, by zapewnić dostępność świadczeń na obecnym poziomie), mówił przy okazji debaty towarzyszącej prezentacji raportu, że debata na temat możliwych scenariuszy znalezienia pieniędzy, adekwatnych do potrzeb syste-

mu (przede wszystkim do potrzeb pacjentów), powinna się – w dającej się przewidzieć przyszłości – odbyć w parlamencie. Powinna być wielowątkowa i dotyczyć również priorytetów polityk publicznych państwa, wśród których zdrowie – przynajmniej na razie – utrzymuje się wysoko w hierarchii, ale na poziomie czysto deklaracyjnym.

Ekonomiści jasno wskazują, że znajdowanie dodatkowych pieniędzy „na zdrowie” w tym i w kolejnych trzech latach będzie coraz trudniejsze.

Posłowie jednak zajmują się w tej chwili tematem pieniędzy, ale o wektorze przeciwnym: w lutym prace nad rządowym projektem zmniejszającym składkę zdrowotną przedsiębiorców (ubytek szacowany jest na ok. 6 mld zł rocznie) zakończyła podkomisja nadzwyczajna, z planów prac komisji Zdrowia oraz Finansów Publicznych można wnioskować, że uchwalenie ustawy jest możliwe, a nawet prawdopodobne, już w marcu. Nie powiodła się próba przekonania posłów, by wzięli pod uwagę raport dotyczący luki w finansach NFZ i zatrzymali prace nad projektem, nie

znalazł również poparcia wniosek Marceliny Zawiszy o odrzucenie projektu – posłowie uznali, że resort finansów, proponując obniżenie składki, dysponuje pełną wiedzą na temat stanu finansów publicznych i – mówiąc kolokwialnie – „wie, co robi”.

Niewykluczone, że w tej sytuacji w pierwszej kolejności politycy zabiorą się do szukania oszczędności i przeglądu rozwiązań, które windują koszty w systemie. Na pierwszy ogień ma szansę pójść ustawa o wynagrodzeniach minimalnych. Zresztą takie rozwiązanie suflują już decydom przede wszystkim dyrektorzy szpitali, choć nie tylko. Ksiądz Arkadiusz Nowak, przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, ustawę o wynagrodzeniach minimalnych nazwał w lutym „niemoralną” (ze względu na fakt, że winduje wynagrodzenia tylko części pracowników podmiotów leczniczych). Od jesieni ubiegłego roku wielu ekspertów wskazuje na konieczność rozerwania ścisłego związku między wynagrodzeniami w ochronie zdrowia a wzrostem średniej krajowej ze względu na fakt, że przychody systemu ochrony zdrowia uwzględniają PKB sprzed dwóch lat, a ustawa o wynagrodzeniach – średnią krajową z roku poprzedniego. Ta rozbieżność przekłada się, jak wskazują, na coraz głębszą różnicę między przychodami a kosztami systemu. Przynajmniej na razie nie ma żadnego konkretnego rozwiązania – czyli projektu nowelizacji ustawy, a Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie zapewnia, że nad takim nie pracuje. Co nie znaczy, że nie zacznie pracować w niedalkiej przyszłości.

© Copyright by OIL w Warszawie. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.



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.

Pić mniej? A kto to



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Relacja Polaków z alkoholem to wielowątkowa saga – pełna dramatów, nieocenzurowanych scen i nostalgii za happy endem. A jeszcze niedawno medyczny świat mrugał okiem do tych, którzy wierzyli w zdrowotne właściwości lampki wina.

Polska i alkohol to historia, w której czasy się zmieniały, ale jedno pozostawało stałe: zaskakująca wytrzymałość narodu na procentowe eksperymenty. W latach 80. XX w. alkohol był niemal walutą, w latach 90. rozkwitał nielegalny handel, a dziś pijemy bardziej kameralnie, ale niekoniecznie mniej. Jak pokazują opublikowane na początku lutego dane OECD, Polska znajduje się w czołówce krajów pod względem spożycia rozmaitych trunków: 11 litrów czystego spirytusu na głowę rocznie. Od 2010 r. spożycie alkoholu w Polsce wzrosło o 10 proc., podczas gdy w większości krajów OECD w tym czasie spadło. Inicjacja alkoholowa odbywa się coraz wcześniej, ponieważ nastoletnia młodzież na każdym kroku – mimo prawnych regulacji zakazujących tego rodzaju praktyk – widzi reklamy drinków i piwa promujące pozytywny styl życia oraz emocje związane z jego spożywaniem. Właściciel jednego z browarów nie przestaje przy każdej okazji z humorem i radosnym przekazem namawiać nas, abyśmy przeszli na Ty...

Dzisiejsza rzeczywistość to już nie masowe biesiady, ale raczej prywatne libacje, które trudno dostrzec na ulicach.

Piwo? Dla większości jego smakoszy to nie alkohol, lecz zwykły codzienny napój, więc nie wlicza się do limitu etanolu, którego należałoby – nawet w teorii – przestrzegać. Ciężarne nie widzą niebezpieczeństwa w kieliszku czerwonego wina (a powinny wystrzegać się alkoholu w każdej postaci), a w barach trudno znaleźć klienta, który gaszenie pragnienia zakończyłby na jednym kuflu.

Choroba alkoholowa też staje się coraz częściej problemem ukrytym, co stanowi wyzwanie dla lekarzy. Nie każdy alkoholik wygląda jak bohater memów o osiedlowych koneserach. Wielu z nich ma dobrze prosperujące firmy, rodziny, kariery – i butelkę w szufladzie biurka. Tacy pacjenci rzadko przyznają się do nadużywania alkoholu, choć medycyna zna objawy, których nie da się zatuzszować eleganckim ubraniem i pewnym głosem. Lekarze rodzinni, psychiatrzy, interniści mają coraz więcej pacjentów, którzy w wywiadzie medycznym zapewnają, że piją „tylko okazjonalnie”, ale w rzeczywistości ich wątroby krzyczą o ratunek. Rodziny pijących pacjentów często bagatelizują problem lub wręcz naciskają na lekarzy, by nie wpisywali nieprzyjemnej diagnozy. Bo wiadomo,

alkoholizm to nadal w Polsce bardziej wstyd niż choroba.

Zmienia się także struktura społeczna picia. Coraz więcej kobiet, zwłaszcza z klasy średniej, sięga po alkohol jako lekarstwo na stres, odtrutkę na presję zawodową i zmęczenie. Problem dotyczy menedżerki, lekarki, prawniczki, które piją elegancko, ale regularnie. To nie kobiety z marginesu społecznego, ale często te wykształcone, dobrze sytuowane, które uważają, że lampka wina na rozluźnienie nie może zaszkodzić. A im większa inteligencja, tym lepiej ukryty nałóg.

System ochrony zdrowia też nie ułatwia sprawy. Leczenie odwykowe w Polsce to nadal głównie prywatne ośrodki, na które stać nielicznych. Izby wytrzeźwień powoli znikają z mapy kraju, a szpitale nie są gotowe na zajmowanie się problemami alkoholowymi pacjentów w sposób systemowy. NFZ wycenia odtruwanie uzależnionych na tak śmiesznie niską kwotę, że niemal nikt nie zwraca sobie tym głowy – bo po co angażować zasoby, skoro można udawać, że problem nie istnieje? W efekcie obowiązek zajmowania się nietrzeźwymi niepostrzeżenie przesunął się na policję, która

wymyślił?!

z pewnością ma mnóstwo wolnego czasu i chętnie pełni rolę mobilnej izby wytrzeźwień. Ta z kolei, nie chcąc zostać jedynym kozłem ofiarnym, próbuje podzielić się tym wątpliwym przywilejem ze strażą miejską – ale nie w każdej miejscowości udaje się połączyć siły.

Co mogą zrobić lekarze? Przede wszystkim nie bać się nazywać rzeczy po imieniu. Niestety, w polskich przychodniach nadal brakuje standardowych procedur przesiewowych w kierunku uzależnienia od alkoholu. W najlepszym wypadku temat jest pomijany, w najgorszym – traktowany jako osobisty atak. Od lat większość medyków ma niestety jedną prostą radę dla pacjentów z problemem alkoholowym: „Proszę mniej pić”. Wszyscy wiemy, że to działa równie skutecznie, co powiedzenie osobie z depresją: „Proszę się uśmiechnąć”.

Z jednej strony medycy przecież wiedzą, jakie spustoszenie sieje alkohol. Z drugiej – spora część z nich praktykuje taką samą terapię na własne problemy, jaką muszą odradzać chorym. Stres, niekończące się dyżury, presja decyzyjna – skutki nałogu alkoholowego trafiają później do pełnomocników ds. zdrowia, powoływanych w niektórych okręgowych izbach lekarskich do zajmowania się pomocą w kryzysie, w tym uzależnionym od alkoholu. Dobrze, że są. Jeśli lekarze mają skutecznie pomagać pacjentom, najpierw muszą spojrzeć w lustro. Może zamiast kolejnej konferencji o „nowoczesnych metodach terapii uzależnień” warto by było zorganizować warsztaty: „Jak nie oszukiwać siebie, że jedno piwo to nie alkohol”?

Irlandia od maja przyszłego roku planuje wprowadzenie obowiązkowych ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach napojów alkoholowych – nowe etykiety będą informować o ryzyku zachorowania na raka, choroby wątroby oraz o niebezpieczeństwach związanych z konsumpcją

alkoholu podczas ciąży. Czy inne kraje pójdą za tym przykładem?

Jeszcze nie tak dawno lekarze z powagą przekonywali, że kieliszek wina do kolacji to niemal recepta na długowieczność. Alkohol miał magicznie podnosić „dobry” cholesterol, działać przeciwzaprzepowo, chronić przed demencją, a nawet poprawiać wrażliwość na insulinę, co – jak głoszono – mogło być tarczą przeciw cukrzycy typu 2. Brzmiało to jak cudowna wymówka dla każdego, kto lubił sięgnąć po lampkę (albo dwie) czerwonego wina, ale kto nie rozciągał tych zaleceń na znacznie szerszą paletę ulubionych trunków?

Dobre czasy się skończyły. Nagle przyszło otrzeźwienie – dosłownie i w przenośni. Dziś naukowcy patrzą na alkohol z nieskrywaną surowością, a entuzjaści dawnych teorii, którzy jeszcze dekadę temu z namaszczeniem polecali wino do obiadu, teraz wycofują się rakiem, tłumacząc, że te wszystkie cudowne badania były, delikatnie mówiąc, niezbyt rzetelne. A przynajmniej wątpliwe, jeśli chodzi o właściwą metodologię. Co więcej, okazuje się, że nawet jeśli serce na tym odrobinę zyskuje, to reszta organizmu już niekoniecznie – bo w dłuższej perspektywie ryzyko nowotworów rośnie (a że to nowotwory, czyli choroby często nieuleczalne i śmiertelne – no cóż, szczególnie).

Czy to oznacza, że jesteśmy skazani na klęskę? Skoro alkohol leje się strumieniami, zalega na półkach w każdym

sklepie i jest niemal narodowym dobrem kulturowym (tak, brzmi to kiepsko, ale trudno temu zaprzeczyć), to raczej nie ma co liczyć na jego całkowite wyparowanie. Możemy go ewentualnie wypchnąć z codzienności – ale jeśli, jak twierdzą eksperci, każda ilość szkodzi, to co z tego, że będziemy pić rzadziej, skoro i tak ryzykujemy zdrowie?

No i tu pojawia się genialna, choć niezbyt ekscytująca strategia: zamiast rzucać w kąty kieliszki i butelki z rewolucyjnym zapalem, może po prostu pić trochę mniej? Każde, choćby symboliczne, ograniczenie spożycia to już krok w stronę mniejszego ryzyka. Mniej piw, mniej drinków, mniej wina – czy to codziennie, raz w tygodniu, czy może nawet raz w miesiącu. Ostatecznie to indywidualna decyzja: czy redukowujemy o jedną lampkę, jeden toast, czy może rezygnujemy z alkoholowych „tradycji” na dobre. Dopóki alkoholizm będzie traktowany bardziej jako wstydlivy temat niż realna choroba, trudno o przełom. Zamiast piętnować pacjentów, warto też nauczyć się z nimi rozmawiać. Nie udawać, że problem nie istnieje. Nie dawać pacjentom pustych rad, które sami byśmy wysmiali. ●



fot. Mahbod Akhrami / Unsplash

Na ratunek ratownikom



MARIA LIBURA
przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Informacje o brutalnych atakach na ratowników medycznych – jedną z najbardziej zagrożonych grup zawodowych w systemie ochrony zdrowia – pojawiają się w mediach na krótko, po czym giną w natłoku innych newsów. Politycy w takich sytuacjach ograniczają się do symbolicznych gestów przed kamerami. Czasem uciekają się wręcz do bagatelizujących problem wypowiedzi w rodzaju: „ratownik był już w wieku emerytalnym”. Częściej jednak wyrażają współczucie i obiecują zaostrzenie kar dla agresorów. Słoniem w salonie, o którym wszyscy wiedzą, ale wolą go dyskretnie omijać, jest dramatyczny stan prewencji i leczenia uzależnień. Tymczasem z badań światowych wynika, że najczęściej ataków na załogi ratownictwa dopuszczają się osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu.

Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”

Wiceminister zdrowia Marek Kos przedstawił w Sejmie 6 lutego statystyki dotyczące ataków na zespoły ratownictwa medycznego, które tylko w 2024 r., jak podaje Rynek Zdrowia, same wzywały pomocy aż 3080 razy. Jego wystąpienie było odpowiedzią na tragiczne wydarzenia, w wyniku których m.in. śmierć poniósł 64-letni ratownik. Rozważane jest obecnie zaopatrzenie zespołów w kamerki i skuteczniejsze egzekwowanie przepisów, które teoretycznie chronią ratowników. Już dziś za czynną napaść na ratownika grozi kara od roku do 10 lat, a w przypadku wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – nawet od dwóch do 15 lat pozbawienia wolności. Same kary przynoszą, jak widać, ograniczony skutek.

Zjawisko agresji wobec niosących pomoc ma bowiem głębsze przyczyny, o których politycy mówią mniej chętnie. Wśród nich na plan pierwszy wysuwa się skala uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Ratownicy medyczni w poszczególnych miastach i regionach niemal z dokładnością zegarka potrafią wskazać, kiedy zostaną wezwani pod określone adresy. Nie wynika to ze zdolności jasnowidzenia; po prostu wiedzą, gdzie i kiedy najczęściej dochodzi do regularnych interwencji wobec osób znajdujących się pod wpływem różnego rodzaju środków.

Nie jest tajemnicą, że najczęstszymi przyczynami niebezpiecznych ataków na ratowników i pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych są zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym uzależnienia. W warunkach ostrego zatrucia i zaburzonej percepcji osoba potrzebująca pomocy może utracić nad sobą kontrolę i zachowywać się agresywnie. Długotrwałe i niekontrolowane spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych to nie tylko kwestia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego osoby uzależnionej, ale także ryzyko dla otoczenia, w tym dla służb ratunkowych – wskazuje w raporcie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2018). W przypadku osób uzależnionych efekt odstraszenia podwyższonych wymiarów kar będzie mieć ograniczone znaczenie. Prawdziwym wyzwaniem pozostaje niewydolny sys-

tem leczenia uzależnień, który w sposób kontrproduktywny przerzuca koszty na szpitalne oddziały ratunkowe i załogi ratownictwa medycznego właśnie. Tu nie wolno odmówić pomocy, więc pozorna oszczędność państwa w zakresie zdrowia psychicznego wraca jako potężny koszt na innym odcinku systemu ochrony zdrowia.

Paradoksalnie, zamiast zająć się reformą systemu prewencji i leczenia uzależnień, który utkwiał w XIX-wiecznej Polsce, system ochrony zdrowia woli grać tu w swoją ulubioną grę – spychanie odpowiedzialności na „najsłabsze ogniwo”. Uzależnieni mają wegetować, jeśli nie stać ich na prywatny odwyk, a w razie kłopotów oni lub bliscy, czasem przypadkowi przechodnie – dzwonią po zespoły ratownictwa. Te, co do zasady, nie są zdolne do udzielenia skutecznej pomocy ludziom potrzebującym nie tylko detoksu w warunkach szpitalnych, ale przede wszystkim wielomiesięcznej terapii. W rezultacie narzucamy ratownikom obowiązek gaszenia pożarów, choć wiadomo, że podpalacz grasuje gdzie indziej. Jednocześnie państwo bardzo się stara, by działaniami doraźnymi zamaskować swą nieudolność. Organizowane są konferencje w Sejmie i senackie debaty, jednak propozycje tak proste, jak zakaz sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych, okazują się niewykonalne, bo „nadmierna ingerencja w wolność gospodarczą” przegrywa ze zdrowiem ludzi.

Oczywiście, problem agresji wobec służb medycznych nie dotyczy wyłącznie osób uzależnionych. Pewien procent takich zdarzeń jest wynikiem ogólnego wzrostu frustracji i braku zaufania do instytucji publicznych, w tym do systemu opieki zdrowotnej. Jednak tam, gdzie do przemocy dochodzi z powodu uzależnienia, szczególnie rażące jest bagatelizowanie realnych działań profilaktyczno-leczniczych. Nie leczymy chorych, nie wprowadzamy restrykcyjnych regulacji, by zapobiegać uzależnieniom, a gdy dojdzie do tragedii, oburzamy się przez moment, choć to oburzenie niewiele zmienia.

Kolejnym istotnym elementem układanki jest sam system ratownictwa medycznego. Jeszcze poprzedni rząd włączył go w obszar finansowania przez



fot. licencja OLL w Warszawie

Narodowy Fundusz Zdrowia, sprawdzając w dużej mierze do roli kolejnego „świadceniodawcy”. Tymczasem w kontekście zagrożeń XXI w. – w tym potencjalnych konfliktów zbrojnych, katastrof naturalnych czy epidemii – system ratownictwa medycznego powinien być traktowany jako kluczowa infrastruktura, działająca w ścisłym powiązaniu z obroną cywilną. Niedofinansowanie ratownictwa medycznego to przejaw krótkowzroczności. Stabilny budżet dla ratownictwa medycznego, niezależny od bieżących zawirowań politycznych i presji na optymalizację kosztów, to element bezpieczeństwa państwa.

Aby ograniczyć ryzyko brutalnych ataków na ratowników, potrzebne są wielopoziomowe działania. Po pierwsze – dostępna dla zwykłego pacjenta sieć ośrodków leczenia i prewencji uzależnień. Po drugie – realne ograniczenie dostępności substancji psychoaktywnych. Po trzecie – wzmocnienie systemu ratownictwa medycznego, który nie może być postrzegany jako „kolejny usługodawca z kontraktem” z NFZ, ale jako strategiczna infrastruktura służąca obronności i bezpieczeństwu publicznemu. Dlatego też cała uwaga nie

może skupiać się wyłącznie na potępieniu przemocy w odpowiedzi na konkretne, brutalne ataki, ale na wypracowaniu trwałych rozwiązań: skutecznego leczenia uzależnień i terapii dla osób w kryzysie, systemowe zmiany finansowania ratownictwa i podniesienie prestiżu tego zawodu.

Niestety, w Polsce panuje fałszywe poczucie bezpieczeństwa – jesteśmy przekonani, że poważne kryzysy społeczne czy klimatyczne to „coś, co zdarza się gdzieś daleko”, a w najlepszym razie, że są one problemem sezonowym, którym można zająć się przy okazji. Jednocześnie ignorujemy wyraźne sygnały świadczące o tym, że współczesny świat jest coraz mniej przewidywalny, a liczba sytuacji wymagających natychmiastowej reakcji rośnie. W ostatecznym rozrachunku chodzi przecież o nasze wspólne bezpieczeństwo i dobrostan. Jeśli nie zadamy o służby, które ratują nasze życie, to w sytuacji realnego zagrożenia pozostaniemy bezradni. Podobnie, jeżeli nie pomożemy uzależnionym popadającym w spiralę biedy i nałogu, nie rozwiążemy problemu agresji wobec ratowników i pracowników SOR. ●

Sytuacja w ochronie zdrowia w Niemczech



DOMINIK HÉJJ
politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Tak się składa, że nasze „pulsowe” europejskie podróże po systemach ochrony zdrowia kontynuujemy w państwach, w których właśnie organizowane są wybory parlamentarne. Od momentu rozpoczęcia prac nad tym tekstem do kwietniowej publikacji sporo się wydarzyło.

Wybory w Niemczech odbyły się 23 lutego 2025 r. W ich wyniku narodziła się nowa parlamentarna większość, a wiele wskazuje na to, że kiedy sięgną Państwo po kwietniowe wydanie „Pulsu”, nowa koalicja się ukonstytuuje. Stworzą ją chadecy z CDU/CSU i rządzący dotychczas socjaldemokraci z SPD. Na jej czele stanie najpewniej Friedrich Merz. O tym, jakie poglądy miały partie polityczne na kwestie związane z ochroną zdrowia, będzie pod koniec tego tekstu.

Nakłady na ochronę zdrowia w Niemczech należą do najwyższych w Europie. Ostatnie dostępne dane OECD za 2023 r. wskazują, że władze przeznaczyły na system zdrowia ponad 500 mld euro, tj. ok. 11,8 proc. PKB. Rok do roku oznacza to spadek o 0,9 pp. (z poziomu 12,6 proc.). Rekordowym rokiem pod względem wydatków był 2021, kiedy na system opieki zdrowotnej przekazano 12,9 proc. PKB.

Finansowanie ochrony zdrowia w ok. 85 proc. pochodzi ze środków państwowych. Wynik ten jest, podobnie jak w przypadku omawianej ostatnio Norwegii, jednym z najwyższych w Europie. Poza publiczną ochroną zdrowia (o której za moment) Niemcy mogą korzystać z prywatnych ubezpieczeń, co robi ok. 10 proc. obywateli (9 mln osób). Aby funkcjonować w systemie prywatnym, należy wykazać odpowiednio wysokie dochody roczne (w 2023 r. było to powyżej 66 tys. euro). Większość nakładów finansowych poniesionych przez obywateli związana była z opieką długoterminową (37 proc.), lekami (20 proc.) i leczeniem stomatologicznym. W państwowym ubezpieczeniu zdrowotnym (GKV – *Gesetzliche Krankenversicherung*) funkcjonuje 90 proc. Niemców, tj. ok. 74 mln osób. Ubezpieczony wybiera kasę chorych, do której przynależy i która finansuje jego usługi medyczne. Na marginesie, system obo-

wiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych został wymyślony i wprowadzony przez kanclerza Rzeszy Otto von Bismarcka w 1883 r. Dotyczył wówczas robotników i pracowników państwowych o niskich dochodach (w skali roku).

Ochrona zdrowia w Niemczech zorganizowana jest na trzech poziomach: opieki ambulatoryjnej, szpitalnej oraz długoterminowej. Podobnie jak w innych państwach pierwsza styczność z systemem to lekarz pierwszego kontaktu. W ostatnich latach w związku ze starzejącym się społeczeństwem – z problemem tym borykają się wszystkie unijne kraje – wzrasta liczba domów opieki długoterminowej. Pracuje w nich blisko 800 tys. osób (dane ambasady Niemiec w Warszawie). Łącznie w ochronie zdrowia zatrudnionych jest 5,2 mln osób, w tym ok. 430 tys. lekarzy (dane Niemieckiego Towarzystwa Lekarskiego na koniec 2023 r.). Od 1990 r. ich liczba wzrosła o 60 proc. Jak podawał w 2023 r. portal Deutsche Welle, pod koniec 2023 r. w Niemczech pracowało 63 763 lekarzy z zagranicy, tj. ok. 15 proc. wszystkich medyków. Liczba ta w ostatniej dekadzie się podwoiła. Lekarze najczęściej pochodzą z państw UE, ale także z Bliskiego Wschodu. Najliczniejszą grupą narodową w tym zawodzie są Syryjczycy – ponad 6,1 tys., następnie Rumuni – 4,7 tys., Austriacy, Grecy i Rosjanie – blisko 3 tys., a także Turcy – 2,6 tys. Polaków jest niespełna 2 tys.

Według „Germany: Country Health Profile 2023 Report” na tysiąc mieszkańców przypada w Niemczech 4,5 lekarza (unijna średnia wynosi 4,1), a także 12 pielęgniarek (wobec unijnej śred-



fol. Jonas Augustin / Unsplash

niej – 8,5). Liczby te plasują Niemcy w europejskiej czołówce, ale są niższe od norweskich (5,2 lekarza i ponad 18 pielęgniarek). Jeszcze w 2000 r. liczba dotycząca lekarzy wynosiła zaledwie 3,3. Co ciekawe, zwiększyła się głównie liczba lekarzy pracujących w opiece szpitalnej – w latach 2004–2021 jest to skok o 54 proc., podczas gdy w analogicznym okresie liczba lekarzy rodzinnych wzrosła zaledwie o 2 proc.

Liczba łóżek szpitalnych dostępnych na tysiąc mieszkańców wynosi 7,8 (dane z 2021 r.). Wyższą wartość notowano jedynie w Bułgarii (8 łóżek). Są to wartości powyżej unijnej średniej (4,8 łóżka na tysiąc mieszkańców). W przywołanym raporcie podkreślono, że od 2000 r. liczba dostępnych łóżek zmalała jedynie o 13 proc., podczas gdy w Finlandii czy Danii było to 40 proc.

Podobnie jak w innych krajach, do priorytetów sektora ochrony zdrowia zaliczyć można budowanie nowych szpitali, a także wzmacnianie usług cyfrowych. Według danych OECD niemieckie władze przeznaczają 16 proc. środków przysługujących z unijnego Planu Odbudowy i Odporności na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia. Zostaną one wykorzystane m.in. na cyfrowe i techniczne wzmocnienia usług zdrowia publicznego (684 mln euro), modernizację szpitali – w tym inwestowanie w poprawę infrastruktury cyfrowej (3 mld euro). Poza unijnym mechanizmem pocovidowym, z dostępnych środków w ramach Polityki Spójności w perspektywie budżetowej 2021–2027, Niemcy planują zainwestować łącznie 90,6 mln euro w system ochrony zdrowia, z czego 55 proc. ma

być współfinansowane przez UE z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). Ponad 70 proc. nakładów przeznaczonych zostanie na usługi związane z e-zdrowiem.

Największym zrzeszeniem zawodowym lekarzy w Niemczech jest *Marburger Bund*. Organizacja powstała w Berlinie w 1947 r. Według danych za 2024 r. zrzesza ok. 143 tys. członków. Jest to jedna z największych organizacji zawodowych w Europie. Swoją działalność w Niemczech realizuje za pośrednictwem 14 organizacji zawodowych w landach. Od 2020 r. swoją reprezentację ma także personel pielęgniarski – jest to *Bochumer Bund*. Postulat utworzenia organizacji powstał wśród studentów pielęgniarstwa Uniwersytetu Zdrowia w Bochum. Na realizację tego planu przyszło czekać do maja 2020 r., a więc do chwili rozpędzającej się pandemii COVID-19. Od początku organizacja borykała się z problemami wewnętrznymi, konflikty nie pozwoliły na ustabilizowanie bazy członkowskiej. Obecnie liczy ona ok. 3 tys. członków, a to za mało, by móc negocjować układy zbiorowe.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o pomysłach ugrupowań politycznych, które stworzyły koalicję rządową, na zmiany w ochronie zdrowia. Opracowanie można znaleźć w branżowym periodyku „Deutsches Ärzteblatt”. W zakresie opieki ambulatoryjnej chadecy (CSU/CDU) postulowali m.in. skrócenie czasu oczekiwania na wizyty. Proponowano także ujednoczenie procedur ochrony danych w placówkach medycznych i zmniejszenie biurokracji. Koalicyjna SPD domagała się wyeliminowania

wania różnic w czasie oczekiwania na usługi medyczne pomiędzy osobami ubezpieczonymi prywatnie i ustawowo. Proponowano również zwiększenie dostępności usług medycznych w regionach o niższym statusie materialnym.

Partie różniły się w ocenie realizowanej od 2024 r. reformy szpitali, którą razem z ówczesnymi koalicjantami wdrażali socjaldemokraci. Chadecy postulowali jej korektę, a także zachowanie suwerenności landów w zakresie planowania szpitali. Proponowano zwiększanie nakładów na opiekę dołączną i służby ratownicze. Z kolei SPD w programie wyborczym mówiła o podniesieniu nakładów na ratownictwo, a także o wykorzystaniu telemedycyny do wsparcia ich działań, zwłaszcza na obszarach wiejskich.

W zakresie profilaktyki przeciwdziałania chorobom chadecy i socjaldemokraci się różnią. CDU/CSU stawia głównie na edukację, kampanie informacyjne dotyczące żywienia, a nie zakazy czy działania fiskalne (podatkowe), tymczasem SPD postuluje wprowadzenie ograniczeń dotyczących reklam oraz limitu wieku dostępności napojów energetycznych, alkoholu, papierosów jednorazowych, a także marihuany. W Niemczech od roku posiadanie przez osobę pełnoletnią do 25 g suszu konopnego oraz uprawa maksymalnie trzech roślin na własny użytek są legalne (chadecy byli jednak przeciwni reformie proponowanej przez ówczesnego ministra zdrowia Karla Lauterbacha). Socjaldemokraci proponują także działania podatkowe, które wymusiłyby zmniejszenie zawartości cukrów, tłuszczów oraz soli w żywności. ●

Tajemnica lekarska – fundament zaufania w medycynie



PRZEMYSŁAW RAWA-KLOCEK
adwokat

Przepisy prawa gwarantują pacjentowi poufność informacji dotyczących jego zdrowia i życia prywatnego, a naruszenie tajemnicy lekarskiej najczęściej prowadzi do poważnych konsekwencji prawnych i zawodowych.

Tajemnica lekarska jest jednym z kluczowych elementów wykonywania zawodu lekarza i stanowi podstawę relacji pacjent–lekarz. Obowiązek jej zachowania wynika zarówno z przepisów prawa, jak i norm etycznych, gwarantując pacjentowi poufność informacji dotyczących jego zdrowia i życia prywatnego. W określonych sytuacjach prawo dopuszcza jednak możliwość zwolnienia z tajemnicy lekarskiej. Niniejszy artykuł przedstawia aspekty prawne, etyczne oraz konsekwencje naruszenia tego obowiązku.

Tajemnica lekarska obejmuje wszelkie informacje uzyskane w związku z le-

czeniu pacjenta, niezależnie od formy ich utrwalenia i źródła pochodzenia. Ochroną objęte są nie tylko dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta, ale także informacje o jego życiu prywatnym, które lekarz pozyskał w toku udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zakres tajemnicy lekarskiej jest zatem szeroki – obejmuje diagnozę, proces leczenia, historię medyczną pacjenta, wyniki badań, dokumentację medyczną, a także informacje o relacjach rodzinnych czy sytuacji zawodowej pacjenta, o ile zostały one ujawnione w toku leczenia. Tajemnica obowiązuje również po śmierci pacjenta.

Tajemnica lekarska – tak jak już wspomniano – jest fundamentem zaufania między pacjentem a lekarzem. Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej może zatem nastąpić wyłącznie w przypadkach ściśle określonych przez przepisy prawa. Wśród tych należy wymienić w szczególności: zgodę pacjenta (jeśli pacjent świadomie i dobrowolnie upoważni lekarza do ujawnienia informacji medycznych, np. wobec rodziny czy instytucji ubezpieczeniowych); interes pacjenta (gdy zachowanie tajemnicy mogłoby poważnie zagrozić zdrowiu lub życiu pacjenta, lekarz może przekazać informacje odpowiednim osobom lub instytucjom); obowiązek ustawy (lekarz musi ujawnić informacje

w przypadkach przewidzianych przepisami, np. na żądanie organów ścigania, sądu czy w związku z obowiązkiem zgłaszania przestępstw); ochronę zdrowia publicznego (w sytuacjach epidemiologicznych lekarz może być zobowiązany do przekazania informacji właściwym służbom sanitarnym).

Każda decyzja o uchyleniu tajemnicy lekarskiej powinna być podejmowana z najwyższą starannością i zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej powinno każdorazowo nastąpić jedynie z ważnych przyczyn. Informacje objęte tajemnicą lekarską są danymi, które nie mogą zostać ujawnione bez wskazania rzetelnej podstawy prawnej.

W przypadku śmierci pacjenta zasada zachowania tajemnicy lekarskiej nadal obowiązuje, choć w niektórych sytuacjach możliwe jest jej ujawnienie.

W 2016 r. wprowadzono do polskiego systemu prawnego mechanizmy, które pozwalają na zwalnianie lekarza z tajemnicy lekarskiej przez osoby bliskie pacjentowi, jednak niezbędne jest zachowanie określonego trybu postępowania, który przewiduje prawo innej osoby bliskiej zmarłego pacjenta do sprzeciwienia się ujawnieniu tajemnicy lekarskiej.

Zwolnienie z tajemnicy może nastąpić zarówno, jeśli lekarz złoży sto-



sowny wniosek, np. w kwestii opublikowania dorobku naukowego, jak też na wniosek osoby bliskiej zmarłego pacjenta.

Od 2019 r. wprowadzono możliwość wyrażenia przez pacjenta sprzeciwu udostępniania informacji objętych tajemnicą lekarską po jego śmierci. Sprzeciw o takim charakterze zostaje załączony do dokumentacji medycznej pacjenta. Przed podjęciem decyzji o wyrażeniu sprzeciwu pacjent ma prawo do powzięcia informacji o tym, jakie skutki będzie on rodził na przyszłość.

LEKARZ JAKO ŚWIADEK: CO Z TAJEMNICĄ LEKARSKĄ?

Lekarz, podobnie jak każdy obywatel, może zostać wezwany przez sąd lub organy ścigania do złożenia zeznań w charakterze świadka. W takim przypadku

ma obowiązek stawić się w wyznaczonym miejscu i czasie. Niestawiennictwo bez uzasadnionej przyczyny może skutkować nałożeniem kary pieniężnej, a nawet przymusowym doprowadzeniem.

Sytuacja komplikuje się, gdy pytania dotyczą informacji objętych tajemnicą lekarską. Wówczas należy pamiętać, że lekarz może składać zeznania w zakresie objętym tajemnicą lekarską, ale jedynie po uzyskaniu zwolnienia przez sąd. To samo dotyczy postępowań karnych (postępowań przygotowawczych) – w tej sytuacji prokurator powinien wystąpić z wnioskiem do właściwego sądu o zgodę na przesłuchanie lekarza w sprawach objętych tajemnicą zawodową.

Reasumując, nawet jeśli lekarz zostanie wezwany jako świadek, nie oznacza to swego rodzaju automatyzmu w zwolnieniu z obowiązku zachowania

tajemnicy lekarskiej. Bez zgody sądu lekarz wciąż jest zobowiązany do jej przestrzegania.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NARUSZENIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ

Naruszenie tajemnicy lekarskiej może skutkować odpowiedzialnością:

- karną – zgodnie z art. 266 § 1 Kodeksu karnego nieuprawnione ujawnienie tajemnicy zawodowej zagrożone jest karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat dwóch,
- cywilną – pacjent, którego dobra osobiste zostały naruszone wskutek ujawnienia informacji objętych tajemnicą, może dochodzić zadośćuczynienia i odszkodowania na podstawie art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego,
- zawodową – lekarz może ponieść konsekwencje dyscyplinarne przed sądem lekarskim, który może nałożyć kary od upomnienia, przez zawieszenie prawa wykonywania zawodu, aż po jego odebranie.

PODSUMOWANIE

Tajemnica lekarska jest jednym z fundamentów etosu zawodowego lekarza, zapewniając pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i prywatności. Jej naruszenie może prowadzić do poważnych konsekwencji prawnych i zawodowych. Każdy przypadek zwolnienia z tajemnicy musi być dokładnie analizowany w świetle przepisów prawa oraz zasad etyki zawodowej, tak aby zawsze priorytetem pozostawało dobro pacjenta oraz ochrona zdrowia publicznego. ●



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

Bezpłatne wsparcie prawne w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry



poniedziałek–piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 988 518



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała w ostatnich tygodniach dwa, ważne dla oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, raporty. Pierwszy z nich to obszerne sprawozdanie z kontroli dotyczącej funkcjonowania szpitali wojewódzkich*. Drugi dotyczy oceny realizacji programów wieloletnich „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024” oraz „Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030”**.

Szpitalami wojewódzkimi są szpitale publiczne, dla których samorząd województwa jest podmiotem tworzącym w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub podmiotem wykonującym prawa z akcji albo udziałów w przypadku szpitala działającego w formie spółki. Szpitale wojewódzkich działa w Polsce 170 wobec łącznej liczby szpitali publicznych wynoszącej 565. NIK zbadała funkcjonowanie 16 szpitali wojewódzkich w latach 2021–2023. Omawiane opracowanie wskazuje, że jedną z kluczowych barier w funkcjonowaniu szpitali wojewódzkich jest brak klarownego podziału kompetencji pomiędzy szpitalami wojewódzkimi a powiatowymi oraz innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Status szpitala

wojewódzkiego nie gwarantuje miejsca w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli w tzw. sieci szpitali.

We wszystkich placówkach stwierdzono nieprawidłowości zarówno w obszarze organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, jak i w zakresie gospodarki majątkowo-finansowej. Ponad połowa skontrolowanych szpitali nie zapewniała pacjentom aktualnej i rzetelnej informacji o ich organizacji i procesie udzielania świadczeń. Problemy z uzyskaniem potrzebnej informacji pogłębiał brak możliwości umówienia się na wizyty drogą elektroniczną. Ponadto w pięciu jednostkach stwierdzono nieaktualne wpisy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Proces udzielania świadczeń zakłóca-

ły braki kadrowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. W dwóch szpitalach NIK stwierdziła udokumentowanie kilkudniowego nieprzerwanego świadczenia pracy przez niektórych lekarzy, przy czym w skrajnym przypadku było to 103,5 godziny bez odpoczynku.

Szpitaly nie wywiązywały się z obowiązku udostępniania pacjentom informacji dotyczących m.in. godzin udzielania świadczeń, możliwości i sposobu zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, trybu składania skarg i wniosków czy informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Nadto, w części szpitali kadra kierownicza nie została wyłoniona w konkursach. Organizowano wprawdzie konkursy na wymienione stanowiska, ale ze względu na ich nierozstrzygnięcie powierzano obowiązki wybranym pracownikom. Część szpitali nie zapewniła pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, monitorowania statusu na liście oczekujących oraz powiadamiania o terminie wizyty. W żadnym ze skontrolowanych podmiotów nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną do oddziałów szpitalnych.

W rezultacie kontroli skierowano wnioski do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie prac mających na celu zapewnienie koordynacji i optymalizacji wykorzystania bazy materialnej i ka-

drowej systemu opieki zdrowotnej, dokonanie przeglądu i oceny procedur wyboru kadry zarządzającej oraz podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. Kierowników szpitali zobowiązano do zatrudnienia personelu w wymiarze wynikającym z norm określonych przepisami oraz planowania pracy personelu lekarskiego w sposób zapewniający odpowiedni czas odpoczynku, niezależnie od formy zatrudnienia, czy też obsadzania stanowisk kierowniczych w drodze konkursów.

BRAKI LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Kolejny opublikowany raport NIK odpowiada na pytanie, czy zapewniono dostęp do kompleksowego leczenia onkologicznego finansowanego ze środków publicznych, w szczególności w ramach realizacji programów wieloletnich, tj. „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024” oraz „Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030”. Omawiana kontrola dotyczyła lat 2019–2023 i została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 22 podmiotach leczniczych. Jej wyniki wskazują, że podejmowane działania nie były w pełni skuteczne w odniesieniu do poprawy wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, standaryzacji

opisów rozpoznania patomorfologicznych, określenia mierników jakości leczenia onkologicznego oraz stworzenia nowej struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych. Zastrzeżenia NIK dotyczą przede wszystkim braku odpowiednich działań i nadzoru nad realizacją przyjętych programów przez Ministerstwo Zdrowia.

W związku z tym zwrócono uwagę, że jedynie nieco ponad 15 proc. podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej zapewniało kompleksową opiekę onkologiczną, oraz że występowały znaczne dysproporcje w liczbie lekarzy o specjalnościach związanych z leczeniem onkologicznym w poszczególnych województwach. Sformułowane na podstawie wyników kontroli wnioski wskazują na konieczność wprowadzenia standaryzacji opisów badań patomorfologicznych, określenia mierników jakości leczenia onkologicznego czy też zwiększenia odsetka osób uczestniczących w programach badań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie nowotworów złośliwych.

ZMIANY W PRZEPISACH O RATOWNIKACH MEDYCZNYCH

Rada Ministrów przyjęła 18 lutego 2025 r. projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*. Wśród najważniejszych nowych rozwiązań wskazać należy na rozróżnienie na dwu- i trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego. Odrębnym rodzajem zespołów ratownictwa me-

dycznego będą motocyklowe jednostki ratownicze. Motocykl ratunkowy będzie mógł dotrzeć do miejsca, gdzie nie dojedzie ambulans, a także np. w czasie zgromadzeń czy korków na drodze. Dodatkowo mają zostać wprowadzone przepisy poprawiające istotnie warunki pracy członków zespołów ratownictwa medycznego.

Niezależnie od przyjętego projektu ustawy Ministerstwo Sprawiedliwości pracuje nad zaostrzeniem kar dla osób, które atakują ratowników medycznych.

WYROK W SPRAWIE LECZENIA WAD ZGRYZU

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie 11 lutego 2025 r. (V SA/Wa 1372/24) oddalił skargę i utrzymał w mocy decyzję Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie stwierdzenia zbiorowego naruszenia praw pacjenta w związku z leczeniem wad zgryzu z użyciem nakładek*. Sąd podkreślił konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością oraz że zastosowanie nowych technologii ma służyć realizacji praw pacjenta, a nie je naruszać. Nieprawidłowości w opisywanej sprawie dotyczyły m.in. podejmowania leczenia bez wykonania wystarczającej diagnostyki, bez postawienia rozpoznania ortodontycznych wad zgryzu i nieprawidłowości zębowych oraz bez opracowania pełnych i zindywidualizowanych planów leczenia pacjentów. ●



* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



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



Umów się na konsultację

O nowej inicjatywie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, powołaniu Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, wyzwaniach, przed jakimi stoi klub, pomysłach, przedsięwzięciach, ale również o tym, co już zostało zrobione, mówi jego szefowa **Małgorzata Terlecka-Maciejewska**, lekarz okulista, dyrektor i ordynator, lekarz przedsiębiorca.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA

fot. Arek Obszyński (3)



Wyzwania i możliwości

Pani doktor, kim jest lekarz przedsiębiorca?

Lekarz przedsiębiorca to ktoś, kto nie tylko leczy, ale także aktywnie kształtuje rzeczywistość medyczną, prowadząc własną działalność lub zarządzając placówką. To osoba, która łączy etykę lekarską z nowoczesnym podejściem do biznesu, rozwija swoje kompetencje menedżerskie i dba o to, by medycyna była nie tylko skuteczna, ale i dobrze zorganizowana.

Jak narodził się pomysł na założenie Klubu Lekarza Przedsiębiorcy?

Klub Lekarza Przedsiębiorcy jest inicjatywą OIL w Warszawie, postulatem wyborczym prezesa Artura Drobniaka. Zrodził się z potrzeby – wielu lekarzy prowadzących działalność boryka się

z wyzwaniami prawnymi, finansowymi czy organizacyjnymi, a jednocześnie nie ma gdzie wymienić doświadczeń i znaleźć wsparcia. Chcemy stworzyć przestrzeń, gdzie lekarze przedsiębiorcy będą mogli się spotykać, inspirować i uczyć od siebie nawzajem.

Do kogo jest skierowana oferta klubu? Czy dołączyć do niego mogą tylko lekarze prowadzący własną działalność?

Klub Lekarza Przedsiębiorcy jest otwarty dla wszystkich lekarzy, którzy prowadzą działalność gospodarczą. Co ważne, nie ma znaczenia ani forma, ani też skala tej działalności. Zapraszamy zatem lekarzy prowadzących jednoosobową działalność, jak również spółki prawa handlowego.

Jakie cele przyświecają działalności Klubu Lekarza Przedsiębiorcy?

Naszym celem jest integracja środowiska lekarzy przedsiębiorców, wymiana wiedzy i doświadczeń, a także rozwijanie umiejętności zarządczych. Chcemy też promować etyczne podejście do prowadzenia działalności medycznej oraz wspierać młodych lekarzy, którzy dopiero myślą o założeniu własnego biznesu.

Lekarz jest osobą zajęta, a lekarz przedsiębiorca zajęty jest do kwadratu. Czy lekarze przedsiębiorcy znajdą czas na spotkania? Czym chcecie ich zachęcić?

Dośkonale wiemy, że czas to najcenniejsza waluta lekarza. Dlatego nasze spotkania będą konkretne, inspirujące



i efektywne. Chcemy wspierać lekarzy przedsiębiorców poprzez określone działania szkoleniowe dotyczące aspektów prawnych i podatkowych. Mamy zaplanowane warsztaty poświęcone zarządzaniu gabinetem lekarskim oraz efektywnemu marketingowi. Będziemy organizować tzw. wydarzenia networkingowe, które sprzyjają wymianie doświadczeń, nawiązywaniu współpracy i integracji zawodowej.

Chcemy też informować naszych członków, czyli dostarczać im aktualnej i rzetelnej wiedzy księgowej i prawnej, bo ona jest bardzo istotna w prowadzeniu działalności gospodarczej. Zaależy nam, by każdy wychodził ze spotkania z nową wiedzą, pomysłem albo kontaktem, który realnie pomoże mu w działalności.

Jaka będzie pierwsza inicjatywa Klubu Lekarza Przedsiębiorcy?

Spotkanie inauguracyjne ambasadorów i mentorów klubu już za nami. Odbędzie się 8 marca w warszawskiej Zachęcie. Wydarzenie przybrało formę inspirowanego spotkania z ekspertami. Rozmawialiśmy o kluczowych wyzwaniach lekarzy przedsiębiorców, przedstawialiśmy konkretne rozwiązania, ale też słuchaliśmy, co mają do powiedzenia nasi członkowie. Była to okazja do zapoznania się, wymiany doświadczeń i zainicjowania pierwszych projektów.

Kolejne, dla członków klubu, organizujemy już 19 maja w Muzeum Narodowym. Warto śledzić stronę KLP.

Co jeszcze zaproponuje swoim członkom KLP? Czego się będzie można nauczyć i dowiedzieć?

Na pierwszy ogień idzie cykl warsztatów i szkoleń z zakresu prawa medycznego, zarządzania, finansów, marketingu medycznego i negocjacji. Jeszcze w tym roku KLP planuje zorganizować pięć szkoleń stacjonarnych i sześć kursów online. Będą to spotkania, które pomogą lekarzom lepiej poruszać się w świecie biznesu i innowacji.

Poza tym, a może przede wszystkim, dzięki negocjacjom OIL w Warszawie członkowie KLP mają dostęp do atrakcyjnych ofert i korzystnych warunków na usługi ubezpieczenia czy bankowości.

Jakie są główne korzyści z przynależności do klubu?

Przede wszystkim dostęp do unikalnej wiedzy, wartościowe kontakty i realne wsparcie w prowadzeniu działalności. To także możliwość wymiany doświadczeń i współpracy z innymi lekarzami, którzy są świadomi, z jakimi wyzwaniami mierzy się lekarz przedsiębiorca.

Jak można dołączyć do Klubu Lekarza Przedsiębiorcy?

Trzeba prowadzić działalność gospodarczą i być członkiem OIL. Należy zapisać się przez formularz zgłoszeniowy na stronie KLP, podając dane kontaktowe i numer PWZ, zaakceptować regulamin klubu i wyrazić zgodę na otrzymywanie informacji od KLP. Uczestnictwo w klubie jest bezpłatne. Działa też strona internetowa, na której można znaleźć potrzebne informacje.

Zapraszamy wszystkich lekarzy, którzy chcą rozwijać się jako przedsiębiorcy i razem tworzyć nową jakość w polskiej medycynie. ●



Strona internetowa Klubu Lekarza Przedsiębiorcy
klp.izba-lekarska.pl



Kontrowersyjna zmiana kodu PKD



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

W związku ze zmianą nazwy kategorii „Praktyka lekarska dentystryczna” (PKD 86.23.Z) na „Praktyka dentystryczna” jako rzecznik praw lekarza skierowałam do Ministerstwa Zdrowia prośbę o wyjaśnienie przyczyn i intencji tej modyfikacji. Podkreśliłam, że zmiana ta budzi wątpliwości środowiska lekarskiego co do podstaw i zasadności jej wprowadzenia.

W piśmie do Departamentu Prawnego MZ zauważyłam, że zgodnie z obowiązującymi przepisami krajowymi i unijnymi lekarze dentyści są pełnoprawnymi lekarzami. Pominięcie określenia „lekarska” w nazwie kodu PKD może być odbierane jako próba odróżnienia tej grupy zawodowej od lekarzy innych specjalności oraz rodzić nieuzasadnione wątpliwości co do ich statusu zawodowego.

Zapytałam Ministerstwo Zdrowia o podstawę merytoryczną oraz cel zmiany nazwy kodu PKD 86.23.Z. Chciałam

również się dowiedzieć, czy wprowadzona zmiana była konsultowana z Naczelną Izbą Lekarską lub innymi podmiotami reprezentującymi środowisko lekarzy dentyistów oraz czy MZ planuje podjęcie działań wyjaśniających, które rozwiązałyby zaistniałe wątpliwości środowiska lekarskiego.

W odpowiedzi na moje pytania Ministerstwo Zdrowia wyjaśniło, że projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności został przygotowany nie przez MZ, tylko przez Główny Urząd Statystyczny. Proces uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych prowadził zatem prezes GUS na podstawie upoważnienia prezesa Rady Ministrów.

Po otrzymaniu projektu minister zdrowia zgłosił do niego uwagi, które nie dotyczyły jednak zmiany nazewnictwa w zakresie lekarzy dentyistów. MZ uzasadnia konieczność wydania nowej PKD zmianami dokonanymi w klasyfi-

kacjach Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz Unii Europejskiej.

Nowe nazewnictwo działalności lekarsko-dentystrycznej w PKD zgodnie z wyjaśnieniami Ministerstwa Zdrowia miało na celu ujednoczenie międzynarodowej klasyfikacji rodzajów działalności, w tym Statystycznej Klasyfikacji Działalności Gospodarczych w UE. MZ podkreśla również, że nazwa kodu PKD 86.23.Z jest kopią nazwy kodu 86.23 z oficjalnego tłumaczenia rozporządzenia Komisji Europejskiej.

W nadesłanej odpowiedzi MZ zaznacza jednak, że zmiana nazwy praktyki zawodowej w PKD nie oznacza, że lekarze dentyści nie są lekarzami, ponieważ nie determinuje tego treść PKD, ale przepisy ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2024 r., poz. 1287, z późn. zm.) oraz ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799, z późn. zm.). ●

• fot. Karolina Bartyzel



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznik praw lekarza
Moniki Potockiej



środy: 12.00–16.00 | czwartki: 10.00–16.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



512 331 230 | 691 224 246

Komisja ds. Lekarzy Seniorów OIL w Warszawie zaprasza **w środę 14 maja 2025 r.** na zwiedzanie pałacu i stadniny koni w Walewicach.

Wyjazd z pl. Bankowego o godz. 9.00.
Powrót ok. godz. 17.00.

Zapisy u Renaty Sobolewskiej, tel. 22 542 83 30.

Liczba miejsc ograniczona.



Esculap Rock 2025

Już po raz siódmy rockowe riffy zabrzmiały podczas Ogólnopolskiego Festiwalu Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „ESCULAP ROCK” im. lek. Bogdana Kuli. Rezerwujcie w czerwcu czas na wyjazd do Olsztyna!

VII Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „ESCULAP ROCK” im. lek. Bogdana Kuli organizowany jest przez Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską. W tym roku entuzjaści rocka spotkają się 14 czerwca w Kuźni Społecznej, przy ul. Marka Kotańskiego 1 w Olsztynie.

Jeśli chcesz zgłosić swój zespół do udziału w festiwalu, a przynajmniej

połowa jego członków to lekarze i/lub lekarze dentyści, nie zwlekaj – masz na to czas do 5 maja. Laureat otrzyma Nagrodę Publiczności.



Formularz zgłoszeniowy i regulamin festiwalu znajdują się na stronie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej.

OGŁOSZENIE

Gabinet zabiegowy w klinice Open Space Clinic do konsultacji i drobnych zabiegów wynajmę.

Warszawa, ul. św. Wincentego 95, przy stacji Metro Kondratowicza.
Kontakt: Agata Wenta, tel. 604 934 171



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyстів zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne.

kwiecień

3.04 | godz. 18.00–21.00

Badania kliniczne – od pomysłu do publikacji. Projekt badawczy jako mix pracy koncepcyjnej i operacyjnej – lek. Klaudia Gutowska

5.04 | godz. 10.00–14.30

Nowe technologie i komunikacja lekarz – pacjent. Kompetencje cyfrowe w służbie relacji lekarz – pacjent – lek. Anna Rosada (stacjonarnie w Radomiu)

7.04 | godz. 18.00–20.00

Flozyny – nowe jednoczenie interny. Obecne i przyszłe wskazania kliniczne – prof. Krzysztof Filipiak

10.04 | godz. 19.00–21.00

O czym należy pamiętać, podpisując umowę o pracę, kontrakt medyczny, umowę zlecenia? – mec. Paweł Strzelec

15.04 | godz. 19.00–21.00

Ból totalny: jak holistycznie zadbać o pacjenta w ostatnim etapie życia? – Anja Franczak, Instytut Dobrej Śmierci

23.04 | godz. 19.00–21.00

Opieka nad pacjentem geriatrycznym i zasady kierowania do oddziału geriatrycznego – lek. Agnieszka Skoczylas

24.04 | godz. 18.00–21.00

Badania naukowe – od pomysłu do publikacji. Statystyka medyczna w badaniach naukowych – dr. n. med. Paweł Kiczmer



Szkolenia OIL



Za wszystkie szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne

Cyrograf o świadczenie usług medycznych



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Piotr jest lekarzem specjalistą hematologii z ponaddwudziestoletnim doświadczeniem w zawodzie i rozpoznawalną marką osobistą, więc headhunterzy różnych podmiotów leczniczych polują na niego niczym paparazzi. Jeśli dzwoni nieznany numer albo wpada do spamu mail od nieznanego nadawcy, to najczęściej kolejna propozycja pracy. Coraz trudniej o prywatność. Rekrutacje Piotr dzieli na „poważne” i „przelotne”.

– Ta, o której chcesz mówić, była przelotna?

– Miała być. Ale rekruterzy mają swoje triki, a ja lubię być grzeczny, bo tak mnie wychowano, więc jak odmawiam komuś, to lubię to zrobić elegancko, po rozmowie i rozważeniu propozycji.

– Jaka to była placówka?

– Niepubliczna poradnia specjalistyczna, taka mała sieciówka. Miało być przelotnie, z taktownym „nie” w finale, ale zaczęli od wysokiego „C”, czyli od dobrej stawki za godzinę, no i zaczęło się robić poważnie.

– Co jeszcze było na „tak” oprócz tej stawki?

– W sumie sporo, do wyboru placówka, w której chcę pracować, grafikowe dni tygodnia i godziny tak, jak mi wygodnie, duże wsparcie menedżera w procedurach rekrutacyjnych, zapoznaniu z programem i systemem pracy. Było coś jeszcze o miłym zespole i przy-

jaznej atmosferze, bo choć to początkująca sieciówka, to najwyraźniej z ambicjami na korpo.

– A co cię zniechęcało?

– Umowa. Przezornie poprosiłem o draft umowy na e-mail – Piotr unosi brwi i przeciera okulary. – Mam przykry zwyczaj czytania wszelkich umów ze zrozumieniem, zanim cokolwiek podpiszę. To też wyniosłem z domu, mama jest radcą prawnym.

– Co wyczytałeś w tej umowie?

– To była umowa o świadczenie usług medycznych, B2B oczywiście, bo jak większość z nas mam indywidualną praktykę lekarską. Kiedy pierwszy raz ją przeczytałem, miałem tylko ogólne wrażenie, że jest zbyt długa i skomplikowana. Zabrałem więc umowę na niedzielny obiad i przy poobiedniej kawie razem z mamą dokładnie ją przeczytaliśmy.

– Mamie, jako prawniczce, pewnie coś się nie podobało?

– Wiele rzeczy. Po pierwsze, że umowa jest niesymetryczna: mnóstwo obowiązków i sankcji oraz wyłączna odpowiedzialność osobista po mojej stronie jako zleceniobiorcy, mało obowiązków i dużo wymagań oraz zabezpieczeń po stronie placówki medycznej jako zleceniodawcy. Mama powiedziała, że nie powinienem podpisywać tej umowy, bo jest dla mnie niekorzystna.

– No dobrze, a podasz jeszcze jakieś konkrety?

– Zacznę od tych lżejszego kalibru. Był punkt, w którym zobowiązano mnie do zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi i procedurami zleceniodawcy oraz ich przestrzegania. W tym punkcie mama – mój prawnik rodzinny – od razu zapytała: *A gdzie załącznik z tymi regulacjami i procedurami?* Załącznika nie było, więc dopisaliśmy ręcznie, że prosimy o ten załącznik. Przecież nie można od kogoś oczekiwać, że podpisze w ciemno przestrzeganie czegoś, czego nie zna. Drugi punkt sporny to propozycja wystawiania moich faktur przez firmę. *Po co ci ten punkt, przecież masz dobrą księgową, zachowaj pełną kontrolę nad swoimi fakturami* – jednomyślnie skreśliśmy z mamą ten fragment. Następny zakwestionowany przez mamę punkt umowy to było prawo zleceniodawcy do natychmiastowego rozwiązania ze mną umowy w razie utraty przez mnie prawa do wystawiania recept z refundacją. – *To prywatna placówka, nie musisz oferować im swojej umowy z NFZ na wystawianie recept refundowanych. Ale pewnie im na tym zależy, bo to przyciąga pacjentów, więc możesz się zgodzić na ten punkt, pod warunkiem że dopisziesz swoje prawo do natychmiastowego rozwiązania umowy z nimi w przypadku opóźnienia wypłaty wynagrodzenia powyżej pięciu dni roboczych po terminie ustalonym*



fot. licencja OIL w Warszawie

w umowie pomimo terminowego dostarczenia przez Ciebie prawidłowo wystawionej faktury – podsumowała mama.

– Czy jesteśmy już blisko wisienki na torcie? – zapytałam.

– O tak – uśmiecha się Piotr – oto i wisienka. Zleceniodawca zastrzegł sobie w kolejnym punkcie prawo do naliczenia mi kary umownej w wysokości 20 proc. wystawionej przeze mnie faktury, jeśli w ocenie zleceniodawcy wystawię za dużo skierowań na badania diagnostyczne. Czyli po lekarstwu, jak będę dobrym lekarzem i będę diagnozował pacjentów, zanim wydam zalecenia, to ryzykuję pracę na wolontariacie w wymiarze jednej piątej miesięcznego grafiku. Rozumiesz? Kara umowna za badania diagnostyczne... Akurat w mojej specjalności badania to warsztat codzienny. Nie mogłem tego podpisać.

– Co poradził ci prawnik domowy?

– Krótka piłka – punkt do wykreślenia.

– A jak zareagował menedżer na twojej uwagi?

– Napisałem za radą mamy krótkiego maila do menedżera, załączając draft umowy z poprawkami. W mailu wypunktowałem, co i dlaczego chcę zmienić, plus bardziej szczegółowe uwagi do punktu o karach za zlecenie badań. Napisałem wprost, że ten punkt jest zapewne korzystny dla firmy, ale na pewno nie jest korzystny dla

mnie i dla moich pacjentów. Dodałem jeszcze, że presja wywierana przez firmę na lekarza, aby limitował badania diagnostyczne, może narażać pacjentów na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia (prawnik rodzinny odpowiedział, że to art. 160 kodeksu karnego), i że rozważam, czy nie zasięgnąć opinii w tej sprawie u Rzecznika Praw Pacjenta (to też był pomysł rodzinnego prawnika). A ponadto dodałem, że jestem doświadczonym lekarzem, nie zlecę niepotrzebnych badań i ten punkt mnie po prostu obraża.

– Jaka była odpowiedź menedżera?

– Najpierw był szybki telefon od pani menedżer, jak tylko dostała maila, i wielkie zdziwienie, że chcę zmian w umowie, bo to są umowy standardowe i jeszcze się nie zdarzyło, żeby jakiś lekarz chciał coś zmieniać. Powiedziałem, że albo zmiany, albo nie podpiszę umowy, a pani menedżer na to, że musi się porozumieć ze swoim działem prawnym i skontaktuje się, jak będzie opinia prawna i dalsze decyzje.

– Niech zgadnę... Nie zatrudnili cię?

– Nie zgadłaś – śmieje się Piotr. – Owszem, zatrudnili. Po kilku dniach zadzwoniła pani menedżer z informacją, że dział prawny pozytywnie zaopiniował moje uwagi i możemy kontynuować rekrutację, że zaprasza mnie na szkolenie z obsługi programu do elektronicznej dokumentacji i że bardzo

się cieszy na naszą współpracę. Pracuję tam od kilku miesięcy, rzeczywistość jest superzespół i superatmosfera, a ja przyjmuję pacjentów skupiony na sprawach merytorycznych, bez strachu o zmniejszone wynagrodzenie z powodu zlecenia badań. Zlecę takie badania, jakie trzeba, i tyle, ile trzeba. To pacjent jest w tej pracy najważniejszy, jeśli ktoś tego nie rozumie, to niech sobie założy inną firmę niż medyczna.

– Twój domowy prawnik jest zadowolony?

– Mama zdziwiła się, że tak łatwo mi poszło. Jej zdaniem pani menedżer poszła do pana prawnika firmy i powiedziała: *Stefan, on chce zmian w umowie*, a prawnik Stefan przeczytał moje uwagi i zapytał pani menedżer: *Jolu, a zależy nam na nim? Chcesz go zatrudnić?* Jola powiedziała, że jej zależy i Stefan uciął temat: *To zmień mu to, co chce, i zatrudniaj.*

– Tak mogło być – przyznaję. – Jednak co innego mnie zastanawia... Dlaczego inni lekarze podpisują takie niekorzystne umowy?

– Szczerze? Myślę, że nie czytają. Powinni czytać. I powinni negocjować umowy, nawet jeśli nie mają w rodzinie prawnika, przecież można zapytać prawnika choćby w izbie lekarskiej. Ja spróbowałem i okazało się, że można. Mam nadzieję, że inni lekarze też pójdą tą drogą. ●

*Już w powietrzu wiosnę słyszę...
Czy ty też?
Serce patrzy w me zacisze...
Czy ty wiesz?*

*Świat wiosnieje, w słońcu cały,
W świtach zórz...
Wróble się rozświergotały
„Cóż, czy już?”*

*Wiosna... Kwiaty mam i słońce...
Czy ty też?
A w oczach mam łzy gorące
Czy ty wiesz?*

Julian Tuwim

Szanowni Państwo,

dziękuję tym wierszem pełnym wiosennego światła,
radości, nadziei, miłości... kwiatów i słońca.

W ten czas wiosenny wpisują się Święta
Wielkanocne, nakłaniające nas, aby sercem spojrzeć
w swoje zacisze, jak to pięknie ujął Julian Tuwim.

Życzę nam wszystkim, aby ten czas wielkanocny był
źródłem naszego „wiośnienia” z całym światem,
aby dał naszym oczom łzy gorące, obmywające nas
do nowego życia w radości i pokoju serca.

Drogie Siostry i Drodzy Bracia w Chrystusie Panu,
życzę, aby Zmartwychwstały Pan nappełniał nasze
serca swoim Światłem i Miłością.

ALLELUJA

ks. Władysław Duda

duszpasterz środowisk medycznych
Archidiecezji Warszawskiej

Aktualności Komisji ds. Kultury



fot. Michał Tyrąjski

IV Ogólnopolski Plener Fotograficzny

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów do udziału w IV Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym, który odbędzie się 15–18 maja 2025 r. w Radomiu. Planowane tematy fotograficzne współorganizowanego przez Naczelną Radę Lekarską pleneru to: architektura, ulica, człowiek, rejestracja przemijania czasu, fotografia jako forma plastyczna. Zgłoszenia na plener wraz z dowodem wpłaty (500 zł) prosimy przysłać drogą mailową na adres komisjakultury@oilwaw.org.pl. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Po plenerze zdjęcia zaprezentujemy na stronie internetowej OIL, w „Pulsie” oraz w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18. Najlepsze prace zostaną opublikowane w katalogu, a oficjalna wystawa poplenerowa odbędzie się w grudniu 2025 r. w Centrum „Łowicka”.

Szczegółowy program i zasady zapisu znajdują się na stronie internetowej OIL w Warszawie w zakładce „Wydarzenia”.

V Konkurs Fotograficzny Lekarzy

Rusza V Konkurs Fotograficzny Lekarzy. Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie zaprasza do udziału w nim wszystkich chętnych lekarzy i lekarzy dentyistów. Tegoroczny konkurs składa się z dwóch kategorii tematycznych: „Fotografia uliczna” (obligatoryjna) oraz „Temat wolny”. Prace w formacie JPG (maksymalnie cztery zdjęcia w każdej kategorii tematycznej) prosimy wysłać do 30 września 2025 r. na adres komisjakultury@oilwaw.org.pl lub przesłać na nośnikach danych na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa z dopiskiem V Konkurs Fotograficzny.

XVI Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów do udziału w XVI Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa”. Aby wziąć udział w konkursie, należy przesłać pięć wierszy o dowolnej tematyce lub do 10 stron maszynopisu prozy (w czterech egzemplarzach). Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane. Prosimy pamiętać, aby każdy utwór był opatrzony godłem.

Prace należy wysłać na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa, Komisja ds. Kultury lub drogą mailową na adres: majkazywicka@wp.pl z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”. Na prace czekamy do 30 czerwca 2025 r. (decyduje data stempla pocztowego).

Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej i czasopiśmie patronackich. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników oraz wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni w specjalnym zaproszeniu.



fot. Art Lasovsky / Unsplash

Moja historia medycyny – 50 lat w białym fartuchu

DR N. MED. KRYSZYNA DOWGIER-MALINOWSKA
internistka, specjalistka chorób wewnętrznych



foto: archiwum prywatne

Jestem aktywną lekarką od 50 lat. Przez ten czas zbadalam kilkadziesiąt tysięcy pacjentów, zdobywając niezwykle doświadczenie. Jako internistka i specjalistka medycyny pracy miałam do czynienia z pacjentami z różnych środowisk – od osób w trudnej sytuacji życiowej po ministrów. W moim gabinecie gościli robotnicy, przedstawiciele kadry kierowniczej, przedsiębiorcy, artyści i personel sprzątający. Z każdym potrafię nawiązać dobry kontakt, w tym również z obcokrajowcami.

Obecnie trzy razy w tygodniu dojeżdżam metrem do pracy. Wsiadając na stacji Rondo ONZ, zawsze wspominam pracę w przychodni przy ul. Mariańskiej. Kiedyś to miejsce było pełne wykopów i utrudnień związanych z budową metra. Dziś, wychodząc na powierzchnię, mijam ludzi młodszych o jedno lub dwa pokolenia, którzy biegną do usytuowanych tu wieżowców. Przez lata zebrałam wiele spostrzeżeń i wspomnień. Dla moich dorosłych

wnuków to prehistoria, dla mnie – jakby wydarzyło się wczoraj.

DIAGNOSTYKA

Kto dziś pamięta, czym była cholecyctografia czy urografia? Obecnie jedno badanie wystarcza, by określić, czy pacjent ma kamień pęcherzykową, czy nerkową. Dawniej w szpitalach odbywały się „kominki radiologiczne”, podczas których wspólnie analizowaliśmy setki zdjęć i „nabijaliśmy oko”. Dziś radiologa powoli zastępuje sztuczna inteligencja, a diagnostyka obrazowa, dzięki tomografii komputerowej i rezonansowi magnetycznemu, stała się precyzyjniejsza.

Tymczasem jeszcze kilkadziesiąt lat temu w klinice kardiologii w czasie dyżurów słuchaliśmy nagrania szmerów i tonów serca za taśmy magnetofonowej, by uczyć się rozpoznawania wad serca. Obecnie echo serca często zastępuje tradycyjne osłuchiwanie pacjenta. Jednak dla mnie nadal satysfakcjonujące jest, gdy pacjent dziwi się, że lekarz potrafi określić stenozę mitralną czy

aortalną lub niedomykalność samym stetoskopem.

W latach 80. zainicjowałam poradnię nadciśnieniową w Szpitalu Bródnowskim oraz kurs dla pielęgniarek propagujący powszechną kontrolę i badania ciśnienia tętniczego u wszystkich pacjentów zgłaszających się do różnych specjalistów. Dodam tylko, że wtedy aparaty były ręczne. Kto dziś pracuje na takim sprzęcie? Co więcej, każdy pacjent może w dowolnej chwili sam sobie zmierzyć ciśnienie tętnicze automatycznym urządzeniem zegarowym. Tylko czy mierzy i zgłasza się do lekarza, jeśli ma nieprawidłowe wartości?

ZABIEGI OPERACYJNE

Wprowadzenie laparoskopii zrewolucjonizowało chirurgię. Dawniej pacjent po tradycyjnej cholecystektomii mógł być na zwolnieniu przez kilka miesięcy, jeśli rana źle się goiła. Dziś po operacji laparoskopowej wraca do zdrowia w kilka dni, a blizny są minimalne lub niewidoczne.

Nieinwazyjna kardiologia interwencyjna, jak implantacja stentów czy przeznaczyniowe zamykanie ubytków w przegrodzie serca, eliminuje konieczność dużych nacięć i skraca czas rekonwalescencji. Technika operacyjna da Vinci to symbol postępu i wielkiej odpowiedzialności.

LEKI

Obecnie dostępnych jest wiele skutecznych leków na nadciśnienie tętnicze. Pamiętam jednak czasy, gdy stosowano alkaloidy rauwolfii, które wprawdzie obniżały ciśnienie, ale miały poważne skutki uboczne, w tym krwawienia z przewodu pokarmowego. Na szczęście wyeliminowano tę substancję.

40 lat temu etat nie wystarczał. Wszyscy mieli dodatkową pracę. Ja swoją podjęłam w Instytucie Leków, gdzie analizowałam skuteczność farmakoterapii chorób układu krążenia. Chodziło o efektywność i określenie zastosowanych leków, dawek, długość leczenia itp. Z kilkumiesięcznej pracy, analizy dokumentacji rysowały się pewne wnioski. Wtedy właśnie prof. Tadeusz Lesław Chruściel zaproponował mi badania skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego zastosowanymi kombinacjami



Ubezpieczenie utraty dochodu dla lekarzy

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Ubezpieczenie utraty dochodu to zabezpieczenie dla lekarzy w razie różnych sytuacji losowych. Zapewnia stabilność finansową zarówno w przypadku czasowej, jak i trwałej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem lub chorobą.

Czasowa niezdolność do wykonywania pracy lekarza

Dostępne dwa warianty:

wsparcie finansowe od 1. lub 31. dnia zwolnienia w zależności od wybranego wariantu.



W razie czasowej niezdolności do wykonywania pracy lekarza potwierdzonej drukiem ZUS ZLA **wypłacimy Ci świadczenie miesięczne za każdy dzień zwolnienia**, począwszy od 1. bądź 31. dnia niezdolności, **jeśli jesteś niezdolny do pracy co najmniej 30 dni**.

Możesz wybrać, jakie świadczenie miesięczne będzie dla Ciebie odpowiednie i **pozwoли Ci utrzymać dotychczasowy poziom życia mimo przerwy w wykonywaniu zawodu**.

Do wyboru masz **trzy sumy ubezpieczenia**:

PLN

5000 zł/m-c

PLN

10 000 zł/m-c

PLN

15 000 zł/m-c

Całkowita niezdolność do wykonywania pracy lekarza

W razie całkowitej niezdolności do wykonywania pracy, **wypłacimy Ci świadczenie jednorazowe**.



Korzyści z ubezpieczenia

- Wypłacimy Ci świadczenie, **jeśli zachorujesz**, zwolnienie może być z powodu różnych chorób – w tym m.in.: udaru, zawału czy nowotworu.
- Ochrona obejmuje również **następstwa nieszczęśliwych wypadków**, przyczyną zwolnienia może być np. złamanie lub skręcenie kończyn.
- Minimum formalności** – brak ankiety medycznej, brak wymogu składania oświadczeń o dochodach, wysokość odszkodowania niezależna od zarobków.
- Świadczenia: **nawet do 15 tys. zł miesięcznie bądź 180 tys. zł jednorazowo**.
- Składka **już od 226 zł za rok ochrony**.
- Brak karencji** – ochrona działa od następnego dnia po złożeniu wniosku.
- Ubezpieczenie przeznaczone **dla każdego lekarza** (niezależnie od formy wykonywania zawodu).

ins INS Services

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

- ✓ dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50 (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 aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU NNW wraz z postanowieniami dodatkowymi lub odmiennymi od tych OWU dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

leków. W perspektywie miał to być doktorat. Praca sugerowała zastosowanie algorytmów leczenia nadciśnienia tętniczego. W tamtych czasach obliczenia statystyczne przeprowadzano na komputerach wielkości dużego pokoju! Dziś badania statystyczne są na wysokim poziomie, a ich wyniki pomagają optymalizować schematy leczenia.

Leki złożone z dwóch czy trzech składników ze zróżnicowanymi dawkami to wspaniała możliwość wyboru i skuteczność leczenia. Chemioterapia nowotworów, leczenie biologiczne chorób reumatoidalnych to niezwykle postęp w medycynie. W ciągu mojej pracy uczestniczyłam w kilku badaniach czwartej fazy wprowadzania nowych substancji leczniczych. Trzy z nich nie zostały dopuszczone – statyna, lek na redukcję masy ciała i niesterydowy lek przeciwzapalny.

Z lekami nierozzerwalnie wiąże się samoleczenie pacjentów i bezrefleksyjne kupowanie suplementów diety. Osobiście nazywam je „pacaneum”. Warzywa i owoce są dostępne przez cały rok, a pacjenci często wydają fortuny na „cudowne” preparaty, które nie mają udowodnionego działania.

UŻYWKI, SUBSTANCJE RAKOTWÓRCZE

Z badań na wielkich próbach wiemy, że pierwszym środkiem rakotwórczym są wyroby nikotynowe, e- i i-papierosy. Drugie miejsce zajmuje w tej kategorii alkohol. Udowodniono, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Pamiętam jednak, jak na konferencjach kardiolo-

gicznych zalecano kobietom wypijanie cztery razy w tygodniu lampki czerwonego wina, mężczyznom zaś aż dwóch. Później zrewidowano te poglądy i w kolejnych latach przyszło opamiętanie. Środowisko lekarskie powinno szerzej przypominać te fakty – mogłoby to znacząco zmniejszyć liczbę hospitalizacji i poprawić stan zdrowia społeczeństwa.

RELACJA LEKARZ–PACJENT

W erze przedkomputerowej pacjenta, który był u mnie drugi czy trzeci raz, pamiętałam z imienia i nazwiska (ręcznie pisana historia choroby, wypisywane recepty). Jedno spojrzenie na wchodzącego do gabinetu pacjenta często wystarczało na postawienie „Strassen diagnose”, np. choroby Cushinga, trądziku różowatego, żółtaczki, „ostrego brzucha”.

Teraz rzut oka na ekran, nazwisko się zgadza, PESEL też i prawie nie patrząc na pacjenta, wpisujemy jego skargi i obawy. Badanie przedmiotowe, skierowania, recepty i do zobaczenia kiedyś. Wizyta kontrolna, określenie optymalnej dawki leku po trzech–sześciu tygodniach często nie dochodzi do skutku u tego samego lekarza. Masakra!

Sztuczna inteligencja podpowiada diagnozy, a pacjenci mają dr. Google’a i wiedzą wszystko najlepiej. Niestety, często brakuje czasu, żeby wytłumaczyć, że to nie ta choroba, że to nie to leczenie. *Mnie się wydaje, ja prawie wiem.* A lekarz? A lekarz niby nie chce go dobrze i wyczerpująco informować.

Na szczęście w medycynie pracy nie wydam orzeczenia nieleczonemu cu-

krzykowi czy choremu na nadciśnienie i wraca do mnie po diagnozę i leczenie.

Kontynuuję działalność lekarską głównie w zakresie medycyny pracy. Odkrywam przy tym, że to jedyna specjalizacja podchodząca do pacjenta (niby zdrowego) holistycznie. Wywiad dotyczy wszystkich układów, narządów. Pytam o profilaktykę: cytologię, mammografię, kolonoskopię, przeglądam uzębienie. Bardzo ważny jest wywiad rodzinny, proszę o przedstawienie wyników badań diagnostycznych: krew, mocz, USG, RTG, TK. Niestety, często pacjenci mówią, że wyniki trafiły do lekarza kierującego i chyba są dobre, bo nie było „feedbacku”, a trzeba wiedzieć, że wyniki badań są własnością nie tylko systemu, ale przede wszystkim pacjenta.

Przez 50 lat pracy w medycynie byłam świadkiem ogromnych zmian – od diagnostyki, przez leczenie, po relacje z pacjentami. Technologia zrewolucjonizowała zawód lekarza, skróciła czas diagnozy i rekonwalescencji, ale też zmieniła podejście do pacjenta.

Medycyna zrobiła olbrzymi krok naprzód, jednak niektóre wartości muszą pozostać niezienne – holistyczne podejście do pacjenta, uważne słuchanie i odpowiedzialność za ludzkie zdrowie. Mimo upływu lat nadal jestem aktywna zawodowo i z ciekawością obserwuję rozwój medycyny. Moje wspomnienia młodszym pokoleniom mogą wydawać się odległą historią, ale dla mnie są wciąż żywą częścią mojej lekarskiej drogi. Teraz mam czas na hobby, moim jest malarstwo i pisanie wierszy, bajek i opowiadań. ●

Szanowni Lekarze i Lekarze Dentyści,

każdy z Was ma w pamięci wyjątkowe momenty – pierwszego pacjenta, niezapomniane dyżury, ciekawe przypadki, anegdoty z czasów studenckich. Chwile, które kształtowały Was jako lekarzy i które warto ocalić od zapomnienia.

Zapraszamy do podzielenia się swoimi wspomnieniami na łamach naszego miesięcznika. Może to być zabawna historia, refleksyjna opowieść lub poruszający moment z codziennej praktyki. Zachęcamy do nadsyłania tekstów (maks. 6 tys. znaków ze spacjami) i kilku zdjęć, którymi ubarwimy opowieść. Najciekawsze wspomnienia opublikujemy w kolejnych numerach „Pulsu”.

Czekamy na Wasze historie pod adresem puls@oilwaw.org.pl





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W II SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 1.04. „Sztuczna inteligencja w medycynie” – mgr Łukasz Sosnowski
- 15.04. „Po co są wybory w samorządzie” – lek. Mery Topolska-Kotulecka
- 6.05. „Czy w wieku senioralnym występuje potrzeba wizyty u logopedy” – dr Elżbieta Stecko
- 20.05. „Pierwsze lata odrodzonego samorządu lekarskiego” – dr n. med. Krzysztof Makuch
- 10.06. „Ignacy Jan Paderewski – kompozytor, pianista, polityk” – dr Michał Rybak
- 24.06. „Operacje na patentach – o ochronie własności intelektualnej w praktyce” – dr Piotr Zakrzewski
- 1.07. „Współdziałajmy w osiąganiu zdrowia jamy ustnej” – prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

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.



ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS

W każdy **poniedziałek** i **czwartek** (oprócz 17 i 21 kwietnia) o **godz. 11.00** zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne „Zdrowy kręgosłup metodą FMS” do **Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c** (sala 2.79 na I piętrze).

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

**UCHWAŁA NR 5/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 22 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie ustalenia terminu i trybu obrad XLVIII
Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 23 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Ustala się termin obrad XLVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na 22 marca 2025 r.

Ustala się, że obrady XLVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza odbędą się w trybie hybrydowym.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 20/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 22 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie zmiany Uchwały nr 62/R-IX/24 Okręgowej Rady
Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie
zaliczenia części opłaty z tytułu składki członkowskiej,
uiszczonej przez lekarzy, lekarzy dentyistów zamierzających
wykonywać lub wykonujących zawód w ramach
działalności leczniczej, na poczet opłaty za wpis lub zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Na podstawie art. 25 pkt 4, w zw. z art. 5 pkt 23 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz art. 101 i art. 105 ust. 1 pkt 1, ust. 2 i ust. 3 pkt 2 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799 t.j.) uchwała się, co następuje:

§ 1

§1 ust. 1 pkt 1) Uchwały nr 62/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie zaliczenia części opłaty z tytułu składki członkowskiej, uiszczonej przez lekarzy, lekarzy dentyistów zamierzających wykonywać lub wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej, na poczet opłaty za wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą otrzymuje następujące brzmienie:

„1) niezalegania z obowiązkiem opłaty składek członkowskich na datę złożenia wniosku o wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wzór oświadczenia, który należy załączyć do wniosku o wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stanowi załącznik do niniejszej uchwały), przy czym przez niezaleganie z obowiązkiem opłaty składek członkowskich należy rozumieć również posiadanie przez lekarza lub lekarza dentyistę zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej na podstawie stosownej uchwały”.

§ 2

W pozostałym zakresie Uchwała nr 62/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie zaliczenia części opłaty z tytułu składki członkowskiej, uiszczonej przez lekarzy, lekarzy dentyistów zamierzających wykonywać lub wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej, na poczet opłaty za wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pozostaje niezmienną.

§ 3

Tekst jednolity stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**OBWIESZCZENIE NR 3/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 17 LUTEGO 2025 R.**

w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowego
Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026

Na podstawie § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów oraz Uchwały nr 3/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 17 lutego 2025 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie z dniem 29 stycznia 2025 r. mandatu członka Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Macieja Cyrana.

§ 2

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

Przewodnicząca

Okręgowej Komisji Wyborczej

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

**OBWIESZCZENIE NR 4/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 17 LUTEGO 2025 R.**

w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowego
Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026

Na podstawie § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów oraz Uchwały nr 4/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 17 lutego 2025 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się uzyskanie z dniem 29 stycznia 2025 r. mandatu członka Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 przez lek. Michała Szałwińskiego.

§ 2

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

Przewodnicząca

Okręgowej Komisji Wyborczej

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

**UCHWAŁA NR 28/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 19 LUTEGO 2025 R.**

w sprawie powołania Zespołu „Klubu Lekarza Przedsiębiorcy”

Na podstawie art. 25 pkt 10 oraz art. 25 pkt 2, 3 i 4 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz na podstawie § 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 Zespół „Klubu Lekarza Przedsiębiorcy” Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji 2022–2026 w następującym składzie:

kol. Małgorzata Terlecka-Maciejewska – przewodnicząca,
kol. Mariusz Borkowski,
kol. Paweł Doczekalski,
kol. Artur Drobnik,
kol. Michał Gontkiewicz,
kol. Adam Górski,
kol. Krzysztof Herman,
kol. Jan Kowalczyk,
kol. Justyna Kwitkiewicz,
kol. Michał Matuszewski,
kol. Dariusz Paluszek,
kol. Rafał Sawicki,
p. Łukasz Sosnowski,
kol. Jakub Zakrzewski.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 30/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 19 LUTEGO 2025 R.**

w sprawie ustalenia podziału Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejonowy wyborczy na okres X kadencji 2026–2030

Na podstawie art. 22 ust. 2 i ust. 3 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.), § 13 Regulaminu wyborów stanowiącego załącznik do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, w zw. z Uchwałą nr 5/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 17 lutego 2025 r. w sprawie podziału Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejonowy wyborczy na okres X kadencji 2026–2030, niniejszym uchwała się, co następuje.

§ 1

Ustala się podział Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejonowy wyborczy na okres X kadencji w latach 2026–2030 z uwzględnieniem rejonów wyborczych wchodzących w skład Delegatury Radomskiej, przy czym szczegółowy podział, o którym mowa powyżej, stanowi załącznik do Uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Załącznik do Uchwały nr 30/R-IX/25 Okręgowej Rady
Lekarskiej w Warszawie z 19 lutego 2025 r.**

Podział Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejonowy wyborczy na okres X kadencji w latach 2026–2030 z uwzględnieniem rejonów wyborczych wchodzących w skład Delegatury Radomskiej znajduje się w BIP Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22 542 83 59, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska, **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebidzińska

SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stępniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj, Maria Libura, Filip Niemczyk, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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

*Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje.*

1,5%

Przekaż 1,5% swojego podatku
na szczytny cel



KRS 0000250527

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



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 mija
30 czerwca 2025 r.**



REHABILITACJA

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 i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 czerwca 2025 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów **w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00-14.00 do Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie** na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



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-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz 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
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA 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
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 30
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
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
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 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
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00





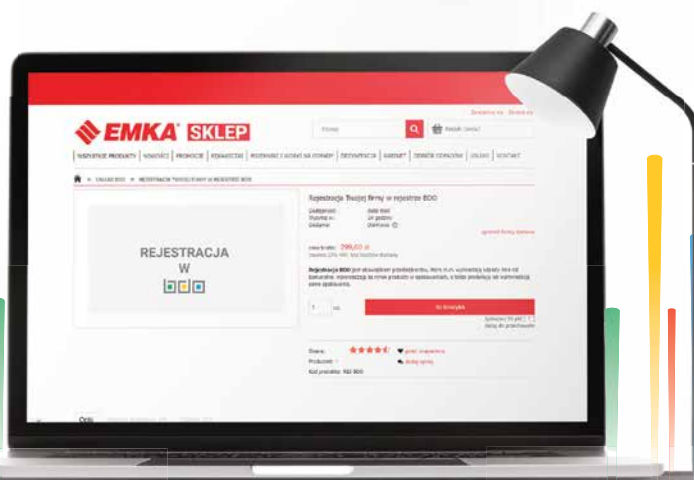
CLARA

PROTECTING HANDS
CARING HEARTS

NOWOŚĆ Jednorazowe rękawiczki nitrylowe

www.emka.com.pl/sklep/clara

REJESTRACJA BDO



Z nami sprawnie zarejestrujesz swoją firmę w BDO

emka-sklep.com.pl/uslugi-bdo