ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

puls

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

PAŹDZIERNIK 2021 (nr 318)

- 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu
- Spis rejonów wyborczych
- Rzecz o dialogu
- Ostatni taki protest
- Walka o zdrowie
- *Protest* – prof. Jerzy Bralczyk
- Postęp w dydaktyce – tak, ale zdalne nauczanie medycyny – nie

izba-lekarska.pl oilwarszawa oilwarszawa oilwarszawa

SPIS TREŚCI

NA DZIEŃ DOBRY (str. 2)

DZIŚ I JUTRO (str. 3)

IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 24, 25)

23 **Konferencja „Polki w medycynie 2021”**
– Michał Niepytalski

41 **Interwencje rzecznika praw lekarza**

SAMORZĄD

4 **100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu**

38 **Wyrok przyniesie więcej korzyści niż szkód**
– rozmowa z Magdaleną Rychłowską-Pruszyńską i Iwoną Wal-Wrześniewską

WYBORY

6 **Zagłosuj na delegatów w wyborach!**

50 **Spis rejonów wyborczych**

OPINIE

8 **Szkoła zawodu**
– Paweł Walewski

10 **Rzecz o dialogu**
– Małgorzata Solecka

29 **Nowy Bauhaus? Nowy cmentarz?**
– Paweł Kowal

WYNURZENIA I IDEOLOGIE...

9 **Rada dobrego wujka**
– Jarosław Biliński

MANIFESTACJA

12 **Ostatni taki protest**
– Karolina Kowalska

16 **Fotorelacja z protestu pracowników ochrony zdrowia**

SŁOWA NA ZDROWIE

15 **Protest**
– Jerzy Bralczyk

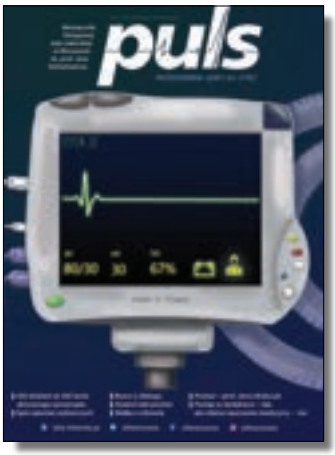
ZDROWIE PSYCHICZNE

18 **Walka o zdrowie**
– Magdalena Flaga-Łuczkiewicz

SYSTEM

20 **Jakość w miejsce bylejakości**
– Michał Niepytalski

46 **#SPRAWDZAM**
– Małgorzata Solecka



Graf. na okładce: P. Łojek

www.miesiecznik-puls.org.pl

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

26 **Kto, jeśli nie my?**
– rozmowa z Barbarą Kochańską, Agnieszką Mielczarek i Dariuszem Paluszkiem

BEZ ZNIECZULENIA

28 **Pokusy, kompleksy i relacje folwarczne**
– Marek Balicki

EPIDEMIA

30 **Rada Medyczna przy premierze – radzi, ale nie decyduje**
– Michał Niepytalski

MEDIA

32 **#W_ETERZE**

ZABIEGI WIZERUNKOWE

36 **Prawda czasu, prawda ekranu**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem

PRAWO

42 **Dokumentacja medyczna**
– Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska

44 **Polski Ład**
– Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

47 **Postęp w dydaktyce – tak, ale zdalne nauczanie medycyny – nie**
– rozmowa z Markiem Kuchem

W PIGUŁCE (str. 7)

WSPOMNIENIA (str. 54)

Dzień Lekarza Seniora
15 listopada, godz. 16.00
Dom Literatury, Krakowskie Przedmieście 87/89
W programie spotkania część oficjalna, artystyczna, poczęstunek.
Zapisy od 25 października, tel. 22-542-83-30
Więcej
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

LEKARZ BEZPIECZNY W SIECI
CZTERODNIOWY KURS ONLINE
PROWADZENIE E-DOKUMENTACJI
PRZECIWDZIAŁANIE OSZUSTWOM
PRAWO + HEJT
PROWADZĄCY:
AKTYWNI W SIECI LEKARZE, SPECJALIŚCI IT, PRAWNICY
12–15 PAŹDZIERNIKA, W GODZ. 18.00–20.00
ZAPISY
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Fot. K. Bartyzel

RENATA JEZIÓŁKOWSKA
redaktor naczelna

Made in Poland

Czy polska marka w kontekście systemu ochrony zdrowia musi kojarzyć się głównie z bylejakością? Byle jakie warunki leczenia, byle jaka dostępność świadczeń dla pacjentów, bylejakość w szpitalach i w organizacji całego systemu. A to, co nie jest byle jakie, czyli poziom wykształcenia lekarzy, może byle jakim się stać. Pomysł „produkcji" lekarzy na wyższych uczelniach zawodowych oraz podobne pokazują, że w ochronie zdrowia jednak może być gorzej.

Wydaje się, że wysłuchanie ludzi, którzy funkcjonują w określonej rzeczywistości, którzy znają jej problemy najlepiej, nie jest niczym wielkim. Okazuje się jednak, że dla decydentów to bardzo trudna sprawa. Można to zinterpretować jak podejście typu: konsultacje, dialog, szukanie sposobów, by rozwiązać problemy, a nie wyliczanie argumentów za tym, że „nie da się" – na co to komu? Nie słyszę diagnozy, więc jakby nie było problemu.

Dla osób decydujących o kształcie systemu ochrony zdrowia powinno być oczywiste porównanie tego systemu z pacjentem. Reakcja w porę i podjęcie leczenia mogą uratować życie chorego. Podjęcie leczenia za późno, ignorowanie symptomów choroby oznacza nieuchronny koniec. „Pacjent wymaga" intensywnej terapii, upominanie się o nią przez protest, „białe miasteczko" nie spotyka się z adekwatną reakcją. Na co czekamy? I czy nasza okładka przedstawia to, co już ma miejsce, czy to, co nastąpi za chwilę?

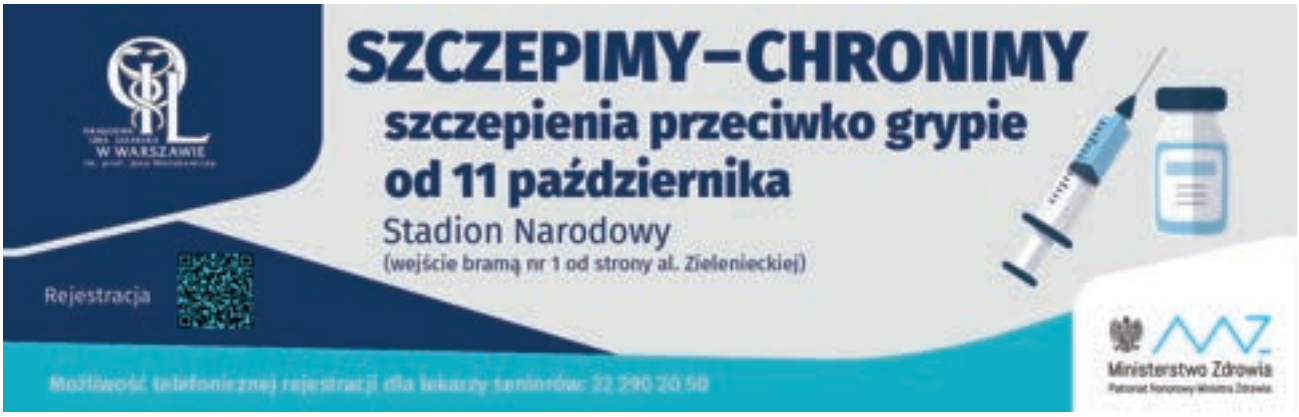
Dwa lata temu pod hasłem „Polska to chory kraj" rozpoczęliśmy kampanię społeczną „Narodowy Kryzys Zdrowia". Przypominamy o #niezapominaj – haśle ubiegłorocznym, które łączyliśmy z gorzko-ironicznymi brawami od lekarzy dla polityków. Haśle nawiązującym do wspomnianej kampanii sprzed dwóch lat. Faktem jest, że ochrona zdrowia stała się tematem numer jeden w mediach i dyskusjach publicznych, ale ile jeszcze i w jaki sposób można przypominać, że zdrowie to fundamentalna sprawa, a warunki leczenia i naprawa systemu, który jest w zapaści, powinny stać się priorytetem. Zwłaszcza w kontekście kolejnej fali pandemii.

Pamięta jeszcze ktoś z decydentów brawa dla medyków? Brawa zbędne i zasmucające, bo szybko zastąpione dyskredytowaniem, hejtem, zrzucaniem winy, instrumentalnym traktowaniem.

To, co kryło się za #niezapominaj, dziś wyraża się w dużym stopniu w „protestujemy".

W tym numerze „Pulsu" protestowi poświęcamy sporo miejsca. Piszemy o wydarzeniach, ich kulisach, o emocjach. Relacjonujemy związaną z postulatami protestu konferencję. Rozmawiamy o roli doradzającej premierowi Rady Medycznej, a przy okazji początku roku akademickiego – o kształceniu lekarzy na przestrzeni lat i perspektywach na przyszłość. Opisujemy różnorodne izbowe inicjatywy, zapraszamy na kolejne szkolenia, na akcję szczepień przeciwko grypie i zachęcamy do udziału w wyborach. Publikujemy spis rejonów wyborczych. Tym razem w ramach prezentowania różnych działań samorządu przybliżamy funkcjonowanie Okręgowego Sądu Lekarskiego. ■

#IzbaDlaLekarzy #PulsDlaLekarzy



Fot. K. Bieniaszewska

ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Koleżanki i Koledzy,

chyba wszyscy odczuwamy zniechęcenie i fizyczne zmęczenie. Niewyspanie. Wypalenie. Nie widzimy perspektyw, za to dostrzegamy wszechogarniający chaos. Męczy nas hejt, poczucie zagrożenia fizycznego i prawnego. Brak szacunku. Brak czasu dla bliskich i siebie samych. Wykorzystywanie. Niedocenianie. Nieustanne napięcie i stres... Jak to się stało, że obudziliśmy się w czasach, gdy na pytanie o emocje towarzyszące wykonywaniu zawodu lekarza na usta cisną się jako pierwsze negatywne określenia? Gdzie się podziała satysfakcja i duma? Gdzie radość ze świadomości wykonywania ważnych społecznie zadań? A szerzej: gdzie prestiż i godność naszego zawodu?

Wiele osób zadaje pytanie o sens i cel toczącego się protestu medyków. Moim zdaniem wyjaśnienia próżno szukać w wypunktowanych postulatach Komitetu Protestacyjnego. Oczywiście, postulaty opisują ważne niedomogi systemu i stanowią propozycję ich rozwiązania. Ale przyczyną protestu i przyłączenia się do niego organizacji lekarskich są właśnie emocje towarzyszące dziś wykonywaniu zawodu lekarza, atmosfera panująca w systemie. Powodem protestu w mojej ocenie jest fakt, że „w podziękowaniu" za ciężką pracę zabiera się nam pozytywne strony bycia lekarzem, a sam zawód deprecjonuje. Przykłady? Pomysł Ministerstwa Zdrowia, aby lekarzy kształcić w wyższych szkołach zawodowych, zestawiony z próbą wprowadzenia na uniwersytety nowego zawodu – tzw. asystenta chirurga. Wcześniej batalia o dopuszczenie na specjalnych zasadach do systemu lekarzy spoza UE bez potwierdzonych kwalifikacji. Absolutny brak stabilności w naszych miejscach pracy związany z ogromnym zadłużeniem jednostek i pomysłami gwałtownego zmniejszania liczby szpitali. Festiwal legislacyjnych zmian dotyczących naszego zawodu i wprowadzane bez konsultacji ze środowiskiem regulacje prawne pogarszające warunki pracy, choćby – mające również aspekt symboliczny – wykreślenie zawodu lekarza z listy tzw. wolnych zawodów, by uniemożliwić nam opodatkowywanie działalności tzw. kartą podatkową. Można wyliczać jeszcze długo. Powodem protestu jest również zbliżająca się czwarta fala COVID-19 i świadomość nieprzygotowania do niej systemu. Nieprzygotowania, którego skutki odczujemy my, lekarze, i nasi pacjenci, a nie osoby, które o to przygotowanie nie zadbały.

Nasza izba zaangażowała się zarówno w manifestację zawodów medycznych, jak i we wsparcie „białego miasteczka", m.in. logistyczno-finansowe. Chcemy wierzyć, że kolejne wyrazy naszej niezgody na rzeczywistość wydrążą w końcu skałę obojętności rządzących. Ale protest w ochronie zdrowia toczy się od lat. To cichy protest. Protest bez negocjacji, bez medialnych narracji, bez konferencji prasowych. Protest ludzi zmniejszających liczbę miejsc pracy, rezygnujących z zatrudnienia w publicznym systemie, protest osób wyjeżdżających zagranicę i przebranżawiających się.

Ten cichy protest zaostrza się. Podczas zajęć ze studentami w tym roku pierwszy raz spotkałem młodych ludzi deklarujących, że chcą zdobyć tytuł lekarza, ale nie myślą o podejmowaniu pracy w zawodzie, celują od razu w pracę w różnych gałęziach biznesu.

Jakie jest na ten cichy protest lekarstwo? Skokowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia.

Poprzez nasze działania będziemy wciąż próbowali przekonać do tego lekarstwa rządzących, choć ich *„compliance"* pozostawia niestety wiele do życzenia. ■

100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu

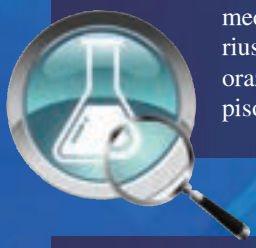
Spektrum działań, jakie podejmujemy jako OIL w Warszawie, jest bardzo szerokie. Ósma część naszego dziesięcioczęściowego zestawienia zawiera m.in. szkolenia odnoszące się do kwestii prawnych, bezpieczeństwa, etyki, zdrowia lekarzy, komunikowania się, a także spotkania i konferencje. W ramach cyklu systematycznie przybliżamy szczegóły działalności organów, komisji, zespołów, podmiotów funkcjonujących w strukturach OIL i ORL.

1

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje cztery stacjonarne trzydniowe szkolenia **„Efektywne negocjacje”**. Prowadzący opowiedzą m.in. o komunikacji biznesowej, wyjaśnią podstawy teorii negocjacji, zaprezentują metody rozwiązywania konfliktów. W programie są analizy przypadków oraz testy polegające na określeniu własnego stylu negocjacyjnego. Zajęcia poprowadzi certyfikowany trener Ireneusz Dzideczek, specjalizujący się w negocjacjach biznesowych. Więcej na grafice na sąsiedniej stronie.

2

W październiku planujemy szkolenie online **„Różne oblicza bioetyki”**, na które złożą się wykłady prowadzone przez mec. Radosława Tymińskiego i ks. Dariusza Patera. Szczegółowe informacje oraz przekierowanie do formularza zapisów: grafika na str. 11.

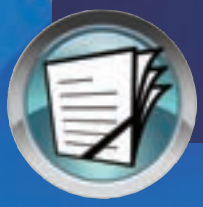


3

„Pułapki telemedycyny” to kolejne nasze szkolenie w formie zdalnej. Prelegenci poruszą m.in. zagadnienia bezpieczeństwa lekarza w kontekście telewizyty lub e-wizyty oraz odpowiedzialności prawnej. Prowadzący – mec. Radosław Tymiński. Więcej informacji na str. 14.

4

Pod nazwą **„Koroner”** przygotowujemy szkolenie online z udziałem prawników i lekarzy, dotyczące praktycznych i proceduralnych aspektów dokumentacji, stwierdzania zgonu, formalnych wytycznych itd. Informacje o zapisach na str. 41.

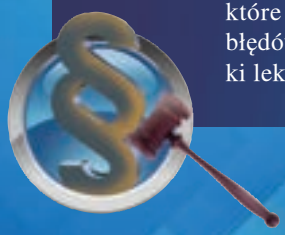


5

W październiku odbędą się dwie części kursu **„Rola lekarza dentysty w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nowotworów głowy i szyi oraz opiece stomatologicznej nad pacjentem onkologicznym przed, w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym”.** Komisja ds. Lekarzy Dentystów organizuje go we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytutem Badawczym oraz Warszawską Szkołą Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Szczegóły na str. 27.

6

W tym numerze „Pulsu” na str. 38 szczegółowo zajmujemy się działalnością **okręgowych sądów lekarskich**, które rozstrzygają sprawy dotyczące błędów medycznych oraz naruszeń etyki lekarskiej.



7

Lekarzy seniorów z naszej izby zapraszamy 15 listopada na spotkanie z okazji **Dnia Lekarza Seniora**. Zaplanowaliśmy część oficjalną, artystyczną oraz poczęstunek. Przygotowane zostaną również upominki. Szczegóły na str. 1.

8

Lekarze zmagają się z wieloma obciążeniami. Specyfika ich pracy często skutkuje bólami i problemami z kręgosłupem, wobec czego wyszliśmy z pomysłem zajęć z fizjoterapeutami **„Zdrowy lekarski kręgosłup”**. Odbędą się w siedzibie OIL w Warszawie w każdą październikową środę. Ćwiczenia poprzedzi krótki wstęp teoretyczny. Zapisy prowadzimy na naszej stronie internetowej, liczba miejsc jest ograniczona. Więcej na str. 29.

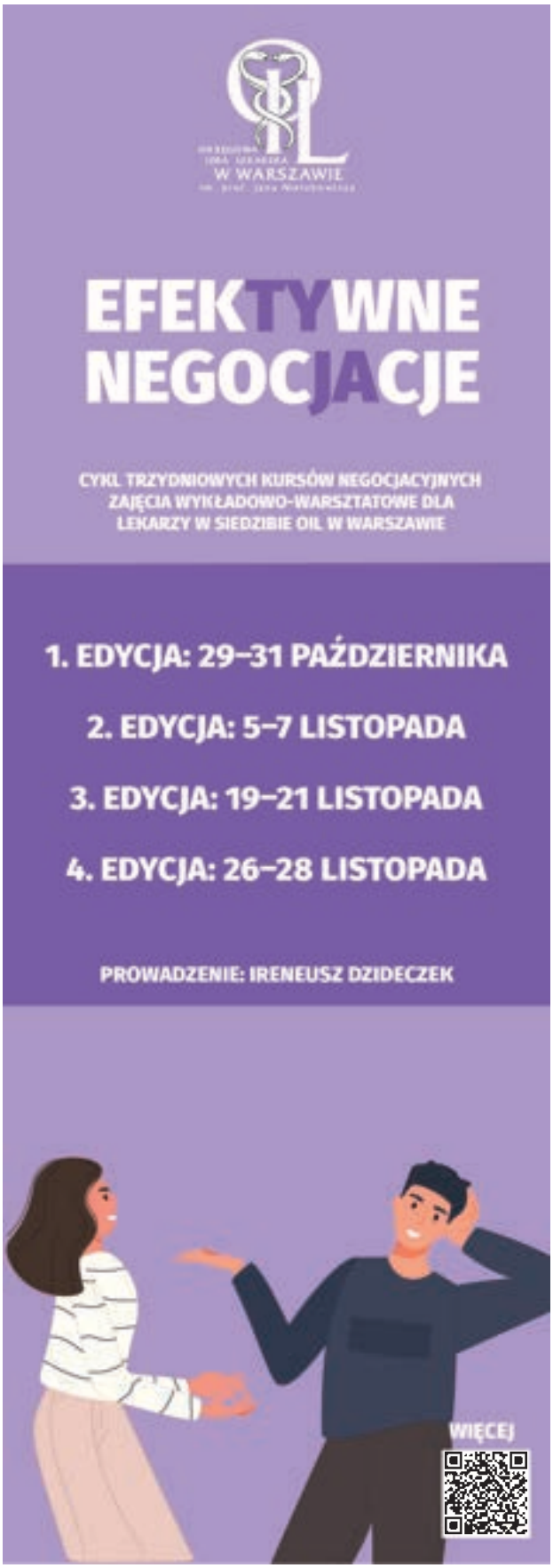
9

Tym, którzy nie mogą spać, proponujemy **„Nocne rozmowy”**. Będzie to spotkanie online, późną porą, ze specjalistą od zaburzeń snu i rytmu okołodobowego. Informacje na str. 19.

10

Przed nami druga, jesienna edycja warsztatów z komponowania posiłków na dyżur **„Cztery pory smaku”**. Spotkanie 21 października (w godz. 15.00–18.00) składać się będzie z wykładu oraz części praktycznej, podczas której uczestnicy wykorzystają świeżo zdobytą wiedzę o przygotowywaniu zbilansowanych dań. Warsztaty poprowadzi lek. Alicja Baska, dyrektor organizacyjna PTMSZ. Zapisy: skanuj kod QR.

Oprac. **Renata Jeziółkowska** i **Adrian Boguski**



Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,

ZAGŁOSUJ NA DELEGATÓW W WYBORACH!

Zaglądaj do skrzynki i nie przeocz listu z pakietem wyborczym zawierającym m.in. karty do głosowania, instrukcję oddania głosu i informacje o kandydatach. Ze względu na trwającą epidemię apelujemy o oddawanie głosów drogą korespondencyjną.

WYMAGA TO JEDYNIE WRZUCENIA DO SKRZYNKI NA LISTY KOPERTY ZWROTNEJ Z ODDANYM GŁOSEM. BEZ OPŁATY POCZTOWEJ.

Na str. 50 znajduje się harmonogram głosowania osobistego.
Zachęcamy do kontaktu z Okręgową Komisją Wyborczą w celu rozwiania wszelkich wątpliwości dotyczących wyborów. Informacji udzielamy:

- pod numerami telefonu: **22 54 28 306** (siedziba OIL w Warszawie) i **48 33 13 662** (Delegatura Radomska),
- oraz adresem e-mail: **wybory@oilwaw.org.pl**.

Okręgowa Komisja Wyborcza OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z naszej izby do udziału w wyborczych komisjach skrutacyjnych w:
- Warszawie,
- Radomiu,
- Ciechanowie,
- Siedlcach,
- Ostrołęce.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z OKW.

Więcej informacji:

W filmie „Miś" jest scena, kiedy główny bohater próbuje porozumieć się z pracownikiem brytyjskiego banku, który odmawia mu obsługi. Szybko okazuje się, że pracownicy banku prowadzą strajk, bo „mają za ciemno w pracy". „Miś" jest oczywiście filmem prześmiewczym, więc problem bankierów był celowo wydumany. Ale scena idealnie oddawała różnicę w problemach dwóch zupełnie różnych systemów społeczno-politycznych. W tym samym czasie w Polsce rodziła się „Solidarność", która strajkowała z powodów znacznie wznioślejszych. Minęło 40 lat, a w wielu miejscach wciąż owa symboliczna zbyt mała ilość światła w pracy jest problemem-marzeniem. W tym numerze „Pulsu" przedstawiamy w pigułce zagadnienie, **czy i dziś możemy tylko pomarzyć o problemach, z jakimi borykają się medycy innych nacji, czy oni mogą pomarzyć o naszych, a może wszyscy mamy podobne kłopoty?**

Nieco ponad tydzień przed rozpoczęciem protestu medyków w Polsce na Filipinach przedstawiciele zawodów medycznych wyszli na ulice, bo ciągle nie dostali obiecanych dodatków covidowych. Brzmi to znajomo, jednak jest różnica między sytuacją lekarzy na Filipinach i w Polsce. Filipiny borykają się z ogromną falą zakażeń. W tym stumilionowym kraju na początku września dzienna liczba zakażeń przekraczała 20 tys. Bezpośrednich ofiar pandemii było 33,5 tys., a łącznych zakażeń – 2 mln.

Rok temu na ulice Pretorii wyszli pracownicy medyczni oburzeni metodami walki z pandemią rządu w RPA. Szczególnie istotnym argumentem w akcji protestacyjnej była seria skandali związanych z zamówieniami publicznymi środków ochrony osobistej. Okazało się, że lukratywne zlecenia dostaw materiałów medycznych dostawali krewni i znajomi ludzi związanych z rządem i prezydentem. Medycy zwracali także uwagę na to, że kierownicy ich placówek zmuszali do pracy osoby, które nie zdążyły przejść rekonwalescencji po COVID-19.

Rzućmy okiem także na erę przedcovidową. Niemal w przededniu pandemii pracownicy medyczni w Irlandii Północnej zaprotestowali przeciwko zbyt niskim płacom i zbyt małej liczbie personelu placówek medycznych. Wielka Brytania, będąc jeszcze wówczas w Unii Europejskiej, stanowiła drugi po Polsce kraj z najniższą liczbą lekarzy na tysiąc mieszkańców. Formy protestu, na jakie zdecydowali się medycy, to m.in.: niegodzenie się na pracę w nadgodzinach i niewypełnianie dokumentacji innej niż indywidualne teczki pacjentów.

Kilka miesięcy wcześniej protestowali medycy z Francji. Komentujący strajk na łamach serwisu internetowego telewizji Euronews podkreślał, że strajk francuskich pracowników medycznych nie powinien dziwić, skoro już w całej Europie panuje przekonanie, iż Francuzi najwyraźniej lubią strajkować. Jedną z przyczyn tamtej akcji protestacyjnej było jednak niepokojące zjawisko, symptomatyczne dla całej populacji Europy – zapaść demograficzna spowodowana niskim wskaźnikiem przyrostu naturalnego. Francuski system ochrony zdrowia jest uznawany za jeden z najlepszych na świecie, a jednak i Francja zaczyna cierpieć z powodu zmniejszającej się liczby pracowników medycznych w związku ze starzeniem się społeczeństwa. To samo zjawisko skutkuje jednocześnie wzrostem popytu na usługi medyczne. Francuscy lekarze zwracali uwagę przede wszystkim na zmniejszającą się dostępność usług na terenach wiejskich, a także na wprowadzone wtedy cięcia budżetowe w sektorze zdrowotnym mogące przyspieszyć zmierzch zdrowotnego dobrobytu Francuzów.

Mniej więcej w tym samym czasie pracownicy ochrony zdrowia włączyli się zbiorowo w protesty w Hongkongu. Punktem wyjścia trwających miesiącami cyklicznych demonstracji było ograniczenie przez Pekin swobód obywatelskich mieszkańcom tego miasta, jeszcze ćwierć wieku temu należącego do Wielkiej Brytanii. Medycy zdecydowali się przyłączyć do demonstrantów na znak protestu przeciwko brutalnej reakcji władz na wystąpienia. Służby porządkowe brutalnie je tłumiły. Udział w akcji protestacyjnej przedstawicieli ochrony zdrowia stanowił ważne wsparcie dla społeczeństwa – nie tylko mentalne, ale i praktyczne, bo bezwzględne działania policji pozostawiały licznych poszkodowanych. ■

mn

Źródła: Reuters, BBC, ABC News, Euronews, „The Guardian", „The BMJ" (dawniej „British Medical Journal").

Fot. L. Zych/„Polityka"

Szkoła zawodu

PAWEŁ WALEWSKI

Młodzi lekarze chcą się kształcić przyzwoicie. Ale skąd mają czerpać wzorce, jeśli system, do którego trafią po studiach, oferuje im tak niewiele?

Protest pracowników ochrony zdrowia – wbrew temu, jak przedstawiły go media rządowe – nie ma na celu jedynie wyegzekwowania wzrostu nakładów na publiczne lecznictwo ani podwyżek pensji dla najsłabiej zarabiających medyków. To niezgoda na bylejakość, której szczególnie młodzi lekarze (ale też fizjoterapeuci, pielęgniarki, diagności) mają serdecznie dość. Pandemia jeszcze mocniej uwypukliła wszelkie niedostatki, do których starsze roczniki zdążyły się przyzwyczaić i potrafią je elegancko tolerować. Teraz zarówno pacjentom, jak i personelowi coraz częściej puszczają nerwy, gdyż pod pręgierzem stresu trudniej przymknąć oczy na nędzę i fastrygi, jakimi próbuje się zszywać porozrywany system. Raczej tylko z przyzwyczajenia nazywany systemem ochrony zdrowia. Bo o jakiej ochronie tu mowa?

Wśród pozapłacowych postulatów lekarzy warto zwrócić uwagę na nienowy przecież apel o przyciągnięcie do zawodu młodych ludzi. W obliczu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa oraz coraz większego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej liczba jej pracowników powinna w Polsce wzrosnąć do średniego poziomu w krajach OECD i Unii Europejskiej. Ale aby tak się stało, trzeba unowocześnić system kształcenia, dostosować zdobywanie specjalizacji do realnych potrzeb. Zachęcać i wspierać, a nie rzucać kłody pod nogi, obarczać papierologią, którą może wykonywać osoba bez wiedzy medycznej.

> Oby kwestie finansowe nie zaciążyły na jakości i metodach kształcenia, które w dużej części odbywa się w szczególnym miejscu, jakim jest szpital. Nie tylko na salach seminaryjnych, lecz również przy łóżkach chorych.

Na pierwszych latach studiów jeszcze nie widać tego, co czeka lekarski narybek, gdy rozpocznie staże na szpitalnych oddziałach. Ale znane jest przecież powiedzenie: *„Czym skorupka za młodu nasiąknie…"*, więc warto u progu nowego roku akademickiego postawić jeszcze raz pytanie, dlaczego większość studentów po pierwszych tygodniach zajęć na studiach lekarskich od tylu już lat dziwi się, że nikt od nich nie wymaga samodzielnego myślenia? Trafili do jeszcze jednej szkoły, czy na wyższą uczelnię? Taka edukacja, jaka jest im proponowana, może najwyżej wytrenować pamięć, lecz czy kształci charaktery?

Przemianowanie akademii medycznych na uniwersytety niewiele pomogło. Sam szyld to za mało, by kompletnie uformować lekarza, czyli wyposażyć go w wiedzę, umiejętności, ale też pobudzić empatię, zwaną inaczej wrażliwością. Z mediów branżowych można było się dowiedzieć, że za determinacją szefa Porozumienia Rezydentów, który zamieszkał w „białym miasteczku" założonym 11 września przed Kancelarią Premiera, stała choroba matki, która nie mogła w publicznym systemie lecznictwa doczekać się biopsji i operacji raka piersi. A było to przed pandemią! Jaki jest los chorych obecnie?... Nie potrafią tego zaakceptować nieobojętni młodzi lekarze. Ale czy wszyscy?

Mamy już trzecią dekadę XXI w. jednak warto nieraz nawiązać do zamierzchłej historii, kiedy obok prawa, teologii i sztuk wyzwolonych medycyna była zalążkiem i fundamentem nauczania uniwersyteckiego. Gdy w 1364 r. król Kazimierz Wielki powoływał w Krakowie Studium Generale, będące zaczątkiem Uniwersytetu Jagiellońskiego, jego nadworni lekarze od razu objęli fakultet medyczny (pobierali uposażenie w wysokości 20 grzywien). Studia trwały siedem – osiem lat, ale pierwsze dwa kandydaci na medyków spędzali na wydziale artystów, dopiero potem pięć lat kształcili się na wydziale medycznym. Również Uniwersytet Warszawski powstał w 1816 r. z połączenia utworzonych kilka lat wcześniej Szkoły Lekarskiej i Szkoły Prawa. Dziś taka symbioza też by się przydała, bo czy najbliższe roczniki absolwentów studiów lekarskich będą potrafiły poruszać się w gąszczu przepisów oraz sprostać rosnącej presji pacjentów dotyczącej podniesienia jakości świadczeń medycznych? Zresztą odpowiedzialność za tę jakość powinni ponosić politycy, a nie lekarze (zwłaszcza najmłodsi stażem).

Więcej praktyki, mniej teorii – domagają się studenci, których faszerujemy wiedzą jeszcze w taki sposób, jakbyśmy żyli w epoce co najmniej przedinternetowej. Oby kwestie finansowe nie zaciążyły na jakości i metodach kształcenia, które w dużej części odbywa się w szczególnym miejscu, jakim jest szpital. Nie tylko na salach seminaryjnych, lecz również przy łóżkach chorych. Trudno wykrzesać z siebie ideały lekarskiego powołania, gdy uczelnia musi ciąć koszty i przeistacza się w zawodówkę nastawioną na masową produkcję – szamanów czy mistrzów? ■

Fot. K. Bartyzel

Rada dobrego wujka

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

„Białe miasteczko" żyje. Próbowano je zohydzić, zrzucając na organizatorów winę za tragiczne wydarzenie, które podczas konferencji prasowej zachwiało jego równowagą – postrzelenie się starszego człowieka. Nie wiem, czy ów pan rzeczywiście miał przy sobie list pożegnalny, w którym napisał, że nie zgadza się z protestem, gdyż jest to protest polityczny. Jeżeli tak było, to niech partia rządząca zobaczy, do czego doprowadziła, skłócając ze sobą rodaków, szpikując ich głowy antagonizmami wobec innych. Będę potępiał zwaśnianie ludzi zawsze, niezależnie od tego, kto rządzi!

Ale nie o tym dziś, lecz o „białym miasteczku". Jednym z jego postulatów jest postulat finansowy, kwestia wynagrodzeń. I, jak można się było domyślić, nieważne, czy jest wymieniany wśród postulatów na początku, czy na końcu, jak mocno jest akcentowany, czy ma uzasadnienie merytoryczne. Wiadomo było, że zostanie wyciągnięty i przemielony w stylu z paska TVP: „Rezydenci żądają miliardów złotych". Politycy prześcigają się w obliczeniach i analizach, jak bardzo postulat finansowy zrujnuje finanse publiczne. Pokazują absurdalność zaproponowanych tam stawek i kwitują to słowem: niemożliwe.

Pisałem już kiedyś i wielokrotnie mówiłem, czym jest wynagrodzenie dla medyka i dlaczego powinno być godne, ba – dobre! Wystarczy zapytać polityka, czy chciałby, aby jego żonę reanimował medyk, który w strachu przychodzi do pracy, bo musi zapłacić ratę kredytu, który myśli, czy może sobie pozwolić na dodatkowe zajęcia dla dziecka, a co najważniejsze, który z powodu niskiego wynagrodzenia jest w pracy 326 godzin w miesiącu? Optyka się zmienia, choć populistyczne gadki jeszcze nie – toż linia partii i przekaz dnia musi się zgadzać.

Mam zatem radę dla wszystkich medyków, których postulaty są „nierealistyczne". Proponuję, w drodze do lepszych, akceptowalnych i godnych wynagrodzeń, aby każdy lekarz (poza tymi, którzy już mieli odwagę renegocjować swoje stawki lub po prostu od razu weszli na rynek pracy z pewnym minimum) założył na jakiś czas gabinet prywatny. Niech to będzie lekarz pracujący w szpitalu za 6750 zł brutto, które trzeba było wywalczyć, *nota bene* w poprzednim proteście. Lekarz ten jest bardzo niezadowolony, ciągle narzeka, nie wie, dlaczego tak nisko go wynagradzają, czuje, że pracodawca go nie szanuje. Ale, jak większość lekarzy, nic nie robi, by zmienić sytuację, popadł już w marazm, zakłada rano buty i idzie.

Proszę więc, Drogi Lekarzu, wejdź na wyżyny swych ambicji, weź głęboki oddech i zrób jeden mały krok – załóż gabinet prywatny, porzuć na chwilę szpital. W gabinecie ustal sobie stawkę, jaką uważasz za godną, jaką chciałbyś zarabiać. Niech to będzie 200 zł za godzinę. Zobaczysz, że ustawi się do Ciebie kolejka, bo jesteś kompetentny, empatyczny, dobry. Ludzie potrzebują się leczyć, potrzebują ciągłości. Zarabiasz już te 200 zł za godzinę. Chcesz wrócić do pracy w szpitalu, gdyż prowadzisz badania naukowe, możesz tam wykonać większy wachlarz badań lub – co najważniejsze – nie chcesz „kasować" pacjentów dodatkowo, mają przecież publiczny system opieki zdrowotnej i powinni być w jego ramach leczeni. Ale znając już swoje możliwości, renegocjuj umowę. Obniż (powiedzmy o 25 proc.) stawkę, bo nie musisz wynajmować gabinetu, zatrudniać sekretarki albo dlatego, że masz dostęp do badań. I powiedz pracodawcy, że poniżej 150 zł za godzinę do pracy nie wrócisz. Otrzymasz te pieniądze! Wkrótce otrzymają je inni! Za chwilę trzeba będzie podnieść nakłady na ochronę zdrowia, za chwilę trzeba będzie przeprowadzić prawdziwą reformę, zatrudnić sekretarki, asystentów do prac administracyjnych, bo lekarz będzie za drogi, aby kleić i numerować historie choroby. Wszystkim wyjdzie to na zdrowie! To takie proste.

Pozdrowienia!

Wujek Dobra Rada ■

Fot. archiwum

Rzecz o dialogu

MAŁGORZATA SOLECKA

Protestujący od 11 września chcą rozmawiać o konkretach. O propozycjach rządu lub możliwościach realizacji postulatów, sformułowanych i przedstawionych przez Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia. Rząd też chce rozmawiać – o tym jak, gdzie i z kim rozmawiać. Pytanie, czy te dwie proste mają szansę w pewnym momencie się przeciąć?

Minister zdrowia Adam Niedzielski nie ukrywa, w jakich warunkach toczyłby się optymalny, z jego punktu widzenia, dialog. – *W ramach Zespołu Trójstronnego mamy związek zawodowy „Solidarność", związek zawodowy OPZZ, mamy pracodawców, którzy nie uczestniczą w proteście, i my z nimi również prowadzimy dialog na temat budowania takiej ścieżki wzrostu wynagrodzeń, która będzie wykorzystywała fakt, że nakłady na zdrowie w najbliższych latach będą rosły do poziomu 7 proc. PKB* – podkreśla minister zdrowia. – *Chcieliśmy też zaprosić Komitet Protestacyjny do rozmowy trójstronnej, która będzie uwzględniała nie tylko punkt widzenia wybranej grupy znajdującej się w Komitecie Protestacyjnym, ale całości środowiska i to nie tylko środowiska po stronie związków zawodowych, ale też po stronie pracodawców, bo rozwiązania wypracowywane bez wspólnego spojrzenia bardzo często są potem kontestowane przez pozostałe strony, które w tych porozumieniach nie uczestniczą.*

Innymi słowy, minister zaprasza do dialogu w gremiach, z których organizacje pracowników ochrony zdrowia – wszystkie, a z całą pewnością reprezentujące największe, kluczowe grupy zawodowe: lekarzy, lekarzy dentystów oraz pielęgniarki i położne, są systemowo wykluczone. W każdym razie nie mogą brać udziału w rozmowach jak pełnoprawni partnerzy, gdyż nie spełniają kryterium reprezentatywności. Warto pamiętać, że rozmowy – choćby na temat projektu zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych – toczyły się od pierwszych miesięcy 2021 r. właśnie w ramach Zespołu Trójstronnego i Rady Dialogu Społecznego, a ich rezultaty (ostateczny kształt ustawy uchwalony przez Sejm) okazały się zapalnikiem niezadowolenia, którego wyrazem stała się manifestacja 11 września i „białe miasteczko" 2.0.

Oczywiście, trudno odmówić ministrowi zdrowia racji, że w rozmowach o kluczowych dla systemu zagadnieniach powinni uczestniczyć wszyscy zainteresowani. Nie można jednak nie zauważyć, że mówiąc „wszyscy", minister nie gwarantuje, że gdy przyjdzie do podejmowania decyzji, głos (znów!) będzie należał bynajmniej nie do „wszystkich", lecz do „wybranych". Tak się składa, że skłonnych do popierania – z takich czy innych względów – stanowiska rządu.

Dwa tygodnie protestu w „białym miasteczku", mimo że odbyły się dwa spotkania przedstawicieli protestujących z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem, nie przyniosły przełomu. Komitet Protestacyjno-Strajkowy nie bez racji podkreślił, że przebieg negocjacji wskazuje chęć raczej gry na czas, a nie znalezienia konstruktywnych rozwiązań. Protestujący słyszą, że należy rozmawiać „w szerszym gronie" i na pewno nie o postulatach, bo ich spełnienie kosztowałoby zbyt wiele. Ile dokładnie? Precyzyjnych danych brak, za to rzecznik Ministerstwa Zdrowia zasypuje media informacjami, jakoby miało to być *„około 100 mld zł rocznie"* lub nawet *„104 mld zł w ciągu czterech miesięcy"*. Metoda obliczeń nieznana. Gdy protestujący chcą je zweryfikować, natykają się na takie błędy, jak niewłaściwa liczba lekarzy uwzględniająca również wykonujących zawód lekarzy dentystów.

Z drugiej strony trudno nie dostrzec ofensywy ministra zdrowia wobec środowiska lekarskiego. Do rangi symbolu urasta fakt, że dokładnie w tym samym czasie, gdy wiceminister Bromber rozpoczynał rozmowy z protestującymi, Adam Niedzielski ogłaszał w Sanoku, podczas obrad Konferencji Rektorów Wyższych Szkół Niepublicznych, że te szkoły wkrótce uruchomią kierunki lekarskie. Będą kształcić nie tylko pielę-

gniarki i położne czy ratowników medycznych, ale również lekarzy.

Publicznych wyższych szkół zawodowych jest w Polsce ponad 30, działają przede wszystkim w mniejszych miastach. Mają prawo do prowadzenia studiów zarówno pierwszego, jak i drugiego stopnia, a także jednolitych studiów magisterskich. Nie mogą prowadzić studiów doktoranckich i nadawać tytułu doktora. I ważne zastrzeżenie – kształcą wyłącznie na kierunkach o profilu praktycznym.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego zapowiedź ministra oceniają jako pomysł nie tylko chybiony, wręcz niebezpieczny (przede wszystkim dla pacjentów), ale również uderzający w zawód lekarza i lekarza dentysty, a także w poziom kształcenia. Jednak można się spodziewać, że już wkrótce resort zdrowia poda w tej sprawie więcej szczegółów. 28 września Adam Niedzielski ma przedstawić posłom informację o przewidywanych zmianach w kształceniu lekarzy i pielęgniarek, a na ostatnie wrześniowe posiedzenie Sejmu zaplanowano pierwsze czytanie przepisów, które umożliwią wprowadzenie odpłatnych, ale finansowanych z państwowych stypendiów, studiów na kierunkach lekarskich, pod warunkiem odpracowania dziesięciu lat w publicznym systemie ochrony zdrowia i wyboru specjalizacji uznawanej przez rząd za priorytetową.

Zarówno „rozmowy techniczne", jak i mnożenie ważkich – fundamentalnych wręcz – tematów, które niewątpliwie przyciągają uwagę środowiska lekarskiego (i szerzej – środowisk medycznych), można traktować jak przemyślaną strategię, która ma rozwodnić sens i istotę trwającego protestu. Temu samemu służą i będą służyć kolejne informacje o zwiększaniu środków na ochronę zdrowia. Krótko po ogłoszeniu przez ministra zdrowia i prezesa NFZ nowelizacji planu finansowego funduszu o dodatkowy miliard złotych, następny miliard złotych obiecał premier Mateusz Morawiecki. Do końca roku został zaś kluczowy kwartał i można się spodziewać – przede wszystkim dzięki wyraźnie wyższemu niż zakładany (nie tylko pierwotnie, ale nawet w nowelizacji ustawy budżetowej, która trafiła do Sejmu) wzrostowi gospodarczemu (agencje ratingowe przewidują dla Polski ponad 5-proc. wzrost) – że ostatnie trzy miesiące przyniosą kolejne nieuwzględnione w planie miliardy złotych.

> To poczucie finansowego „eldorado" w ochronie zdrowia jest oczywiście złudne, bo mowa najwyżej o kilku miliardach złotych, a to kropla w morzu potrzeb i niedoszacowania publicznych nakładów na ochronę zdrowia.

To poczucie finansowego „eldorado" w ochronie zdrowia jest oczywiście złudne, bo mowa najwyżej o kilku miliardach złotych, a to kropla w morzu potrzeb i niedoszacowania publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Opinia publiczna może jednak tego nie wiedzieć (zwłaszcza że sondaże, prowadzone w czasie protestu przed Kancelarią Premiera, dowodzą, że Polacy co prawda z całego serca medyków popierają, ale większych obciążeń finansowych na ochronę zdrowia ponosić nie chcą) i po którejś z kolei enuncjacji o miliardach, płynących szerokim strumieniem do szpitali i poradni, mogą się pojawić pytania: o co im chodzi, tym protestującym? Dlaczego ciągle im mało?

Choć z drugiej strony jest równie prawdopodobne, że papierowego dobrobytu nikt nie zdąży zauważyć z powodu kolejnego już zawału systemu ochrony zdrowia, jaki może wywołać w skali krajowej lub regionalnej następna fala pandemii. Eksperci oceniają, że nie jesteśmy do niej wcale lepiej przygotowani niż do tych, które przeszły przez Polskę rok temu i na wiosnę. A sytuacji na pewno nie poprawia napięcie, w jakim pracują medycy. Ministerstwo Zdrowia i rząd zdają się jednak tego aspektu w ogóle nie brać pod uwagę. ■

Fot. R. Gardziński

Ostatni taki protest

KAROLINA KOWALSKA

Mimo że wydarzyła się tragedia, nie rezygnujemy z protestu. Robimy to dla naszych pacjentów, ale także dla naszych bliskich, którzy również są pacjentami. Będziemy protestować do skutku – zapewniają organizatorzy „białego miasteczka" 2.0.

Fot. K. Bartyzel

Zaczyna się od manifestacji 11 września 2021 r., która mimo silnej konkurencji – 20. rocznicy zamachów na nowojorskie World Trade Center i wizyty kanclerz Niemiec Angeli Merkel w Polsce – przebija się zarówno do mediów, jak i do świadomości Polaków. Sytuację w systemie ochrony zdrowia świetnie podsumowują hasła na transparentach: „Zabrać politykom – dać medykom", „19 zł to żart", „Harujemy za trzech, zarabiamy grosze", „Publiczna ochrona zdrowia kona". Niemal pięciokilometrowa rzeka medyków, płynąca od pl. Krasińskich aż przed Kancelarię Premiera, robi wrażenie na przechodniach. A wydawałoby się, że nic nie jest w stanie przyćmić wielkiej manifestacji Porozumienia Zawodów Medycznych z września 2016 r. Tym razem w pochodzie idą wszyscy – nie tylko lekarze, ale pielęgniarki, których zabrakło w 2016 r., ratownicy, od początku wakacji protestujący przeciwko głodowym wynagrodzeniom, diagności laboratoryjni, technicy, a nawet pracownicy niemedyczni. Liczniej niż dawniej wspierają ich pacjenci, którzy dawno nie mieli takich problemów z uzyskaniem pomocy medycznej jak dziś. Pierwszy raz do medyków dołączają rolnicy z Agrounii, którzy tym razem ograniczają się do niesienia transparentów.

Protestujący, których liczbę ocenia się nawet na 30 tys., zjechali ze wszystkich części Polski. – *Jesteśmy tu, bo u nas w szpitalu nie ma już kto pracować. Żebym mogła tu być, koleżanka musiała wziąć za mnie dyżur. Ale nie mogłam nie przyjechać, bo inaczej rządzący nie zrozumieją, jak jest tragicznie* – mówi technik RTG ze szpitala w małej miejscowości na południu Polski. A towarzysząca jej diagnostka laboratoryjna dodaje, że podobnie jest w laboratorium.

Żałują, że nie mogą zostać w „białym miasteczku" urządzonym w Al. Ujazdowskich na wzór tego, które w 2007 r. przed Sejmem zorganizowały pielęgniarki. Tym razem białe namioty „konsultacyjno-warsztatowe" i turystyczne – „mieszkalne" rozstawiają także lekarze, fizjoterapeuci, ratownicy, diagności i technicy RTG. Swoje stoisko mają rolnicy, częstujący w zależności od dnia jabłkami, pękami włoszczyzny i workami ziemniaków. W niedzielę, już od samego rana, schodzą się pacjenci pragnący skonsultować wyniki, zmierzyć ciśnienie i poziom cukru we krwi albo po prostu poskarżyć się na długie kolejki.

Piękna pogoda sprzyja spacerom w okolicach Łazienek. Medycy udzielają porad i tłumaczą, dlaczego sytuacja w ochronie zdrowia musi się zmienić. I zapraszają do „miasteczka" w kolejne dni, z których każdy poświęcony jest innej dziedzinie medycyny. Na pierwszy ogień idzie bodaj najbardziej palący problem i największy grzech rządzących – psychiatria, szczególnie dziecięca, która z roku na rok coraz bardziej nie nadąża z pomocą osobom w kryzysie psychicznym. – *Dzisiejszy dzień poświęcimy tematom, które zwykle zamiatane są pod dywan, m.in. samobójstwom dzieci i młodzieży* – zapowiada Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów OZZL i rezydentka psychiatrii. Gdy lek. Adam Bełda mówi o przyczynach zamachów samobójczych już nawet wśród kilkuletnich dzieci i zbyt małej liczbie psychiatrów dziecięcych, minister zdrowia Adam Niedzielski przedstawia nowego wiceministra zdrowia Piotra Brombera, który ma się zająć dialogiem, m.in. z protestującymi. Na odpowiedź nie trzeba długo czekać: – *Za pensję nowego wiceministra można sfinansować 107 godzin psychoterapii, której tak brakuje naszym pacjentom* – punktuje Anna Bazydło. Wypowiedź robi furorę w mediach.

Fot. K. Bartyzel

Poranną konferencję przerywa huk, a zaraz po nim krzyk przerażonych ludzi. Medycy rzucają się na pomoc mężczyźnie, któremu w ustach wybucha petarda. Tamują krwawienie i próbują go reanimować, zanim zabierze go karetka. Ofiara, 94-letni Stanisław M., odzyskuje funkcje życiowe, ale umiera po przewiezieniu do szpitala. Medycy odwołują wydarzenia siódmego dnia i zawieszają działalność „miasteczka" do niedzieli wieczór, gdy ogłaszają cichy protest.

Wielu korzysta z pomocy psychologicznej. Nie chodzi o makabryczny widok – do tego są przyzwyczajeni, lecz o traumę bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia w miejscu, które uważali za całkowicie bezpieczne. Boją się o życie swoje i pacjentów. Kilka osób wraca do domów.

Traumę potęguje fakt, że wielu z nich znało ofiarę. Pan Stanisław odwiedzał ich w „miasteczku", opowiadał o chorobie nowotworowej, konsultował wyniki badań. Skarżył się na kolejki do leczenia i zapewniał o wsparciu dla protestujących. Tym większym szokiem jest informacja, że zostawił list, w którym stwierdza, że jego czyn jest sprzeciwem wobec protestu.

Dzień później, w Dniu Chirurgii, goście „miasteczka" dowiadują się, jak przeprowadzić u siebie operację wycięcia wyrostka robaczkowego. Wykład prowadzony jest z przymrużeniem oka. Prezes Porozumienia Chirurgów „Skalpel" i współzałożyciel Porozumienia Rezydentów Krzysztof Hałabuz do samodzielnych operacji nie zachęca ani pacjentów, ani kolegów po fachu. Chce jedynie zobrazować tragiczną sytuację w polskiej chirurgii, w której średnia wielu lekarza to 60 lat i nic nie zapowiada zmiany, bo absolwenci medycyny nie garną się do specjalizacji zabiegowych.

Kolejne dni poświęcone są chorobom internistycznym, onkologicznym i ratownictwu. W czwartek, w Dzień Onkologii, podczas panelu poświęconego Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, medycy tłumaczą, dlaczego warto należeć do związku zawodowego. Wiceprzewodnicząca OZZL dr Grażyna Kubat-Cebula, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski i przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Wojciech Szaraniec opowiadają, co dała im działalność w związku i jak jego wsparcie pomogło im w karierze. Prezes Jankowski, syn związkowca – dr. n. med. Krzysztofa Jankowskiego ze Szpitala przy Lindleya, mówi, że działalność w związku zawodowym w jego rodzinie traktowana jest jak forma działalności społecznej, a każdy lekarz powinien być społecznikiem.

O sile związków zawodowych w swoim gronie rozmawiają też pielęgniarki i pielęgniarze, ratownicy, którzy nie przerywają protestu mimo dramatycznych doniesień o braku karetek, a także diagności laboratoryjni. Sobota 18 września ma być ich dniem – planują tłumaczyć rolę diagnosty i przeprowadzić warsztaty z diagnostyki laboratoryjnej, ale ich plany muszą ulec zmianie.

– Korzystaliśmy z pomocy psychologów i psychotraumatologów. Mówię o tym również dlatego, że chodzenie do psychiatry czy psychologa wciąż uznawane jest w Polsce za wstydliwe, szczególnie w przypadku mężczyzn – mówi Gilbert Kolbe, pielęgniarz i rzecznik „białego miasteczka". – *Choć wydarzyła się tragedia, postanowiliśmy nie rezygnować z protestu. Robimy to dla naszych pacjentów, ale również dla samych siebie, bo my też jesteśmy pacjentami. Pacjentami są także nasi bliscy.*

„Białe miasteczko" wznawia działalność w sobotę 25 września, a piękna, letnia pogoda przyciąga w Al. Ujazdowskie blisko 5 tys. osób. Medycy upewniają się, że ich walka ma sens.

– To „miasteczko" to nasza odpowiedź na niewiarę w skuteczność samych manifestacji. Żadna, największa nawet manifestacja na przestrzeni ostatnich kilku lat nie przyniosła pożądanego rezultatu w postaci rzeczywistych zmian w systemie ochrony zdrowia. Uznaliśmy więc, że potrzeba czegoś mocniejszego, dłuższego, na wzór głodówki rezydentów z 2017 r. Dopiero ona przyniosła poprawę w postaci zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i podwyżek dla lekarzy – tłumaczy Gilbert Kolbe. I zapewnia, że „białe miasteczko" będzie istniało do skutku – aż rządzący uznają postulaty Komitetu Protestacyjno-Strajkowego.

A prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski dodaje, że w proteście chodzi także o bezpieczeństwo – zarówno pacjenta,

Fotografie: archiwum

jak i personelu medycznego, który spotyka się z coraz większym hejtem ze strony antyszczepionkowców. To także reakcja na brak szacunku do medyków. *„Za ofiarną pracę w pandemii lekarze dostali oklaski i podwyżkę w wysokości... 19 zł brutto. W dodatku zupełnie nieskonsultowaną ze środowiskiem. Biały personel nie zapomniał rządowi, że w czasie pandemii traktował go jak sprzęt medyczny, decyzjami wojewody przerzucając z jednego województwa do drugiego, bez sprawdzenia, czy przenoszony nie ma pod opieką dzieci czy osób niepełnosprawnych. Ten protest to także walka o szacunek"* – precyzuje w rozmowie z „Rzeczpospolitą".

Renata Florek-Szymańska z Porozumienia Chirurgów „Skalpel" zauważa, że walka toczy się także o *no-fault*, czyli system niekarania medyków za niezawinione błędy medyczne. Ubolewa, że *no-fault*, który – zgodnie z zapowiedziami ministra zdrowia Adama Niedzielskiego – miał znaleźć się w projekcie ustawy o jakości, nie ma nic wspólnego z systemem obowiązującym np. w Szwecji i nie powstrzyma odpływu lekarzy ze specjalizacji zabiegowych. Walczą także o zmianę warunków szkolenia chirurgów, które utrudnia uzyskanie tytułu specjalisty. – *Naszym zdaniem najważniejszym z postulatów jest „bezpieczny pacjent to bezpieczny medyk"* – zgadza się z przedstawicielką „Skalpela" Artur Drobniak, członek Prezydium ORL w Warszawie i wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– *Ten protest jest po to, by władza zdjęła w końcu okulary z filtrem „nie ma problemu" i zrobiła to, czego nie zrobili jej poprzednicy. Żeby pacjenci nie umierali w kolejkach do leczenia* – podkreśla dr Florek-Szymańska.

– *Nie jesteśmy skłonni iść na kompromisy, bo niby dlaczego? Ten system rwie się w szwach!* – podsumowuje w wywiadzie dla NaTemat.pl Anna Bazydło. ■

Fot. K. Bartyzel

Protest

Prof. JERZY BRALCZYK

W słowie *protest* jest jakieś *pro-*, co sugerowałoby nastawienie pozytywne, a w zestawieniu z drugim członem, *-test*, mogłoby wskazywać na dobry stosunek do prób jako takich. To rzecz jasna złudne, zakrawa na żart, choć może pewną dialektyczność językową pokazywać. Bo dawne łacińskie *protestatio* oznaczało 'uroczyste publiczne oświadczenie', i mogło być rodzajem orędzia – wyrażało stanowisko wobec czegoś, w tym zgodę. *Protestari* to 'uroczyście oświadczać', a *protestor* było słowem performatywnym i wyrażało oświadczenie, czyli znaczyło tyle, co *oświadczam*. *Testari* – 'świadczyć' – wzięło się z rzeczownika *testis* – 'świadek'. Stąd też wiele innych słów, np. *atest* i *testament*, o znaczeniu w pewnym sensie „stanowiącym".

W polszczyźnie czasownik *protestować* mamy od XVIII w., rzeczownik *protest* pojawił się nieco później. Kiedyś kojarzył się w znacznej mierze z działaniami prawnymi, była to nazwa rodzaju aktu, mianowicie prawne zastrzeżenie, która odnosiła się do urzędowego stwierdzenia niewykupienia weksla w terminie. Taki *oprotestowany* weksel był zmorą dłużników. Dziś to znaczenie dla wielu jest przestarzałe.

Czasownik *protestować*, tak często obecnie używany do oznaczenia pewnych działań o charakterze społecznym, ma regularnie mu odpowiadający rzeczownik *protestowanie*, odnoszący się do czynności, działania, nie zaś do jego wyniku; miał też dawniej rzeczownikowy odpowiednik *protestacja*, o podobnym znaczeniu, ale bardziej uroczysty i wskazujący na większą ważność. Jest wreszcie krótki *protest*, który oznacza i działanie, i jego efekt – w postaci np. *listu protestacyjnego*, też zwanego *protestem*. Oba rodzaje bytów – i czynność, i wynik – znajdują często miejsce w historii (wtedy bywają oznaczone datami, liczbami i nazwami), a zawsze w informacjach publicznych. Bo też po to właśnie są: dają do zrozumienia, że źle się dzieje i że to się nie podoba protestującym. Bardzo nie podoba.

> Dziś protest, by był *skuteczny*, powinien być spektakularny. Przez tych, wobec których jest skierowany, bywa postrzegany jako szkodliwy, przez innych w zasadzie o wiele częściej uznawany za *uzasadniony* lub *słuszny*.

Protesty rzadko bywają *łagodne*. Słowu *protest* towarzyszy często przydawka *gwałtowny*, *ostry*, a przynajmniej *energiczny*. Z takimi *protestami* się *występuje*, czasem je *składa*, kiedyś się je raczej *zakładało* lub *wnosiło*. Może było to bardziej prawnie umocowane, ale zdawało się w mniejszym stopniu wiązać z gwałtownością czy ostrością.

Dziś protest, by był *skuteczny*, powinien być spektakularny. Przez tych, wobec których jest skierowany, bywa postrzegany jako szkodliwy, przez innych w zasadzie o wiele częściej uznawany za *uzasadniony* lub *słuszny*. Te przydawki także często *protestowi* towarzyszą w mediach.

Jako społeczny instrument nacisku jest protest coraz bardziej sankcjonowaną działalnością. I, co ważne, przeciwko protestowi trudno protestować. ■

Fotorelacja z protestu pracowników

11 września ulicami Warszawy przeszło około 30 tys. osób. W przemarszu wzięli udział lekarze i przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych, włączyli się również reprezentanci innych środowisk, którzy chcieli wesprzeć postulaty dotyczące pilnych zmian w ochronie zdrowia. Lekarze, pozostali pracownicy ochrony zdrowia i pacjenci oczekują sprawnego systemu opartego na bezpieczeństwie i zaufaniu.

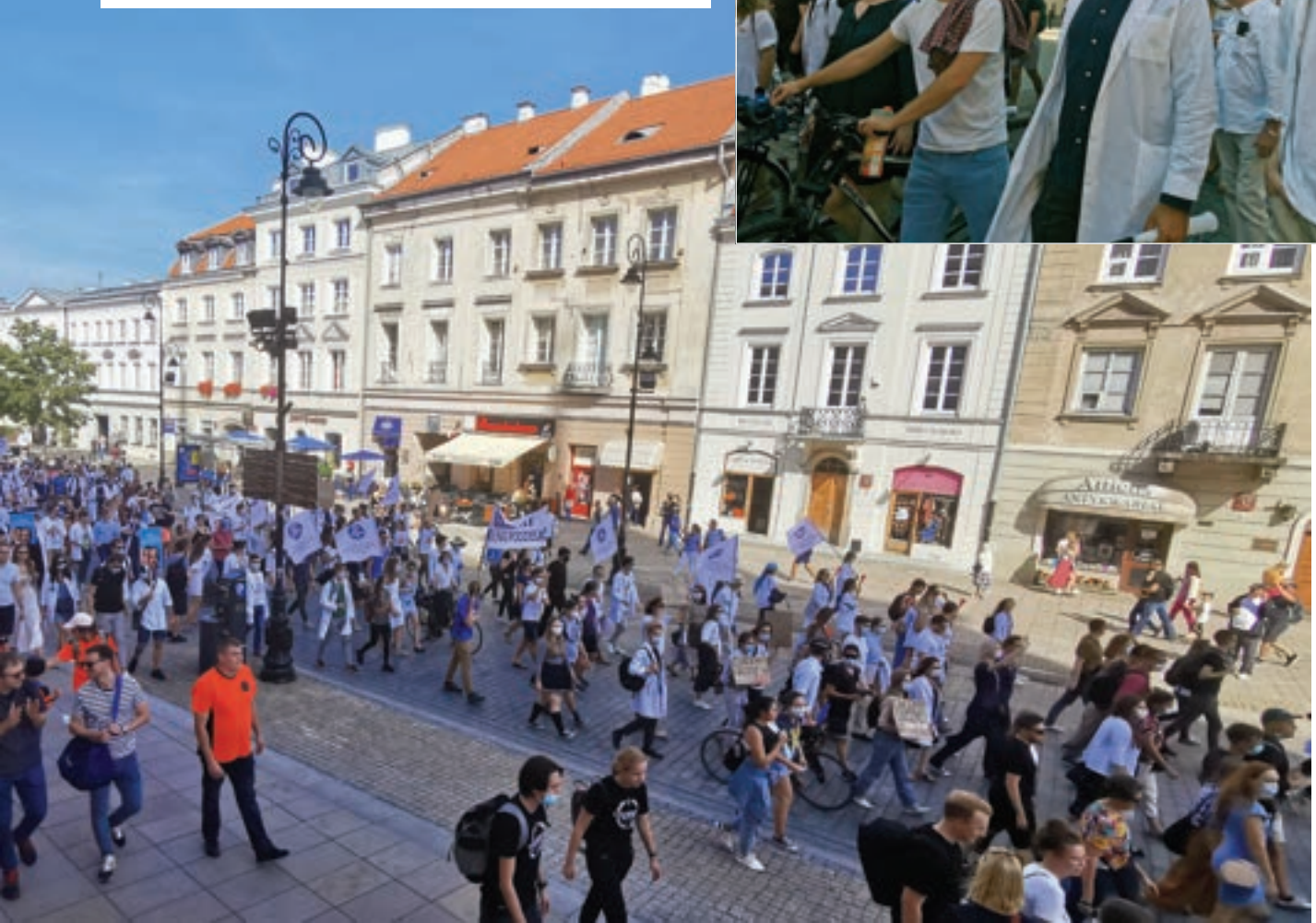
To w praktyce:
– dostępność leczenia,
– rozładowanie kolejek m.in. przez realne wsparcie lekarzy przez asystentów medycznych,
– wprowadzenie prawdziwego *no-fault*,
– uczciwy system płac.

Takie m.in. postulaty wybrzmiewają w kontekście protestu.

Manifestacja ruszyła z pl. Krasińskich, przeszła przed Ministerstwo Zdrowia, a następnie przed Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, gdzie powstało „białe miasteczko". Instytucje były odgrodzone barierkami, nikt ze strony rządowej nie podjął dialogu.

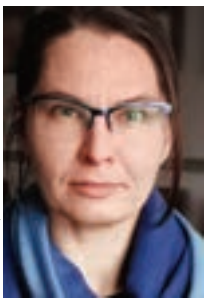
Nasza izba wraz z Regionem Mazowieckim OZZL włączyła się w protest pod hasłem „Jakość w miejsce bylejakości". ■

rj



ochrony zdrowia

Fotografie: K. Bartyzel



Fot. K. Bartyzel

Walka o zdrowie

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Przygotowując wystąpienie na konferencję o najnowszych trendach w psychiatrii na świecie, obejrzałam ponad 20 godzin wystąpień z dorocznego zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association Annual Meeting 2021) powiązanych z różnymi aspektami zdrowia psychicznego lekarzy. Przestudiowałam dziesiątki slajdów o stresie, pandemii, traumie, wypaleniu, depresji, samobójstwach, różne pomysły na lepsze rozumienie i wspieranie dobrostanu psychicznego medyków, a wszystko w czasie, gdy nasze oczy zwrócone są na „białe miasteczko" 2.0.

Miałam napisać tekst nawiązujący do protestu, o tym, jak potrzebna jest nam rozmowa z pacjentami, pokazywanie naszej perspektywy, mówienie o postulatach, które są i dla nas, i dla nich. (Właściwie to nie „ich", bo my też pacjentami jesteśmy albo będziemy.) Że to nasza wspólna sprawa. I jak bardzo czuło się to w „miasteczku" podczas zorganizowanych tam paneli, wykładów i zwykłych rozmów. Miało być wspólnie, ramię w ramię, niemal sielankowo.

Tragiczne wydarzenie z sobotniego poranka brutalnie przerwało idylliczny nastrój, burząc dotychczasowy porządek. Zaplamione krwią fartuchy młodych lekarzy można uprać, trudniejsza sprawa z ich poranionymi traumą umysłami. Zastanawiam się, czy ten dzień odmieni pełnych młodzieńczego zapału i entuzjazmu protestujących? W kolejnych godzinach wraz z psycholog, interweniującą w wypadku nagłego kryzysu, zrobiłyśmy na miejscu, co się dało, by wesprzeć świadków i uczestników wydarzenia. Niestety, mam świadomość, że mimo to u części obecnych, szczególnie tych, którzy nie uczestniczyli bezpośrednio w ratowaniu poszkodowanego, prawdopodobnie rozwiną się objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Jeśli znamy osoby, które tego tragicznego dnia były w „białym miasteczku", bądźmy uważni i reagujmy, jeśli coś nas będzie niepokoić. Bądźmy obok.

Jeden z prelegentów zamorskiej konferencji poruszająco przedstawił etapy, przez które przechodzi część lekarzy w przebiegu swojej drogi zawodowej. Zaczynamy jako pełni entuzjazmu, altruizmu, empatii i energii młodzi adepci medycyny, zmotywowani do nauki i pracy, idealistycznie patrzący na świat. Czasem naiwni, trochę wystraszeni i niepewni, ale też podekscytowani, głodni wiedzy i doświadczeń. Potem przychodzi szara, żmudna, frustrująca codzienność z poczuciem bezsilności, przytłoczenia ogromem lekarskich i nielekarskich zadań, wielką odpowiedzialnością, wrażeniem bycia pionkiem w bezdusznej machinie, bez wpływu na cokolwiek. Dopada nas wyczerpanie fizyczne i psychiczne, zniechęcenie, stajemy się rozdrażnieni, czasem cyniczni. Wydaje nam się, że nasza praca nie ma sensu i nikogo nie obchodzi, czy jesteśmy dobrymi lekarzami. Zdarza się, że żałujemy wyboru kierunku studiów, myślimy o odejściu od medycyny. To stadium wypalenia. Jeśli do niego dojdziemy, zadbajmy o siebie, szukajmy odpoczynku, wsparcia bliskich. Spotkania z psychoterapeutą mogą okazać się potrzebne, by znaleźć sposoby na odbudowanie odporności psychicznej. W walce z wypaleniem zawodowym metody nakierowane na pomoc jednostce mają udowodnioną skuteczność, jednak wiemy, że lepsze efekty przynosi interwencja na poziomie organizacyjnym, poprawiająca warunki i atmosferę pracy, pozwalająca odzyskać poczucie wpływu i sensu.

A co się stanie, jeśli nie zrobimy nic? Będzie coraz gorzej. Możemy stopniowo osunąć się w bezsenną otchłań znieczulenia, odrętwienia, odcięcia, psychicznego paraliżu, poczu-

cia, że nie tyle praca, ile całe nasze życie jest bezwartościowe, bez sensu, że nie ma nadziei na cokolwiek lepszego. Taki stan to zdecydowanie więcej niż wypalenie i nie ma szans, by minął bez fachowej interwencji. Jeśli pojawiają się nam w głowie fantazje o znikaniu, myśli, że innym byłoby łatwiej bez nas, to znaczy, że nadszedł moment, kiedy bezwzględnie potrzebujemy natychmiastowej pomocy. Możemy poszukać jej sami, poprosić kogoś zaufanego, by pomógł ją nam zorganizować, a w nagłych okolicznościach, jeśli boimy się o siebie, skorzystać z pomocy medycyny ratunkowej. Podobnie, gdy zachowanie lub wypowiedzi kolegi lub koleżanki nas niepokoją, gdy martwimy się, że dzieje się z nim albo z nią coś złego, nie wahajmy się zaproponować pomocy w dotarciu do specjalisty.

Zawędrowałam myślami w czarne meandry depresyjnych stanów, a przecież planowałam pisać optymistycznie. Młodzi z „białego miasteczka" mają zapał do walki. A walczą także w naszym imieniu o nie byle co, bo o taki medyczny świat, w którym nie będziemy przypłacać swojego zaangażowania wypaleniem. O system, który jest dobry dla pacjentów i dla nas, lekarzy, który nas nie antagonizuje, gdyż bez współpracy obu stron trudno o optymalne leczenie. To sprawa nas wszystkich, niezależnie od tego, gdzie pracujemy, koniec końców wszyscy jesteśmy albo będziemy pacjentami.

To sprawa nas wszystkich, niezależnie od tego, gdzie pracujemy, koniec końców wszyscy jesteśmy albo będziemy pacjentami.

Nota bene bycie pacjentem (np. psychoterapeuty) może być dla lekarza dobrym, rozwijającym, dającym ulgę doświadczeniem. Nie musimy ze wszystkim radzić sobie sami.

Czytam ten tekst i widzę, że jest bardzo daleki od ideału – mało w nim „profesjonalnej" chłodnej rzeczowości, za to pełno nie do końca poukładanych myśli i emocji. Można wyczuć, że autorka jest poruszona tym, co się wydarzyło i o czym pisze. Mam tego świadomość i tak to zostawiam. Nawet jeśli jesteśmy lekarzami, to jesteśmy przede wszystkim ludźmi z krwi i kości, i – niezależnie od tego, jak bardzo chcielibyśmy temu zaprzeczać – reagujemy na to, co nas spotyka, emocjami. ■

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

JAKOŚĆ W MIEJSCE BYLEJAKOŚCI

RELACJA Z KONFERENCJI EKSPERCKIEJ

– Minister zdrowia Adam Niedzielski odmówił udziału w dyskusji, ale mam nadzieję, że wnioski z niej dotrą do ministerstwa – stwierdził prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, otwierając konferencję zorganizowaną wspólnie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie i Region Mazowiecki OZZL. Rozmowa była skoncentrowana na nakładach na ochronę zdrowia, problemie kolejek, jakości opieki zdrowotnej. Było to jedno z działań izby wspierających przeprowadzoną 11 września manifestację medyków.

Fotografie: K. Bartyzel

My, lekarze, mówimy na co dzień językiem problemów: jaka jest sytuacja w ochronie zdrowia, na co brakuje pieniędzy. Ale nie mamy podbudowy ekonomicznej, by ocenić, ile środków trzeba będzie przeznaczyć na ochronę zdrowia w kolejnych latach. Stąd pomysł tej dyskusji, tym bardziej że minister zdrowia Adam Niedzielski jest doktorem nauk ekonomicznych – dodał prezes Jankowski. Rzecznik prasowa OIL w Warszawie Renata Jeziółkowska wyjaśniła, że szef resortu był zaproszony na debatę, ale z zaproszenia nie skorzystał, tłumacząc się innymi obowiązkami służbowymi.

W dyskusji uczestniczyli: lek. Łukasz Jankowski – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, lek. Agnieszka Serwan-Hałabuz – członek Prezydium ORL w Warszawie i przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL, oraz eksperci: dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka – dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego, Maria Libura – ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. Zdrowia, prof. dr hab. n. ekon. Witold Orłowski z Uczelni Vistula, Andrzej Sadowski – prezydent Centrum im. Adama Smitha, członek Rady Naukowej PZU Zdrowie S.A., przewodniczący rady Fundacji „Razem w chorobie" oraz Jan J. Zygmuntowski z Akademii Leona Koźmińskiego i Polskiej Sieci Ekonomii. Konferencję prowadziły rzecznik OIL w Warszawie Renata Jeziółkowska i Anna Gołębicka – strateg komunikacji i zarządzania związana z Centrum im. Adama Smitha.

Agnieszka Serwan-Hałabuz podkreśliła, że jako działaczka związku zawodowego patrzy na ochronę zdrowia jak na grupę pracowników medycznych i niemedycznych. – *Oni wszyscy razem 11 września wyjdą na ulicę, bo chcą walczyć o godność swoją i swoich pacjentów. Nie chcą pracować w źle zarządzanym systemie* – powiedziała. Dramatyczną sytuację kadrową polskiej ochrony zdrowia opisała danymi statystycznymi Anna Gołębicka, zwracając uwagę, że na tysiąc mieszkańców naszego kraju przypada tylko sześciu pracowników medycznych różnych zawodów: – *Średnia w krajach OECD wynosi około 10 osób na tysiąc mieszkańców, a rekordowa pod tym względem Norwegia ma ich aż 20.*

> Od dekad poszukujemy odpowiedzi na pytanie, czy zwiększać nakłady na ochronę zdrowia, czy raczej skupić się na naprawie jej struktury.

Andrzej Sadowski z Centrum im. Adama Smitha zauważył, że mamy w Polsce kadry medyczne zaliczane do najlepszych na świecie. – *Nakłady proporcjonalnie do naszego dobrobytu nie są najmniejsze. W przepływie środków między świadczeniobiorcami i świadczeniodawcami przeszkadza chory system* – stwierdził. Natomiast dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka zwróciła uwagę, że od dekad poszukujemy odpowiedzi na pytanie, czy zwiększać nakłady na ochronę zdrowia, czy raczej skupić się na naprawie jej struktury. – *Nie ma możliwości podniesienia efektywności systemu bez zwiększenia nakładów i inwestycji* – przekonywała. W dalszym ciągu dyskusji dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego mówiła o podstawowej wadzie systemu ochrony zdrowia: – *Oparliśmy go na medycynie naprawczej, a efektywny system to taki, który najpierw chroni zdrowie, a dopiero potem je naprawia*.

Maria Libura podkreśliła, że nie ma gwarancji, iż zwiększenie nakładów, nawet znaczne, wywoła pozytywne zmiany, które odczują obywatele, jeśli nie będzie wsparte właściwymi działaniami dla dobra pacjenta. – *Przykładowo w USA gigantyczne środki są przeznaczane na ochronę zdrowia, ale funkcjonujący tam system nie jest nastawiony na zaspokajanie potrzeb pacjentów. Inflacja kosztów zdrowotnych powoduje, że świadczenia tanie w UE czy Kanadzie są nieosiągalne dla pacjenta w USA* – argumentowała. Ekspertka zwróciła też uwagę na pewien paradoks: – *Specyficzne rankingi agencji Bloomberga dotyczące efektywności ochrony zdrowia pokazują, że polski system można uznać – przy zastosowaniu odpowiednich miar – za bardzo efektywny. Dlatego, że jest taki tani, a my i tak żyjemy stosunkowo długo. I chcę tutaj bardzo mocno podkreślić, że to się udawało przez wiele lat tylko dzięki olbrzymiemu wysiłkowi personelu medycznego.*

Niedostatki organizacyjne w ochronie zdrowia wynikające z wadliwych działań państwa wskazał prof. Witold Orłowski: – *Główne zadanie ubezpieczyciela to limitowanie świadczeń, optymalne wykorzystanie istniejących zasobów. Pieniądze muszą być wykorzystywane maksymalnie efektywnie. W naszym systemie ta zasada nie jest przestrzegana. Mamy płatnika, który nad niczym nie panuje*. Zdaniem ekonomisty system nie działa właściwie, bo przez ponad 30 lat funkcjonowania nowego ustroju polityczno-ekonomicznego w Polsce nie została przeprowadzona prawdziwa reforma ochrony zdrowia. – *Samo słowo „reforma" jest już skompromitowane przez ludzi, który nazywali tak każde kosmetyczne zmiany. Nie mówmy więc o reformach. Mówmy o budowie systemu od nowa* – zaapelował.

Pewne rozwiązania zaproponował Jan J. Zygmuntowski. – *Wypychanie ludzi na samozatrudnienie to ślepa uliczka. Trzeba wrócić do holistycznego spojrzenia na ochronę zdrowia, tymczasem teraz nie zatrudniamy medyków, tylko wydajemy pieniądze na pośredników* – stwierdził. Ekspert Polskiej Sieci Ekonomii zwrócił uwagę, że nawet kiedy prowadzi się działania w słusznym kierunku, są one niekonsekwentne: – *W budowanym aktualnie systemie elektronicznej dokumentacji medycznej brakuje interoperacyjności.*

> System nie działa właściwie, bo przez ponad 30 lat funkcjonowania nowego ustroju polityczno-ekonomicznego w Polsce nie została przeprowadzona prawdziwa reforma ochrony zdrowia.

Pacjent nie może ingerować w dane, dodawać np. leczenia prywatnego, własnych obserwacji, a bez tego nie ma pełnej wiedzy o chorym i kosztach jego leczenia. Andrzej Sadowski poruszył natomiast kwestię oceny jakości pracy medyków. – *W raporcie, którego byłem współtwórcą, pojawił się postulat, by wprowadzić system społecznej oceny pracy lekarzy. Trudno oczekiwać, że system kontrolowany przez państwo będzie wyrafinowany, a ocena na podstawie arbitralnych wskaźników sprawiedliwa* – zaznaczył prezydent Centrum im. Adama Smitha.

Kończąc dyskusję, uczestniczący w niej lekarze stwierdzili, że rozmowa o wydatkach na ochronę zdrowia często skupia się na wysokości wynagrodzeń. – *Lekarz wykonuje wiele nie swojej pracy. Dlatego musimy sobie odpowiedzieć nie tylko na pytanie, ile płacić lekarzom, ale za co konkretnie powinniśmy im zapłacić* – mówił prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski. Wtórowała mu Agnieszka Serwan-Hałabuz, przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL. – *Jest takie powiedzenie: lekarz to najtańsza sekretarka w szpitalu, bo wykona pracę sekretarki za darmo i po godzinach. Mamy mnóstwo biurokratycznej pracy, której wykonywać nie powinniśmy. Nasz potencjał jest marnowany* – skonstatowała. ■

Michał Niepytalski

KONFERENCJA „Polki w medycynie 2021”

– W medycynie wciąż widoczny jest brak kobiet szefów. Kilka dni temu uczestniczyłam w konferencji naukowej poświęconej mojej dziedzinie medycyny, która jest ekstremalnie sfeminizowana. Odbywał się panel za panelem, a wśród dyskutantów nie było ani jednej kobiety. Podczas rekrutacji ciągle wiele z nas słyszy pytania o plany prokreacyjne – tak o przeszkodach na drodze rozwoju zawodowego, na jakie napotykają kobiety w polskiej medycynie, mówiła współtwórczyni inicjatywy „Polki w medycynie” lek. Małgorzata Osmola, podczas konferencji naukowo-warsztatowej zorganizowanej 11 września we współpracy z naszą izbą.

Ta konferencja stanowi przykład dobrej współpracy. Z ciekawym pomysłem zwróciła się do izby grupa aktywnych lekarek, a my ten pomysł wsparliśmy i pomogliśmy zrealizować. Zachęcamy do zgłaszania się z oddolnymi inicjatywami na rzecz środowiska, bo izba jest dobrą przestrzenią do dyskusji i spotkań – powiedziała rzecznik prasowa OIL w Warszawie Renata Jeziółkowska, inaugurując spotkanie.

– Warto działać razem, żeby poprawić warunki pracy. Cieszę się, że OIL w Warszawie wspiera tę inicjatywę – podkreśliła Małgorzata Osmola. Jako pierwsza zabrała głos prof. Beata Tarnacka, szefowa Kliniki Rehabilitacji WUM i Kliniki Rehabilitacji Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Opowiedziała o różnych aspektach kierowania kliniką – leczniczym, dydaktycznym i naukowym. Chirurg Małgorzata Nowosad stwierdziła, że kobiety powinny, mimo wielu trudności, jakie je czekają, decydować się na specjalizacje zabiegowe. *– Jeśli same nie będziemy dbać o własny rozwój, nikt o nas nie zawalczy* – podkreśliła. Przybliżyła też działalność fundacji „Kobiety w chirurgii”, którą kieruje. Ligia Kornowska, dyrektor zarządzająca Polskiej Federacji Szpitali, odpowiedziała zaś na pytanie, czy da się połączyć wykonywanie zawodu lekarza z byciem menedżerem. Położna Anna Kotlińska opowiadała natomiast o szkoleniach zagranicznych, ich organizacji i finansowaniu podczas studiów medycznych.

Drugą część dyskusji, poświęconą środowisku pracy, poprowadziła lek. Klaudia Gutowska. *– Zespół ludzi w pracy jest jak załoga statku. To, kim się otaczamy, buduje nas samych – nasz charakter i nasze życie* – przekonywała. Jak uniknąć wypalenia zawodowego, tłumaczyła psychiatra Magdalena Flaga-Łuczkiewcz: *– Możemy dbać o siebie – o odpowiednią ilość snu, właściwe odżywianie, poznawanie siebie, swoich mocnych stron i słabości itp., ale to tylko jedna z kilku płaszczyzn radzenia sobie z wypaleniem zawodowym. Inne to np. wybór miejsca pracy i jej rodzaju.* Internistka Agata Malenda opowiedziała o powrocie do pracy po urlopie macierzyńskim. Komunikacji w zespole swoje wystąpienie poświęciła psycholog Ilona Stankiewicz. Zawiłości prawne wykonywania zawodów medycznych objaśniały prawniczki Aleksandra Powierża i Karolina Podsiadły-Gęsikowska. Dietetyczka Justyna Wąsik mówiła o nawykach żywieniowych i sposobach kształtowania tych dobrych.

Odbyły się także warsztaty poświęcone przygotowaniu wartościowego posiłku na dyżur, poprowadzone przez lek. Alicję Baskę, oraz prelekcja Anny Kotlińskiej dotycząca laktacji. Dzięki uprzejmości całego zespołu przychodni MAG Centrum Zdrowia uczestniczkom konferencji zapewniono bezpłatne badania: USG piersi, USG ginekologiczne i cytologię.

Inicjatywa „Polki w medycynie” powstała dzięki grupie lekarek, które walczą o prawa kobiet w medycynie i wspierają rozwój zawodowy kobiet w ochronie zdrowia. ■ ***mn***

Fotografie: M. Niepytalski

Mistrzowskie ringo

11 września w Warszawie na stadionie GKS „Świt", równolegle z 20. Memoriałem Włodzimierza Strzyżewskiego, rozegrano XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo.

Rozgrywki sponsorowane były przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, Naczelną Izbę Lekarską oraz Polskie Towarzystwo Ringo.

Rywalizacja toczyła się jednocześnie na czterech boiskach. Zawodnicy, reprezentujący siedem okręgowych izb lekarskich, zostali podzieleni na grupy według wieku, płci i profesji. Warto podkreślić, że w tegorocznych mistrzostwach utworzono również kategorię superseniorów.

Medale zdobyło 36 uczestników. W punktacji łącznej zwyciężyli reprezentanci Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przed OIL w Gdańsku i OIL w Łodzi.

W grze pojedynczej kobiet wygrały dwie reprezentantki OIL w Warszawie: Alesia Venhura (kategoria młode lekarki) oraz Krystyna Anioł-Strzyżewska (kategoria lekarki seniorki). W grze pojedynczej mężczyzn reprezentujący naszą izbę Marek Warecki zajął drugie miejsce w kategorii seniorów.

W rywalizacji drużynowej zwyciężyli: Alesia Venhura (OIL w Warszawie) i Renata Biniewicz (OIL w Łodzi) w kategorii drużyn kobiecych, Mateusz Brodziński (OIL w Warszawie) i Sławomir Biniewicz (OIL w Łodzi) w rywalizacji drużynowej mężczyzn oraz Krystyna Anioł-Strzyżewska (OIL w Warszawie) i Janusz Siejka (ŚILw Katowicach) w zmaganiach drużyn mieszanych. ■ ***ab***

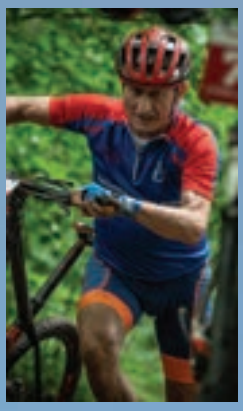
Medale i OIL Sport Event

Komisja Sportu ORL w Warszawie przyznała nagrody w ramach programu OIL Sport Mistrz przeznaczonego dla wybitnych lekarzy-sportowców z naszej izby. Nad Bałtykiem natomiast odbył się obóz kitesurfingowy współfinansowany przez izbę w ramach programu OIL Sport Event.

Każdy wyróżniony sportowiec otrzymał nagrodę w wysokości 2 tys. zł. Komisja Sportu uhonorowała wszystkich zgłoszonych kandydatów. – *Mam nadzieję, że kolejne edycje programu będą cieszyły się coraz większym zainteresowaniem, a izba będzie postrzegana jak instytucja wspierająca sportowe sukcesy lekarzy* – powiedział Krzysztof Herman, przewodniczący Komisji Sportu.

Oto lista nagrodzonych:

- Katarzyna Luterek – narciarka, wielokrotna zwyciężczyni Mistrzostw Polski Amatorów oraz Mistrzostw Polski Lekarzy w slalomie, slalomie gigancie i supergigancie,
- Aleksandra Piechuta – sprinterka, medalistka Mistrzostw Polski Lekarzy w biegach na 100 m, 200 m i trójboju sprinterskim,
- Grzegorz Stokłuska – kolarz, uczestnik ogólnopolskich zawodów kolarskich Cisowianka Mazovia MTB Marathon, zwycięzca w kategorii wiekowej 65 plus.

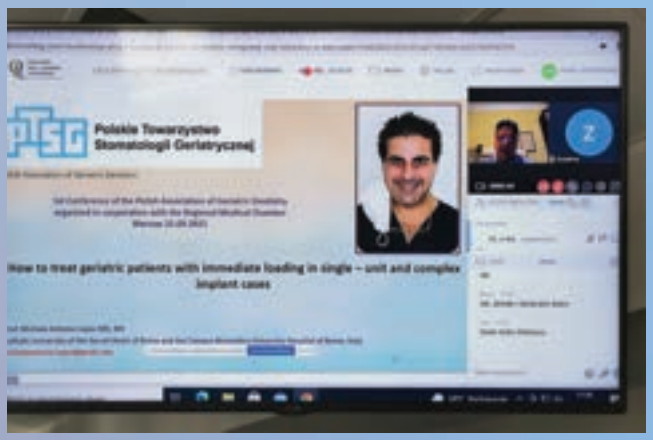


Fotografie: archiwum

Natomiast w Chałupach na obozie kitesurfingowym (4–11 września) lekarze naszej izby mieli okazję zapoznać się z tym sportem oraz udoskonalać swoje umiejętności pod okiem licencjonowanych instruktorów. Każdy uczestnik obozu odbył 10 godzin indywidualnych lekcji, według standardów International Kitesurfing Organization 1:1. Na zakończenie kursu wszyscy otrzymali certyfikaty IKO. ■ ***mn***

Podnosimy kwalifikacje

25 września odbyła się wspólna konferencja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej i Komisji ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Podczas wykładów poruszono m.in. kwestie standardów i charakterystyki leczenia stomatologicznego pacjenta onkologicznego oraz współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie osoby w wieku senioralnym a lekarzem dentystą.



Konferencję otworzyli i zapowiedzieli serię wykładów dotyczących najważniejszych wyzwań stomatologii geriatrycznej prezes PTSG, prof. GUMed dr hab. Barbara Kochańska i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów, wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. Dariusz Paluszek.

Prelekcje wygłoszone podczas pierwszej sesji przez polskich ekspertów w zakresie leczenia stomatologicznego dotyczyły: wyzwań gerostomatologii w Polsce w świetle aktualnych danych epidemiologicznych (prof. dr hab. Agnieszka Mielczarek), standardów stomatologicznej opieki senioralnej (dr hab. n. med. Magdalena Nowosielska) oraz najczęściej występujących zagrożeń zdrowotnych dla pacjentów w starszym wieku, podejmujących leczenie stomatologiczne (dr hab. Barbara Kochańska, dr n. med. Justyna Barwińska-Płużyńska).

W drugiej i trzeciej części konferencji oprócz polskich specjalistów brali udział goście z zagranicy. Drugą część poświęcono: implantom pacjentów (prof. Michele Antonio Lopez), regeneracji wyrostka zębodołowego u pacjentów z grup ryzyka (prof. Pier Carmine Passarelli), wybranym problemom leczenia endodontycznego (prof. dr hab. Mariusz Lipski) oraz sposobom rozpoznawania kanałów sklerotycznych (prof. Nicola Grande).

Podczas trzeciej części, dotyczącej pacjentów w podeszłym wieku, skupiono się na problemach: terapii antyresorpcyjnej (lek. dent. Hanna Sobczak), przygotowania stomatologicznego do chemioterapii przeciwnowotworowej (dr n. med. Agnieszka Bogusławska-Kapała), podejścia periodontologicznego (prof. Andrea Pilloni) oraz diagnozy i interdyscyplinarno-ortodontycznego planu leczenia uśmiechu dziąsłowego (prof. Paolo Manzo).

W konferencji inaugurującej współpracę PTSG z Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie udział wzięło około 300 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. ■ ***ab***

Własny gabinet

Organizowane przez OIL w Warszawie szkolenie „Gabinet lekarski – od pomysłu do pierwszego pacjenta" cieszyło się dużym zainteresowaniem medyków. W kursach online oraz stacjonarnych, prowadzonych od 13 do 18 września, uczestniczyło ponad 600 osób. Podczas wykładów, dotyczących m.in. rejestracji praktyki, prowadzenia działalności gospodarczej, finansowania, organizowania własnego gabinetu, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz aktywności lekarzy w social mediach i komunikacji z pacjentem, uczestnicy zadawali prowadzącym wiele pytań oraz chętnie dzielili się spostrzeżeniami. Tuż po szkoleniu zgłosili się zainteresowani kolejnym kursem. ■ ***ab***

Kto, jeśli nie my?

Fot. A. Boguski

I Konferencja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej organizowana razem z Komisją ds. Lekarzy Dentystów zapoczątkowała jedyną dotąd w Polsce tego rodzaju współpracę towarzystwa naukowego z samorządem lekarskim. O celach konferencji, wspólnych planach ORL i PTSG oraz kolejnych spotkaniach poświęconych istotnym zagadnieniom leczenia stomatologicznego pacjenta obciążonego opowiadają prof. **Barbara Kochańska**, prof. **Agnieszka Mielczarek** oraz dr n. med. **Dariusz Paluszek**.

Skąd pomysł konferencji poświęconej stomatologii geriatrycznej?

Prognozy demograficzne wskazują, że w najbliższym czasie seniorzy będą stanowili bardzo istotny odsetek pacjentów stomatologicznych. Osoba w starszym wieku często obciążona jest wielochorobowością i polifarmakoterapią, wymaga specyficznego podejścia do profilaktyki i terapii. Opiekujący się nią lekarz dentysta musi mieć ogromną wiedzę. Chcemy zachęcić nie tylko lekarzy dentystów, lecz także lekarzy rodzinnych, internistów, kardiologów, diabetologów, onkologów oraz opiekunów seniorów do pogłębiania wiedzy o leczeniu pacjentów obciążonych. Chcemy scalić to środowisko, żeby opieka medyczna nad takim pacjentem była jak najefektywniejsza – powiedziała prof. Agnieszka Mielczarek, wiceprezes PTSG.

Jakie korzyści wynikają ze współpracy Komisji ds. Lekarzy Dentystów z PTSG?

Korzyści są obopólne, ponieważ towarzystwo może działać prężniej dzięki temu, że ma dostęp do szerszego grona lekarzy. Komisja natomiast ma okazję podsuwać nam pewne zagadnienia akcentowane przez lekarzy pracujących w terenie, w gabinetach stomatologicznych, wskazywać tematy istotne dla środowiska, sugerować, czego lekarze chcieliby się dowiedzieć. Wówczas możemy wyjść naprzeciw tym oczekiwaniom, proponować konferencje tematyczne i ukierunkowane programy edukacyjne – stwierdziła prof. Barbara Kochańska, prezes PTSG.

Jakie są plany na przyszłość?

Z panią prof. Mielczarek opracowaliśmy wstępny kilkuletni plan współpracy, który dotyczy m.in. programów leczenia stomatologicznego pacjentów diabetologicznych, onkologicznych i kardiologicznych. Podjęliśmy duży wysiłek. Jestem jednak optymistą i myślę, że razem zrealizujemy zamierzenia. Dzisiejsza konferencja ma zasięg ogólnopolski. Prelekcje wygłosiło pięciu włoskich profesorów z wiodących ośrodków akademickich, którzy są jednocześnie doświadczonymi lekarzami praktykami. Ze środowiska dochodzą głosy, że stomatolodzy są takimi inicjatywami bardzo zainteresowani – podkreślił przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL. ■

Rozmawiał **Adrian Boguski**

Koleżanki i Koledzy, kolejnym etapem realizowania naszej misji edukacyjnej, dotyczącej leczenia pacjentów obciążonych, jest zbliżająca się konferencja o roli stomatologa w leczeniu onkologicznym. Pierwsza jej część będzie miała charakter ogólny. W drugiej zamierzamy mówić o różnych dziedzinach stomatologii w leczeniu pacjenta onkologicznego, m.in. o protetyce, stomatologii zachowawczej, chirurgii, endodoncji. Zapraszam wszystkich na konferencję organizowaną przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów i Narodowy Instytut Onkologii, która będzie wstępem do naszej wieloletniej współpracy. Szczegóły znajdziecie na plakacie obok.

Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Komisja dn. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

ZAPRASZAMY NA SZKOLENIE:

„Rola lekarza dentysty w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nowotworów głowy i szyi oraz opiece stomatologicznej nad pacjentem onkologicznym przed leczeniem przeciwnowotworowym, podczas leczenia i po nim". Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Program kursu

Część pierwsza: 9 października 2021 r., godz. 10.00–15.00

10.00–10.10 „Nowotwory głowy i szyi – stan obecny" – dr hab. n. med. Joanna Didkowska, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

10.10–10.25 „Dowody naukowe skuteczności profilaktyki nowotworów w gabinecie lekarza dentysty" – dr Mark Parascandola, National Cancer Institute, USA. Wykład w języku angielskim z polskimi napisami

10.25–11.25 „Opieka stomatologiczna nad pacjentem onkologicznym przed, w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym – wprowadzenie" – dr n. med. Jakub Zwoliński, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

11.25–11.40 „Aspekty prawne i organizacyjne – zakres możliwości postępowania lekarza dentysty" – dr n. med. Dariusz Paluszek, Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, mec. Sebastian Stykowski

11.40–12.15 „Komunikacja z pacjentem z podejrzeniem choroby nowotworowej" – dr Mariola Kosowicz, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

12.15–12.35 „Minimalna interwencja antynikotynowa na fotelu stomatologicznym" – Magdalena Cedzyńska, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

12.35–13.35 „Kompleksowa kontrola bólu w gabinecie stomatologicznym przed leczeniem onkologicznym, podczas leczenia i po nim" – dr n. med. Agnieszka Pacyk, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

13.35–14.05 „Narzędzia w rękach lekarza stomatologa w prewencji chorób jamy ustnej" – Monika Fryczkowska

Część druga: 16 października 2021 r., godz. 10.00–16.00

10.00–11.00 „Leczenie zachowawcze i endodontyczne pacjentów przed leczeniem onkologicznym, podczas leczenia i po nim" – dr n. med. Anna Cybulska, Warszawski Uniwersytet Medyczny

11.00–12.00 „Leczenie chirurgiczne pacjentów przed leczeniem onkologicznym, podczas leczenia i po nim – lek. dent. Anna Mydlak, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

Przerwa

12.15–13.15 „Protetyka u pacjentów przed leczeniem onkologicznym, podczas leczenia i po nim" – dr n. med. Anna Cybulska, Warszawski Uniwersytet Medyczny

13.15–14.00 „Higiena jamy ustnej u pacjenta onkologicznego – ochrona i zapobieganie" – lek. dent. Aleksandra Szczepkowska-Kroc

Przerwa

14.15–15.00 „Postępowanie zgodnie z wytycznymi" – NCI Implementation Science Group

15.00–16.00 Dyskusja moderowana

Fot. archiwum

Pokusy, kompleksy i relacje folwarczne

MAREK BALICKI

Kieleckie środowisko psychiatryczne zostało ostatnio poruszone decyzją dyrekcji szpitala psychiatrycznego w Morawicy. Chodzi o przymusowe oddelegowanie na trzy miesiące do pracy w charakterze asystenta na jednym z oddziałów tego szpitala dr Beaty Bakalarz – dotychczasowego kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego w Kielcach i jednocześnie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

Dr Bakalarz mówi, że merytorycznego uzasadnienia decyzji jej nie przedstawiono, chociaż wszyscy domyślają się, w czym rzecz. Centrum w Kielcach zostało utworzone rok temu w ramach ministerialnego pilotażu psychiatrii środowiskowej. Podczas przeprowadzonej w lipcu wizytacji przedstawiciele krajowego Biura ds. Pilotażu zobaczyli dobrze rozwijający się ośrodek, z zaangażowanym zespołem i niezłymi warunkami infrastrukturalnymi. O co zatem chodziło?

Wizytacja ujawniła spór między dyrekcją szpitala w Morawicy, której podlega centrum, a jego pracownikami o zakres autonomii organizacyjnej i budżetowej. Kieleccy psychiatrzy powołują się na przepisy mówiące o wyodrębnieniu organizacyjnym centrum z jednostki macierzystej oraz przeznaczaniu środków z umowy pilotażowej wyłącznie na jego potrzeby. I mają rację. Celem pilotażu jest przetestowanie nowego sposobu finansowania opieki psychiatrycznej. W zamian za ryczałt, będący iloczynem określonej stawki (obecnie około 100 zł) i liczby mieszkańców, centrum zobowiązuje się zapewnić pacjentom skoordynowaną i zintegrowaną opiekę psychiatryczną. Ograniczanie jego autonomii stoi więc w sprzeczności z celami pilotażu. Ponieważ jednak ryczałt jest dość wysoki, może rodzić różne pokusy.

Oddelegowanie do innej pracy jest oczywiście prawnie możliwe, ale wyłącznie do takiej, która z uwagi na kompetencje i staż pracy będzie dla pracownika odpowiednia i nie będzie ośmieszająca ani poniżająca. W opisanej sytuacji jedno jest pewne: niezależnie od kwestii szczegółowych mamy tu do czynienia z poniżeniem i upokorzeniem. W tym sensie konflikt ma szerszy wymiar i nasuwa skojarzenie z występującym u nas zjawiskiem, które prof. Andrzej Leder nazywa relacją folwarczną.

Oznacza ona, pisze Leder, że jeden człowiek ma władzę nad innym, może mu coś nakazać, może go oceniać, upokarzać i czerpać z tego satysfakcję, może odrzucać i wykluczać... Relacji folwarcznej służą przyswojone schematy zachowań, w ramach których słabsza strona poddaje się silniejszej. W dzisiejszych czasach jest to oczywiście zakamuflowane. Stawką i nagrodą, o którą gra strona silniejsza, jest utwierdzenie się w poczuciu wyższości, co jest możliwe dzięki upokorzeniu strony słabszej i zmuszeniu jej do uznania wyższego statusu strony silniejszej. A poczucie wyższego statusu uprawomocnia dominację.

Relacja folwarczna, hierarchiczność i paternalizm są sprzeczne zarówno z zasadami demokratycznego społeczeństwa, jak i nowoczesnej, opartej na wartościach opieki psychiatrycznej.

> W opisanej sytuacji jedno jest pewne: niezależnie od kwestii szczegółowych mamy tu do czynienia z poniżeniem i upokorzeniem.

Optymizmem w tej sprawie napawa postawa kieleckich psychiatrów i działania świętokrzyskiego samorządu lekarskiego. W wyniku protestu, solidarnego złożenia wypowiedzeń i innych działań doszło do upublicznienia konfliktu. Roli mediatora podjął się wojewoda. Pojawiły się szanse na pomyślne rozwiązanie. Zabrakło jedynie głosu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. ■

Fot. archiwum

Nowy Bauhaus? Nowy cmentarz?

PAWEŁ KOWAL

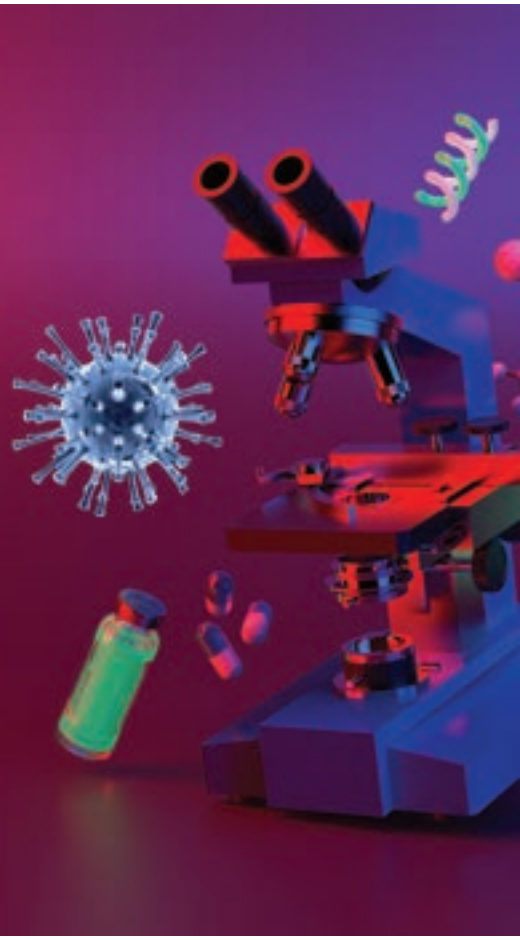
Konferencjami jesień się zaczyna, a nie mimozami. Politycy, komentatorzy, dziennikarze kończą w Polsce wakacje i zaczynają objazd kraju.

Odbywają się konferencje wielkie – jak Forum Ekonomiczne w Karpaczu (dawniej w Krynicy) i dużo młodszy Europejski Kongres Gospodarczy w Katowicach. Aż roi się od mniejszych konferencji – w Rzeszowie, Gdańsku, Poznaniu i nie wiadomo gdzie jeszcze. Spotkania są najczęściej poświęcone bardziej polityce niż gospodarce i gromadzą więcej uczestników niż zwykle, bo wszyscy chcą się nacieszyć przerwą w pandemii, chcą wiedzieć, o czym się mówi, co się planuje itd. Hitem sezonu jest Zielony Ład i dodatkowe pieniądze z Unii Europejskiej, czyli Fundusz Odbudowy. Coraz rzadziej ludzie wiążą go ze skutkami pandemii, a coraz częściej ze zmianami klimatu na świecie i przesterowaniem gospodarki na nowe tory, na których węgiel i gaz mamy zostawić w spokoju, a świecić i podgrzewać wiatrem, wodą, wodorem, słomą i czym tam jeszcze. Wielkie pieniądze rozdzielane przez instytucje unijne przestają się kojarzyć z nieszczęściem spowodowanym pandemią, a zaczynają przywodzić na myśl zielone miasta i nowy Bauhaus – to ma być nowy styl życia Europejczyków na przyzwoitym średnim poziomie w powęglowej i pogazowej epoce.

Może to wyjaśnia, dlaczego protest medyków zostaje w cieniu spraw, które są teraz w centrum zainteresowania? Wydawało się, ba, byliśmy pewni, że pandemia stanie się nowym otwarciem dla opieki zdrowotnej w Polsce. Jeszcze parę miesięcy temu dalibyśmy sobie rękę uciąć, że głównym tematem po wielkiej traumie spowodowanej COVIDEM będzie sprawa nowego podejścia do pracy służb medycznych. Tymczasem historia „białego miasteczka" toczy się na marginesie innych gorących tematów (spór o Turów) czy śmiesznych (wypowiedź Marka Suskiego) albo oburzających słów (Grzegorza Brauna w Sejmie). Ale też emocje społeczne uciekają od tematu kojarzącego się z chorobami i pandemią, która wciąż się tli. Naród chce słyszeć o przyszłości, o nowym ładzie, o nowym Bauhausie itp., a nie ciągle o problemach, o tym, że rak zabija, że lekarki i lekarze wyjeżdżają, że ratownicy medyczni odchodzą z roboty.

Najsmutniejsze jest to, że w Polsce bez poważnego podejścia do tematów takich jak profilaktyka zdrowotna, kształcenie medyków, medycyna „szyta na miarę", dostęp każdego pacjenta do leczenia nowotworów czy powszechna walka z cukrzycą nie będzie żadnej świetlanej przyszłości, żadnego nowego Bauhausu, najwyżej jeszcze jeden nowy cmentarz Polek i Polaków, którzy mogliby żyć, gdybyśmy się zajęli tym, co naprawdę najważniejsze. ■

Rada Medyczna przy premierze – radzi, ale nie decyduje



MICHAŁ NIEPYTALSKI

Minął już prawie rok od ustanowienia przez premiera Mateusza Morawieckiego Rady Medycznej do Spraw COVID-19. Wówczas, w listopadzie 2020 r., długo wyczekiwanej, bo rządowe decyzje dotyczące strategii walki z epidemią były oparte na opiniach anonimowych ekspertów. Jednak mimo że eksperci są teraz znani, decyzje rządu nadal pozostają arbitralne, a rekomendacje rady często są puszczane mimo uszu.

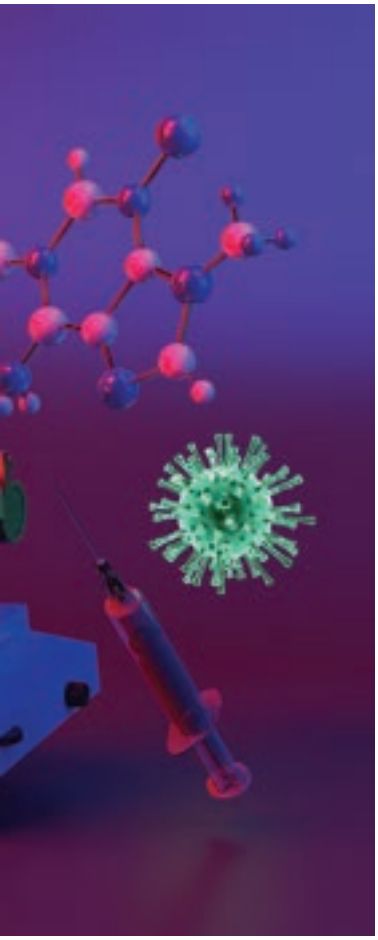
Rada Medyczna powstała na mocy zarządzenia premiera z 6 listopada 2020 r. Na jej czele stanął prof. Andrzej Horban, doświadczony i szanowany specjalista chorób zakaźnych, konsultant krajowy w tej dziedzinie. Do zespołu dołączono jeszcze 17 osób, przede wszystkim zakaźników i epidemiologów.

– *Czujemy się przedstawicielami zakaźników i lekarzy zajmujących się COVID-19, ponieważ wszyscy pracujemy w miejscach, które były centrami epidemii. Trudno powiedzieć, że reprezentuję wszystkich lekarzy. Jednak większość zdrowo myślących ludzi ma takie samo jak my zdanie np. o obowiązkowych szczepieniach personelu medycznego* – wyjaśnia w rozmowie z „Pulsem" prof. dr hab. n. med. Magdalena Marczyńska, członkini Rady Medycznej, kierowniczka Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Premier Morawiecki już wcześniej korzystał z porad ekspertów, jednak nie było wiadomo których. Dopiero jesienią ubiegłego roku ogłosił na Facebooku: *„Często pytają mnie Państwo, kim są ci mityczni eksperci, z którymi rząd konsultuje kolejne kroki w walce z epidemią. Czas ich przedstawić"*. Była to reakcja na zarzut, że decyzje dotyczące działań władz (niektóre dziś wydają się absurdalne, np. zamykanie lasów) są nieprzemyślane.

Ale i tak popularny w mediach ekspert dr Paweł Grzesiowski oceniał wówczas na Twitterze, że skład rady, ograniczający się do ekspertów ds. epidemii i chorób zakaźnych, nie odzwierciedla skali problemu, z jakim zmaga się funkcjonujący w tych trudnych warunkach system ochrony zdrowia: *„Nikomu niczego nie ujmując, obszar chorób zakaźnych i wirusologii to niewielka część problemu COVID-19. A gdzie internisci, pulmonolodzy, immunolodzy, kardiolodzy, specjaliści od choroby zakrzepowej, specjaliści medycyny ratunkowej, medycyny katastrof, diagnostyki laboratoryjnej, pielęgniarstwa, fizjoterapii?"*. Z dzisiejszej perspektywy wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. Tomasz Imiela ocenia skład Rady Medycznej tak: – *Wydaje mi się, że brakuje w niej głosu przedstawiciela pacjentów, np. rzecznika praw pacjentów*.

Zgodnie z własnym zarządzeniem premier ma dużą swobodę w ustalaniu składu rady. – *Wymagania wobec kandydatów są formułowane bardzo ogólnie. Wiedza i doświadczenie tych osób musi dawać rękojmię prawidłowego wykonywania zadań rady* – mówi specjalista prawa konstytucyjnego i administracyjnego prof. Marek Chmaj z SWPS. Na szczęście premier postawił na osoby kompetentne.



Graf. licencja OIL w Warszawie

Prawie jednogłośnie

Zgodnie z przepisami zawartymi w zarządzeniu premiera, do zadań rady należy: dokonywanie analiz i ocen, przygotowywanie i przedstawianie propozycji działań, opiniowanie projektów aktów prawnych oraz innych dokumentów rządowych. Wszystko to rzecz jasna w kontekście pracy państwa nad zwalczaniem epidemii COVID-19.

– *Rada ma dosyć dużą swobodę w opracowywaniu stanowisk i sama ustala, jaką większością je przyjmuje* – tłumaczy prof. Chmaj. Doświadczenie prof. Marczyńskiej wskazuje natomiast, że ta większość jest zwykle zdecydowana, a część stanowisk przyjmuje się jednogłośnie. Przegląd informacji na stronie internetowej rady wskazuje, że prawie roczna jej działalność zaowocowała dwudziestoma stanowiskami i pięcioma komunikatami. Może się wydawać, że to niewiele, ale taka opinia byłaby niesprawiedliwym uproszczeniem. Członkowie rady działają bez przerwy, nawet jeśli spotkania z premierem nie odbywają się zbyt często. – *Codziennie wymieniamy się mailami, esemesami, wiadomościami na WhatsAppie. Początki były szczególnie trudne. Kończyliśmy korespondencję około drugiej w nocy, a o piątej rano przychodziła już kolejna. Wtedy prowadziliśmy wyścig z czasem, żeby coś osiągnąć w zakresie leczenia i miejsca na leczenie* – twierdzi Magdalena Marczyńska. – *Dziś czytamy różne publikacje i nawzajem je sobie przesyłamy, bierzemy pod uwagę oceny innych instytucji, czasem prosimy o stanowiska ekspertów, uwzględniamy wiele ekspertyz. Piszą do nas zarówno przedstawiciele towarzystw naukowych, organizacji pacjenckich, jak i samorządów zawodowych. Z tymi dokumentami też gremialnie się zapoznajemy i z reguły odpowiadamy na nie.*

Co wolno wojewodzie...

A gdy na podstawie tej ogromnej bazy wiedzy Rada Medyczna sformułuje rekomendację… premier albo ją przyjmie, albo nie. Zgodnie z przepisami opinie rady nie są dla niego wiążące. Praktyka dowodzi, że ważniejsze dla szefa rządu i dla ministra zdrowia mogą być opinie płynące z zupełnie innego źródła. Jeszcze w sierpniu Adam Niedzielski w rozmowie z RMF FM twierdził, że lekarze doradzający premierowi Mateuszowi Morawieckiemu rekomendują rozważenie podania trzeciej dawki szczepionki „grupom najbardziej narażonym". On sam nie był do tego przekonany. – *Staram się wyważyć, ile w tym jest korzyści dla zdrowia publicznego, a ile dla koncernów farmaceutycznych* – zapewniał minister zdrowia. Prof. Marczyńska dementowała wówczas słowa ministra, bo formalnie opinii rady na ten temat nie było. Ale zamieszanie mogło skłaniać do refleksji, że polityków kusi, by radę traktować instrumentalnie, nawet jako kozła ofiarnego w przypadku niepopularnych decyzji. Takie niebezpieczeństwo widzi Marek Chmaj: – *Politycy lubią mieć wiele organów, które opiniują ich działania, bo dają im tzw. podkładkę konkretnych działań politycznych. W praktyce z tej „podkładki" korzystają tylko wtedy, kiedy jest im to na rękę*. Poza tym w opinii prawnika rada stanowi przykład dublowania kompetencji innych ciał doradczych. Podobnego zdania jest Tomasz Imiela. – *Już wcześniej pracowały osoby i instytucje, które mogą doradzać – krajowy konsultant ds. chorób zakaźnych, towarzystwa naukowe, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rozumiem jednak, że podczas pandemii premier i minister zdrowia, który nie jest lekarzem, chcieli korzystać z oglądu sytuacji dokonywanego przez szersze grono specjalistów, więc nie będę decyzji o powołaniu rady krytykować* – powiedział w rozmowie z „Pulsem".

Są jednak sytuacje, kiedy głos ekspertów w kwestiach medycznych kontrolują specjaliści, dla których dobro pacjenta nie jest najważniejsze. Nie da się ukryć, że decyzje rządowe dotyczące walki z pandemią były, są i będą niepopularne, zawsze bowiem znajdzie się ktoś przez nie dotknięty. Domeną polityki jest zaś walka o wyborcę. Dlatego zmagania z pandemią schodzą często na dalszy plan. Senator Stanisław Karczewski (lekarz) na początku tego roku przyznał, że rząd pozwolił na przyloty Polaków z Wielkiej Brytanii na święta, bo bał się hejtu. Tymczasem właśnie brytyjska odmiana koronawirusa przyczyniła się do śmiertelnego żniwa trzeciej fali. Wyciek maili ze skrzynki szefa Kancelarii Premiera Michała Dworczyka także pokazuje priorytety. W jednej z mailowych dyskusji dotyczącej obostrzeń brał udział ekspert marketingu politycznego, szef Centrum Analiz Strategicznych prof. Norbert Maliszewski, który radził w połowie grudnia: *„Jak zamkniemy galerie, to przyznamy się do błędu, że otworzyliśmy 29 listopada"*.

Pewnie dlatego na pytanie, czy członkowie Rady Medycznej są usatysfakcjonowani sposobem wcielania w życie ich rekomendacji, Magdalena Marczyńska odpowiada dyplomatycznie: – *Podczas spotkań czujemy się wysłuchani, ale decyzje, czego dowodzi praktyka, nie zależą tylko od naszych rekomendacji.*

Wydaje się jednak, że zwiększenie mocy decyzyjnej Rady Medycznej z ustrojowego punktu widzenia jest dziś niemożliwe. – *Jeśli rada wydaje jasne zalecenia, a nie są one realizowane, jest to zastanawiające. Z drugiej strony trudno, by premier stosował się do każdej rady ekspertów, ostatecznie on ponosi polityczną odpowiedzialność. Gdyby Rada Medyczna też ją ponosiła, nie jestem pewien, czy jej członkowie chcieliby nadal piastować swoje stanowiska* – ocenia Tomasz Imiela. – *Jednak dobrze by było, żeby rekomendacje konsultowano z czynnikami politycznymi i brano pod uwagę. Jeśli zaś są publikowane, a rząd ich nie wciela w życie, rodzi się chaos.* ■

#W_ETERZE

Protest medyków, „białe miasteczko" 2.0 – to słowa odmieniane przez wszystkie przypadki w ciągu ostatniego miesiąca w polskich mediach. Przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wielokrotnie gościli w licznych programach telewizyjnych i radiowych, wypowiadali się na łamach dzienników i portali, artykułując postulaty wrześniowego protestu oraz potrzebę ulepszenia systemu ochrony zdrowia. Media relacjonowały również przebieg poprzedzającej wystąpienie środowisk medycznych konferencji „Jakość w miejsce bylejakości" organizowanej przez OIL w Warszawie oraz OZZL Region Mazowiecki, która stanowiła przestrzeń dla merytorycznej dyskusji o ekonomicznych potrzebach systemowych. Członkowie OIL występowali w mediach także jako eksperci w sprawach związanych z epidemią COVID-19.

EPIDEMIA COVID-19 I SZCZEPIENIA

❑ O zapoczątkowanym we wrześniu programie szczepień w szkołach na warszawskiej Woli mówił na antenie **Polskiego Radia** lek. Paweł Doczekalski: – *Jeżeli dziecko przyjdzie z rodzicem nie do końca przekonanym do szczepienia, spróbujemy go przekonać. Może uda się też zaszczepić sąsiada, sąsiadkę, babcię, dziadka.*

❑ Kwestię szczepienia młodzieży przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy poruszał też w rozmowie z **Rynkiem Zdrowia.** *„Absolutnie musimy wyszczepić grupę młodzieży. Prawdopodobnie w czwartej fali koronawirusa szkoły, przedszkola, placówki oświatowe będą głównymi ogniskami zakażeń. Im więcej zaszczepionych i mniejsze te ogniska, tym większa szansa, że dana społeczność przejdzie tę falę w miarę łagodnie"* – zapewnił.

❑ Z kolei na antenie **TVN24** Paweł Doczekalski skomentował rezultaty kampanii szczepień w szkołach. – *Po rozmowach z uczniami odniosłem wrażenie, że młodzież bardzo rozsądnie i racjonalnie odnosi się do szczepień. Jesteśmy naprawdę zbudowani tym pilotażem* – stwierdził w programie „Dzień na żywo" przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL.

❑ Również w **TVN24** dr Tomasz Imiela wyraził opinię o możliwościach podawania w Polsce trzeciej dawki szczepionki przeciw COVID-19 siedmiu wskazanym przez Radę Medyczną grupom z obniżoną odpornością: – *Trzecia dawka dla tych grup może wiązać się z lepszą ochroną. Czas pokaże, czy będzie dotyczyła też innych.*

❑ Na antenie tej samej stacji wiceprezes ORL wypowiedział się na temat wzrostu zachorowań na COVID-19. – *Ryzyko cały czas istnieje, konieczne jest szybkie identyfikowanie nowych zakażeń i izolacja osób, które się zakażą* – zaznaczył Tomasz Imiela.

PROTEST MEDYKÓW. „BIAŁE MIASTECZKO" 2.0.

❑ Na łamach **Prawo.pl** Tomasz Imiela i Agnieszka Serwan-Hałabuz przypomnieli o potrzebie protestu środowisk medycznych. *„Na szczęście zmienia się mentalność lekarzy. W mediach słychać wypowiedzi, że jeżeli się wybrało zawód lekarza, trzeba się liczyć z nadgodzinami i przepracowaniem. Otóż nie, lekarz nie musi pracować ponad siły, ma prawo do życia prywatnego. Dlatego lekarze, zwłaszcza młodzi rezydenci, nie tylko zaprotestują 11 września, ale jeszcze zbudują »białe miasteczko«"* – powiedział wiceprezes ORL. *„Przeciążeni, mający dość wszechobecnej bylejakości w systemie ochrony zdrowia lekarze wraz z przedstawicielami innych zawodów*

medycznych zamanifestują potrzebę realnych zmian" – podkreśliła przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Regionu Mazowieckiego.

❑ W **TVN24** m.in. o potrzebach ochrony zdrowia w kontekście protestu medyków mówił prezes ORL. – *Myślę, że wszyscy pracownicy protestują również dlatego, że brak perspektywy na poprawę, a ten brak obudowano hurraoptymistyczną narracją. 7 proc. PKB jest średnią w krajach europejskich dziś, my do tej średniej, według zapowiedzi ministerstwa, mamy dojść za sześć lat. Może więc za sześć lat będzie u nas tak dobrze jak w tych krajach, ale tymczasem te kraje nam uciekną* – stwierdził Łukasz Jankowski. Wypowiedź zacytowała **„Rzeczpospolita"**.

❑ W programie **„Onet rano"** Łukasz Jankowski skomentował m.in. rządowe propozycje zastępowania protestujących ratowników medycznych innymi służbami: – *Karetka to nie jest przewóz pacjenta z miejsca A do miejsca B. (…) Za chwilę będziemy mieli sytuację, w której wszyscy pacjenci będą wożeni na szpitalne oddziały ratunkowe, bo zespoły składające się ze strażaków czy żołnierzy nie będą umiały ocenić, czy pacjent się kwalifikuje do szpitala.*

❑ O reakcji rządu na postulaty protestujących medyków Łukasz Jankowski mówił w radiu **TOK FM**. – *Jeżeli ogólnikowymi można nazwać postulaty, które przedstawił Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy, jeżeli rządzący nie rozumieją trzech pojęć: szacunek, bezpieczeństwo i dostępność, to będzie problem z wypracowaniem kompromisowego stanowiska. Od dawna mówi się o problemach w ochronie zdrowia, od dawna postulaty: zwiększenia finansowania, zmniejszenia kolejek, poprawy bezpieczeństwa lekarza, czyli wprowadzenia systemu no-fault, obrony przed hejtem, ale również bezpieczeństwa pacjenta, czyli wypoczęty medyk, medyk, który działa na dobrym sprzęcie, są w zasadzie niezmienne* – powiedział prezes ORL. Słowa o zachowaniu rządzących w stosunku do protestujących cytowały również portale: **Puls Medycyny**, **Wyborcza.pl** oraz **„Menedżer Zdrowia"**.

❑ Na antenie tego samego radia do pobłażliwego potraktowania przez rząd postulatów protestu odniósł się również wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela: – *Nie zgadzam się z tym, że nasze postulaty są rozmyte czy mało sprecyzowane, bo mamy do czynienia z dwiema grupami postulatów. Generalnie sensem tego protestu jest poprawa warunków pracy przedstawicieli zawodów medycznych, co przełoży się na poprawę warunków leczenia pacjentów. Tu mamy grupę kilku postulatów. Można w prosty sposób skonkretyzować postulaty płacowe i to jest robione od wielu, wielu lat. Natomiast trudno wymagać, żeby komitet protestacyjny przyszedł do premiera z napisaną ustawą* – podkreślił.

❑ W programie „Fakty po faktach" na antenie **TVN24** Łukasz Jankowski skomentował pierwszy dzień protestu medyków: – *Dzisiaj rzucił mi się w oczy fakt, że w trakcie ostatnich tego typu manifestacji myśmy szli i zawsze jakiś przedstawiciel rządu witał nas w drzwiach Ministerstwa Zdrowia albo już w KPRM była szansa wejścia delegacji protestujących i złożenia postulatów. Dziś nie było możliwości porozmawiania z żadnym przedstawicielem rządu. (…) Zamiast dialogu przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów powitały nas barierki i zasieki uniemożliwiające podejście.* Fragment rozmowy z prezesem ORL w Warszawie cytował również **„Menedżer Zdrowia"**.

❑ O inauguracji protestu i „białego miasteczka" 2.0. Łukasz Jankowski mówił też na antenie **Radia Nowy Świat**: – *W sobotę przeszło ponad 30 tys. osób związanych z ochroną zdrowia. Trzeba zadać sobie pytanie, co takiego się stało, że 30 tys. osób: fizjoterapeuci, ratownicy, lekarze, pielęgniarki, technicy elektroradiologii, połączyli się, by zamanifestować w jednym pochodzie. A stało się to, że wszyscy tak samo definiujemy problemy w ochronie zdrowia. Diagnozujemy złą sytuację, martwimy się tym, co przyniesie czwarta fala koronawirusa, bo widzimy jak nieprzygotowane są szpitale, i w tej naszej diagnozie jesteśmy wspierani przez pacjentów.*

❑ Potrzebę zmian i realizacji postulatów prezes ORL sygnalizował także w programie „Punkt widzenia" na antenie **Polsat News**: – *Nie mówimy tylko o podwyżkach. Mówimy o naprawie całego systemu, o wzroście finansowania, o tym, żeby lepiej żyło się naszym pacjentom, żeby nie umierali w wielomiesięcznych kolejkach. To są wszystko naczynia połączone. Dzisiaj nie mamy systemu ochrony zdrowia, ale jakieś pojedyncze wyspy. Chcemy kompleksowego systemu i jego naprawy. I to będzie drogo kosztowało – 100 mld.*

❑ O potrzebie zmian w ochronie zdrowia, których dotyczy protest medyków, na antenie **Radia Nowy Świat** mówił też wiceprezes ORL. – *Trzeba podnieść wynagrodzenia i to już częściowo pomoże, bo ściągnie do sektora lekarzy, pielęgniarki, ratowników. Ale to nie wszystko, mówimy w tym proteście o konieczności zwiększenia ryczałtów dla poszczególnych placówek, zatrudnienia personelu pomocniczego, którego dramatycznie brakuje, o poprawie bezpieczeństwa prawnego itd.* – wyjaśniał Tomasz Imiela.

❑ Reakcje rządzących na problemy systemu ochrony zdrowia podkreślane przez protestujących ocenił w programie „Tak jest" na antenie **TVN24** przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL Paweł Doczekalski: – *Dla młodych lekarzy jest to największy problem. Są pełni ideałów, chcą leczyć i trafiają na ścianę. Na ciężkie warunki, wręcz polowe, gdzie masz pod opieką 10, 15 pacjentów. My walczymy o to, by zacząć rozsądnie rozmawiać o problemach ochrony zdrowia. Nie ma sensu powoływanie kolejnego wiceministra. To nie rozwiąże żadnego problemu. Pan premier Morawiecki jest takim wiceministrem ds. dialogu. On powinien rozmawiać, bo to on jest upoważniony do podejmowania decyzji*.

❑ Postawę resortu zdrowia wobec protestu prezes ORL skomentował na łamach **„Medycyny Praktycznej"**. *„Jeśli ministerstwo na dwa dni przed protestem poznaje po raz pierwszy postulaty, trzeba zapytać – co w resorcie robiono wcześniej? Jeśli resort nie ma obliczeń odnośnie do skali potrzeb w ochronie zdrowia, jak chce prowadzić dialog? Od takiej strategii komunikacyjnej już tylko krok do przyznania się do niekompetencji resortu, a to z pewnością byłoby złym prognostykiem nie tylko do dalszych rozmów, ale ogólnie – dla sytuacji w ochronie zdrowia"* – powiedział Łukasz Jankowski.

❑ W innym wywiadzie udzielonym **„Medycynie Praktycznej"** Łukasz Jankowski mówił m.in. o potencjalnych kierunkach rozwoju protestu medyków: *„Z jednej strony rośnie determinacja, mimo ogromnego zmęczenia tych, którzy stanowią trzon tej formy protestu. Rośnie poziom frustracji, a im więcej minister mówi, tym więcej jest sygnałów o kolejnych osobach, które chcą dołączyć i protestować w okolicach Kancelarii Premiera. Z drugiej strony pogoda nie sprzyja. Obawiam się eskalacji protestu i przeniesienia go do placówek ochrony zdrowia. Taką tendencję widać zwłaszcza wśród pielęgniarek i położnych, z których duża część jest już gotowa do strajku. To nie jest dobra wiadomość ani dla rządu, ani dla systemu, a przede wszystkim dla pacjentów. Nie byłaby nawet, gdyby nie nadciągała czwarta fala. A przecież nie tylko nadciąga, ale wręcz już nadeszła"*.

PRAWO I SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

❑ Z kolei na antenie **Radia SuperNova** prezes ORL skomentował toczącą się w Polsce dyskusję o zmniejszeniu liczby szpitali. – *Nie można zaczynać tej dyskusji od tego, czy likwidować szpitale, czy nie likwidować, bo bardzo spłycamy problem. W całej tej dyskusji nie chodzi przecież o to, czy w naszej miejscowości będzie szpital, czy nie będzie, tylko o to, czy rzeczywiście dostaniemy pomoc i czy ta pomoc będzie na wysokim poziomie* – stwierdził Łukasz Jankowski.

❑ O problemie starzenia się lekarzy specjalistów na Mazowszu mówiła w **Radiu RDC** Agnieszka Serwan-Hałabuz. – *Wielu medyków wkrótce osiągnie wiek emerytalny. Są dziedziny priorytetowe, np. chirurgia, gdzie średnia wieku specjalisty wynosi 50 lat, jednak teraz każda dziedzina medycyny jest priorytetowa* – podkreśliła przewodnicząca mazowieckiego oddziału Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

❑ O potrzebie wprowadzenia systemu *no-fault* na łamach **„Rzeczpospolitej"** przekonywał prezes ORL Łukasz Jankowski: *„Sprawnie działający no-fault to taki, który na pierwszym miejscu stawia bezpieczeństwo pacjenta. Ale by zadziałał, bezpieczeństwo musi mieć zapewnione także medyk. Dziś obowiązuje medycyna defensywna, ponieważ lekarze za względu na odpowiedzialność karną boją się wdrażać terapie wiążące się z ryzykiem, a to odbija się na pacjentach. Lekarz nie może wykonywać zawodu ze strachem, że pójdzie do więzienia, natomiast pacjent musi mieć pewność, że jeśli zdarzy się błąd, zostanie on naprawiony, a cały system będzie się uczył, jak uniknąć go w przyszłości"*.

❑ W rozmowie z **„Medycyną Praktyczną"** wiceprezes ORL dr Krzysztof Madej podjął temat tajemnicy lekarskiej we współczesnym świecie: *„Pojęcie tajemnicy lekarskiej jest archaiczne, bo powstało w czasach, gdy lekarz i pacjent spotykali się w cztery oczy i byli jedynymi podmiotami umowy, która powstaje w momencie, gdy pacjent zgłasza lekarzowi swój problem zdrowotny. To już przeszłość. Podmiotów zainteresowanych zdrowiem pacjenta jest o wiele więcej. Decydenci wychodzą z założenia, że dane dotyczące zdrowia obywateli, zgromadzone i przetwarzane, pozwalają prowadzić lepszą albo jakąkolwiek politykę zdrowotną. Tych danych, różnego rodzaju, już w tej chwili gromadzi się bez liku, a będzie jeszcze więcej"*.

❑ Prezes ORL skomentował dla **TVN24** kwestię coraz częstszych ataków na lekarzy promujących walkę z koronawirusem, które prowadzą do porzucania zawodu przez medyków. – *Coraz częściej na forach internetowych spotyka się przypadki odchodzenia od zawodu, a bardzo częsta jest dyskusja, w której lekarze piszą po prostu: mam dosyć, boję się* – przyznał Łukasz Jankowski.

JAKOŚĆ W MIEJSCE BYLEJAKOŚCI

❑ *„Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wraz z Regionem Mazowieckim OZZL [w poniedziałek 6 września – przyp. red.] zorganizowała debatę ekspertów pod hasłem »Jakość w miejsce bylejakości« skoncentrowaną na wątkach ekonomicznych, dotyczącą m.in. nakładów na ochronę zdrowia, problemu kolejek, jakości opieki zdrowotnej"* – napisał portal **Polityka Zdrowotna**, który relacjonował przebieg konferencji.

❑ O wnioskach z debaty pisał również portal **Rynek Zdrowia,** przytaczając m.in. wypowiedź Agnieszki Serwan-Hałabuz: *„Powszechne wśród lekarzy jest powiedzenie, że lekarz to najtańsza sekretarka w szpitalu, bo wykona pracę sekretarki za darmo i po godzinach. Mamy mnóstwo biurokratycznej pracy, której wykonywać nie powinniśmy. Nasz potencjał jest marnowany"*.

❑ **„Medycyna Praktyczna"** przedstawiła także najważniejsze zagadnienia poruszane w dyskusji poprzedzającej

protest medyków: *„Łukasz Jankowski ocenił, że dyskusja publiczna kręci się wokół tego, ile ma wynosić odsetek PKB na ochronę zdrowia, tymczasem brakuje obliczeń, ile pieniędzy i dlaczego faktycznie będzie potrzeba. Wyraził ubolewanie z powodu nieobecności ministra zdrowia, ale też nadzieję, że wnioski płynące z debaty trafią do resortu zdrowia”*.

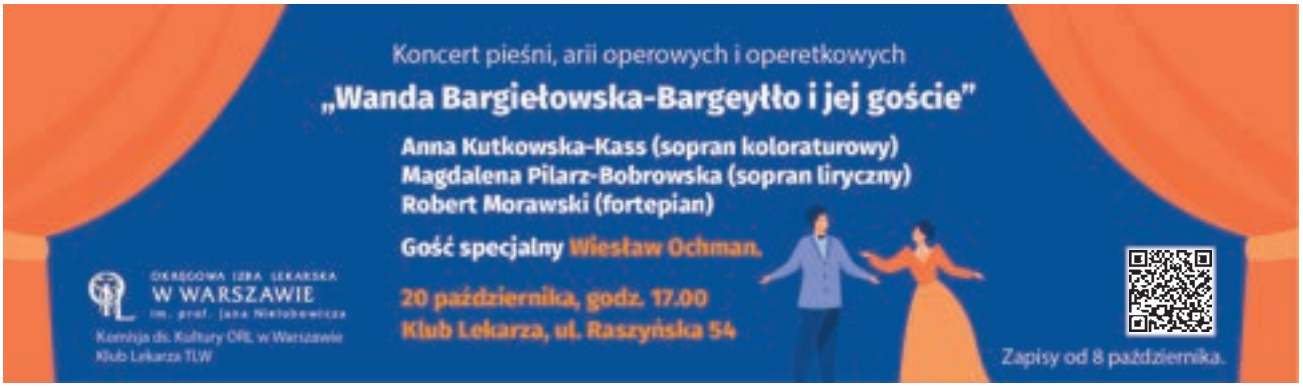
❑ Słowa organizatorów debaty cytował też portal **Cowzdrowiu.pl** w swojej relacji: *„Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, mówił o tym, że w walce o lepszą ochronę zdrowia lekarze skupiają się na procentach i powinni mówić językiem problemów. Agnieszka Serwan-Hałabuz, jako przedstawiciel związku, skupia się na pracownikach tego systemu. »Kiedy widzę ochronę zdrowia, to widzę pracowników, którzy chcą walczyć o godność swoją i swoich pacjentów. (…) Jedyną szansą na to jest realny dialog z ekspertami i pracodawcami. Dzisiaj taki dialog chcemy rozpocząć« – powiedziała przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL”*.

DZIAŁANIA IZBY

❑ Na łamach **Rynku Zdrowia** Łukasz Jankowski komentował koncepcję ministra zdrowia, by dostęp do zawodu lekarza umożliwić absolwentom szkół zawodowych. *„Być może znaczenie ma fakt, iż minister zdrowia nie jest lekarzem, tylko ekonomistą, więc liczy się dla niego liczba lekarzy w tabelce, a nie to, jak leczą czy jak są wykształceni (…) Takie podejście może być, w mojej ocenie, pewnym straszakiem na środowisko. Być może MZ próbuje przekazać, że niezależnie od eskalacji niepokoju, protestów i tak można będzie pozyskać więcej lekarzy do systemu, bez oglądania się na jakość kształcenia”* – ocenił prezes ORL w Warszawie. Prezydium ORL w sprawie planów ministra zdrowia wydało krytyczne stanowisko: *„Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie żąda natychmiastowego wycofania się z zapowiadanych rozwiązań. Jest zjawiskiem kuriozalnym, że minister zdrowia w wywiadzie prasowym informuje o tym, że projekt ustawy w tak fundamentalnej dla systemu ochrony zdrowia sprawie »już w zasadzie jest przygotowany«, podczas gdy nikt nie konsultował go z instytucją powołaną do przyznawana uprawnień zawodowych lekarzom, czyli z samorządem lekarskim (…)”*. Dokument został zacytowany m.in. przez: **Polską Agencję Prasową, Politykę Zdrowotną, Puls Medycyny, Rynek Zdrowia, BML.pl, Podyplomie.pl, Infodent24.pl, Bankier.pl, Mp.pl**.

❑ W **Infodencie** wiceprezes ORL Dariusz Paluszek zaprosił na konferencję dotyczącą stomatologii geriatrycznej organizowaną w OIL: *„Mamy taką ambicję, aby pożądany kierunek został pokazany dzięki przebiegowi m.in. I Konferencji Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej (25 września 2021 r.), która jest współorganizowana przez Komisję Stomatologiczną ORL w Warszawie. Od razu zastrzegam, że konferencja nie ma charakteru regionalnego, zapraszamy każdego lekarza dentystę, niezależnie od miejsca wykonywania obowiązków zawodowych i przynależności do tej czy innej OIL. Mogą wziąć w niej udział także studenci stomatologii”*. (Relacja na str. 25.)

❑ Z kolei o organizowanej 11 września konferencji „Polki w medycynie” pisał portal **perspektywy.pl**: *„Konferencja odbyła się we współpracy inicjatywy »Polki w medycynie« oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. To wspaniałe, że samorząd wspiera rozwój zawodowy kobiet, nie tylko lekarek. W wydarzeniu mogły wziąć udział przedstawicielki wszystkich zawodów medycznych – pielęgniarki, położne, farmaceutki, ratowniczki medyczne, psycholożki, dietetyczki, a także studentki medycyny”*. ■



Fot. archiwum

Prawda czasu, prawda ekranu

To, co faktycznie chcemy zakomunikować, niekiedy ma niewiele wspólnego z wyemitowanym przekazem. Cóż, media... Jednak przestrzeń do manipulacji czy nadinterpretacji można w pewnym stopniu zmniejszyć. Bez wątpienia warto posługiwać się zrozumiałymi, krótkimi komunikatami i innymi patentami, gdy trzeba odnaleźć się w medialnej machinie pełnej pułapek. Jak to wygląda w kontekście protestu pracowników ochrony zdrowia? Z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziółkowska.

Bywa, że w relacjach medialnych rzeczywistość jest koloryzowana lub wręcz przeciwnie. Przykładowo w kwestii frekwencji. Kilka lat temu zdarzyło się przecież weryfikowanie liczby uczestników manifestacji przez liczenie ich na nagraniu wideo.

Jeżeli mówimy o uczciwym dziennikarstwie i o przestrzeganiu reguł warsztatu dziennikarskiego, to przekaz powinien być obiektywny. Dziennikarz, mówiąc np. o frekwencji, powinien podawać dane z wielu źródeł: od policji, od organizatorów. Bardzo łatwo tutaj manipulować, wystarczy, że wybierze się tylko jedno źródło czy odpowiedni kadr, na których tłum będzie bardzo rozrzedzony albo gęsty (jakiś fragment zgromadzenia) – w zależności od „potrzeb". Dlatego wiele zależy od dziennikarza, od szefa programu, wydawcy, redakcji lub od polityki całej stacji. Gdy są wytyczne, by manipulować, materiał odpowiednio się obrabia, przycina lub coś dokleja. W tym samym celu do rozmowy dobierani są eksperci tylko z jednej strony sceny politycznej.

Niestety, często zmanipulowane przekazy odbierane są jako prawdziwe… W niektórych materiałach medialnych pojawia się wiele fake newsów dotyczących protestu pracowników ochrony zdrowia.

Manipulacje w takich doniesieniach są szczególnie godne potępienia. Przecież chodzi o ludzi, na których m.in. spoczywał cały ciężar pandemii, którzy pracowali dniami i nocami, którzy nas ratowali, jeździli od szpitala do szpitala, gdy brakowało miejsc i nie było wiadomo, co zrobić z pacjentem. Do mnie przyjechali ratownicy, sam widziałem, w jakim byli stanie. Ledwo funkcjonowali, byli strasznie zmęczeni. Zupełnie naturalne się wydaje, że powinni zarabiać godnie. Dlaczego rządzący nie chcą normalnie rozmawiać z medykami? Są za mało ważni? Gdyby do Warszawy przyjechali górnicy, podejrzewam, że cały rząd by się z nimi spotykał.

Może więc środki wyrazu wykorzystywane przez medyków muszą być mocniejsze, bardziej kategoryczne?

Nie mogą takie być, gdy chodzi o zawody zaufania społecznego. Musi być zachowana pewna powściągliwość. W każdym razie lekarze powinni godnie zarabiać i pracować w cywilizowanych warunkach, a nie w kilku miejscach, żeby grafiki szpitalne mogły się domknąć. O medyków powinno się dbać, zabiegać o nich, a tymczasem pan premier nie chce się z nimi spotkać. Nie wiem, co on sobie myśli. Gdy ogłoszono nadwyżkę w budżecie, jakoś nie było komunikatu: słuchajcie, jest dobrze, mamy nadwyżkę, możemy teraz rozmawiać, usiąść do stołu, może nie spełnimy wszystkich postulatów, ale mamy dużo więcej środków niż przewidywaliśmy, więc rozmawiajmy. Nic takiego się nie dzieje. Dlaczego?

Pojawia się za to narracja sprowadzająca postulaty do zarobków, a przecież chodzi o kompleksowe podejście i głębokie problemy systemowe, którymi nikt nie chce się zająć.

Ja tego podejścia nie rozumiem.

Jak protestować skuteczniej, przebić się z prawdą?

Myślę, że „białe miasteczko" to zbyt łagodna forma protestu. Ludzie, którzy myślą racjonalnie i wiedzą, że racja jest po ich stronie, spodziewają się, że z tej drugiej strony będzie podobne racjonalne podejście, że będzie można rozmawiać o rozwiązaniach.

Narracja spłaszczająca postulaty powoduje hejt. Nasiliły się krzywdzące, pełne niezrozumienia meritum komentarze oraz trolling. Teksty typu: jak wam się nie podoba, to zmieńcie pracę; służcie, skoro za nasze się kształcicie itd. Przytoczyłam przykłady łagodne w brzmieniu.

Ale, czy warto się zajmować czymś takim? To jest po prostu bardzo głupie, nie ma sensu się nad tym pochylać i odpowiadać trollom.

Jak zatem uzmysłowić ludziom, o co w tym proteście chodzi?

Właśnie, a gdyby tak zapytać przechodniów na ulicy, o co chodzi protestują-

cym? Ciekawe, czy ktoś odpowiedziałby trafnie.

Co zrobić, by przekaz był zrozumiały i żeby bardziej zainteresować społeczeństwo?

Na pewno potrzebny jest spójny, klarowny, wyrazisty przekaz. Czytałem te postulaty i widziałem, że nie chodzi tylko o pieniądze. Ale inni mogli się przecież nie wczytywać lub spojrzeć tylko na pierwsze punkty.

Żeby zwrócić uwagę, należy stosować bardziej emocjonalne komunikaty, czy bardziej konkretne i wyraziste?

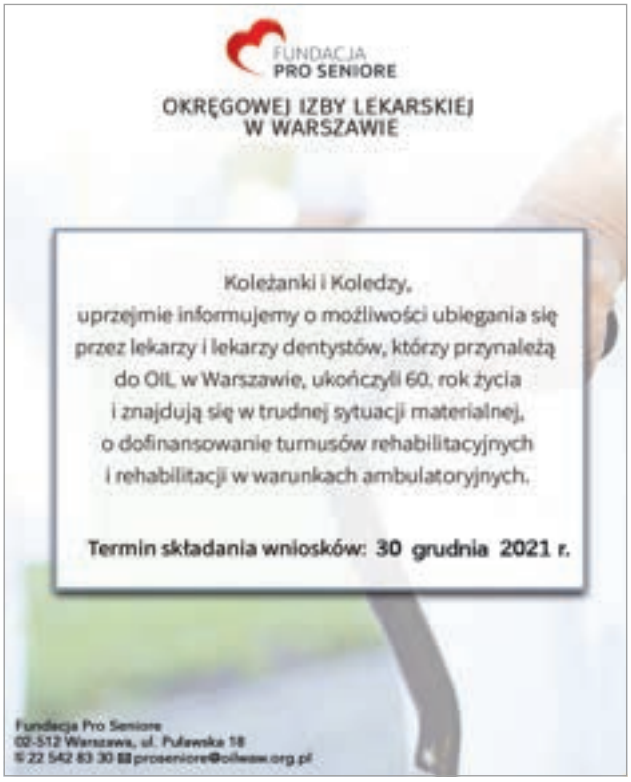
Im większa wyrazistość, wyrazisty lider, który dobrze mówi, który ma wypracowane hasła, slogany, krótkie komunikaty i przekazy, trafiające do wyobraźni odbiorcy i zapadające mu w pamięć, tym lepiej. Czasami warto sięgnąć po sformułowania, przysłowia czy związki frazeologiczne, które pasują do sytuacji. To jest bardzo potrzebne. Nie jestem na pewno mniej uważnym uczestnikiem i odbiorcą mediów od statystycznego Polaka. Myślę, że jestem powyżej średniej, a poza tym mnie to interesuje, bo robię program itd. Ale również i mnie rozmywa się kwestia, czego właściwie oczekują protestujący, kto jest głównym liderem. Protest pracowników ochrony zdrowia to coś, co nie powinno schodzić z czołówek medialnych! Zwłaszcza w okresie pandemii. Wiemy, że jest „białe miasteczko", że medycy będą tam siedzieć. Lecz czy i co z tego wyniknie?

Sporo w mediach mówi się o tym, kto z kim chce, a kto z kim nie chce rozmawiać.

Taki protest zaburza „politykę sukcesu", więc pojawiają się próby dyskredytacji protestujących i ich postulatów. Bo gdybyśmy się przyznali, że coś trzeba poprawić, to znaczyłoby, że coś nam nie wychodzi. Próbujemy to rozmiękczyć, rozmemłać temat.

Czy lepsze jest pokazywanie, że jest się kopanym, krzywdzonym, hejtowanym, czy warto raczej pokazać siłę, charyzmę, walnąć pięścią w stół? Jaki wizerunek sprawdza się podczas protestu – lekarza przemęczonego, zdesperowanego czy pełnego energii, zdecydowania, sprawiającego wrażenie gotowego do działania?

Dobrze byłoby operować obydwoma wariantami, ważyć przekazy w zależności od sytuacji. Jednak drugi wariant powinien być charakterystyczny dla lidera, który miałby zdecydowany, wyraźny przekaz. Znowu dzieje się to samo, co za poprzednich ekip rządzących – ochrona zdrowia jest lekceważona. A wydawałoby się, że po tym, co się stało, po kolejnej fali pandemii będzie inaczej. Wydawało się, że nie będzie lepszego pretekstu do mówienia o ochronie zdrowia, naprawiania jej. Tymczasem trwa pandemia, mamy kryzys, ciągle się mówi, że ochrona zdrowia jest niewydolna, szczepimy się również dlatego, żeby jej nie przeciążyć, a okazuje się, że to nie jest tak bardzo istotny temat, jak nam się wydawało. Premier nie ma czasu... ■



Wyrok przyniesie więcej korzyści niż szkód

Strach ma wielkie oczy, a sąd lekarski może kojarzyć się medykom z bezwzględnymi sędziami, których jedynym celem jest ukaranie za najmniejsze przewinienie. W rzeczywistości orzeczenia organu samorządowego bywają pomocne dla obwinionego lekarza. Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie **Magdalena Rychłowska-Pruszyńska** oraz mec. **Iwona Wal-Wrześniewska** w rozmowie z Adrianem Boguskim przybliżają zasady funkcjonowania sądu lekarskiego oraz odczarowują stereotypowe postrzeganie lekarskiej sali sądowej.

Jaki jest przebieg sprawy od wniesienia skargi do OROZ do wszczęcia postępowania przez OSL?

Magdalena Rychłowska-Pruszyńska:

Wszystkie sprawy, zawsze na początku rozpatrywane przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, mogą zakończyć się odmówieniem wszczęcia postępowania, np. wtedy, kiedy skarga nie dotyczy lekarza. Rzecznik może też umorzyć postępowanie, jeśli zebrane dowody, a szczególnie opinie biegłych, wskazują, że lekarz w momencie zdarzenia działał zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Trzecia możliwość to wystąpienie z wnioskiem o ukaranie lekarza, który według zebranych przez OROZ materiałów dowodowych naruszył normy etyczne lub prawne. Po sporządzeniu przez OROZ wniosku o ukaranie sprawa kierowana jest do OSL. Od tego momentu lekarz nie występuje już w charakterze świadka, ale obwinionego, przeciwko któremu toczy się proces.

Jakie kary grożą lekarzom uznanym za winnych?

M.R.P.: Zasądzane kary określa katalog zawarty w ustawie o izbach lekarskich. Najniższa kara to upomnienie, najwyższa zaś – dożywotnie odebranie prawa wykonywania zawodu. Pozostałe kary zacierają się w różnym czasie: kara upomnienia w ciągu roku, nagany w ciągu trzech lat. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu może obowiązywać dłużej niż trzy lata.

Iwona Wal-Wrześniewska: Wspomniany katalog ułożony jest tak, by na początku sąd korzystał z najłagodniejszych środków. Sąd może umorzyć postępowanie, gdy przewinienie jest niewielkiej wagi albo gdy lekarz został już ukarany w procesie karnym; sąd lekarski nie ma intencji karania go dotkliwiej. Z tych przepisów ustawy o izbach lekarskich OSL coraz częściej korzysta, ponieważ wyroków skazujących wydaje się stosunkowo dużo.

Jaka jest proporcja spraw związanych z naruszeniem zasad KEL do spraw dotyczących błędów medycznych?

I.W.W.: Prowadziłam badania naukowe, które ukazały się w kilku publikacjach. Wynika z nich, że 70–80 proc. spraw, które prowadzi okręgowy sąd lekarski, dotyczy błędów medycznych, natomiast reszta – naruszeń KEL. Odrębna kategoria to kwestie złego prowadzenia dokumentacji medycznej, z czego mogą wynikać późniejsze błędy medyczne.

M.R.P.: W naszym sądzie w ostatnich latach spada liczba spraw dotyczących błędów medycznych, a wzrasta liczba tzw. etycznych. W zakresie naruszania zasad etyki prowadzimy sprawy związane z pracą pod wpływem alkoholu, z publikowaniem różnych wpisów w Internecie (m.in. reklam leków, wpisów dyskredytujących kolegów lekarzy lub podważających ich kompetencje, reklamowania swoich umiejętności niezgodnie z KEL), z wystawianiem zaświadczeń lekarskich poświadczających nieprawdę lub niepopartych kompetencjami lekarza w danym zakresie, z przyjmowaniem korzyści majątkowych, wystawianiem recept dla nieistniejących osób i nieprawidłowościami w zakresie wykorzystywania możliwość refundacji środków medycznych. Wśród spraw dotyczących błędów medycznych domi-

Fot. K. Bartyzel

nują sprawy związane ze stomatologią, w tej dziedzinie bowiem pacjenci płacą za leczenie i liczą na zwrot kosztów lub odszkodowanie. My jednak nie mamy możliwości zasądzania ekwiwalentu finansowego. Ostatnio pojawiło się też więcej spraw dotyczących nieprawidłowego działania diagnostyczno-leczniczego na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wiemy, że na SOR działa się pod wpływem presji, poczekalni przepełnionej pacjentami, którzy w prawidłowo funkcjonującym systemie mogliby być przyjęci przez POZ. Na SOR z reguły pracuje młody lekarz, który sam zajmuje się trudnymi przypadkami, często bez wsparcia potrzebnego do prawidłowego przeprowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego.

Pacjent może wstąpić na drogę postępowania karnego lub cywilnego, dlaczego zatem ważne jest, by sprawy o naruszenie zasad etyki lekarskiej czy popełnienie błędu medycznego rozpatrywał sąd lekarski?

M.R.P.: Postępowania w sądach powszechnych ciągną się latami. Ostatnio po 15-letnim procesie dotarł do nas wyrok z sądu karnego dotyczący ginekologa. Wyrok był uniewinniający, ale przez 15 lat ten lekarz żył w obawie przed negatywnym wyrokiem. Przewlekłość procesów powoduje ogromny dyskomfort w życiu osobistym i zawodowym.

I.W.W.: Często sąd lekarski nie do końca wie, czy sądzić, czy zawiesić postępowanie i czekać na wyrok karny, kiedy ma miejsce tożsamość czynu (tj. zarzucany przez OROZ czyn jest taki sam jak w akcie oskarżenia w procesie karnym). We wspomnianej sprawie, jeśli nie wystąpiłaby owa tożsamość i OROZ inaczej postawiłby zarzut, sąd lekarski mógłby skupić się na braku należytej staranności, a nie od razu na błędzie medycznym. Te pojęcia nie są tożsame. Mimo że wyrok sądu lekarskiego nie jest wiążący dla sądu karnego i prokuratury, z doświadczenia wiem, że ma istotny wpływ na działanie sądów powszechnych. Możemy powiedzieć, że „wskazuje kierunek" pozostałym organom, które biorą pod uwagę fakt skazania lub uniewinnienia przez OSL.

Na czym polega przewaga sądu lekarskiego nad sądami powszechnymi?

I.W.W.: Sędziowie sądu lekarskiego mają wiedzę medyczną. Obwiniony jest lekarzem, jego obrońca też może być lekarzem. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej również jest lekarzem. Jesteśmy więc w środowisku, w którym wszyscy reprezentują pewien poziom wiedzy medycznej. Kiedy podczas sprawy występuje biegły z danej specjalizacji, pytania dotyczące przedmiotu sprawy są zupełnie inne niż w sądach powszechnych, w których sędziowie nie znają się na medycynie. Zdarzyło mi się, że na rozprawie przed sądem powszechnym sędzia dawał mi sygnały, iż on pierwszy raz orzeka w sprawie dotyczącej błędu medycznego i nie zna np. podstawowych badań. Uważam ponadto, że dobre orzeczenie w sądzie lekarskim pomoże lekarzowi w sądzie powszechnym. Sędziowie sądów powszechnych zdają sobie sprawę, że ich wiedza nie jest dostateczna i często korzystają z naszych orzeczeń. Uczestniczyłam w sprawach karnych, w których wyrok sądu lekarskiego zadecydował o tym, czy prokurator dalej prowadził postępowanie, czy je umorzył.

Zatem można powiedzieć, że orzeczenia sądu lekarskiego stanowią podstawę pracy sędziów sądów powszechnych?

I.W.W.: Dla sędziów, którzy z respektem odnoszą się do wiedzy medycznej, tak. Orzeczenia sądu lekarskiego przynoszą więcej korzyści niż szkody obwinionemu. Nawet w przypadku upomnienia OSL uzasadnia, dlaczego nie zastosował wyższej kary. Często sędziowie uznają, że wcale nie chodziło o kwestie błędu medycznego, ale o sprawy związane z organizacją pracy czy prowadzeniem dokumentacji medycznej. Sądy powszechne skupiają się na błędzie medycznym. Lekarskie zaś zwracają w pierwszej kolejności uwagę na to, czy lekarz zachował należytą staranność, opierają się również na Kodeksie Etyki Lekarskiej, czego nie robią sądy powszechne. OSL często ocenia zachowanie lekarza, jego reakcję na popełniony błąd. Sąd karny nie bierze tych kwestii pod uwagę albo uwzględnia je w niewielkim stopniu. Skoro wypełniono znamiona przestępstwa, musi być kara.

Na jakie przeszkody najczęściej natrafia sąd lekarski w procesach?

M.R.P.: Zasadniczym utrudnieniem jest niestawianie się obwinionego na rozprawy. Niektóre osoby uważają, że ich absencja na posiedzeniach sądu spowoduje, że sprawa nie będzie rozpatrywana. Ponieważ stawiennictwo na rozprawie nie jest obowiązkowe, sąd – widząc świadome uchylanie się – może prowadzić sprawę pod nieobecność obwinionego i wydać wyrok. Zdarza się, że do permanentnie uchylającego się obwinionego zgłasza się fundacja w celu wyegzekwowania kary, która została na jej rzecz zasądzona. Wtedy dopiero ukarany lekarz wykazuje się aktywnością, niestety spóźnioną. Z kolei prawnicy broniący lekarza (którzy coraz liczniej występują w OSL) wykorzystują kruczki prawne umożliwiające przedłużenie postępowania sądowego i jeśli nie mogą wygrać sprawy, chcą doprowadzić do jej przedawnienia, które w przypadku OSL następuje po pięciu latach.

I.W.W.: Niektórzy sędziowie nie chcą zaczynać procesu bez obwinionego, uważają bowiem, że najważniejsza jest bezpośrednia rozmowa. Sądowi lekarskiemu nie zależy na skazaniu lekarza, ale przede wszystkim na wyjaśnieniu sprawy. W odróżnieniu od sądów powszechnych OSL zna organizacyjną strukturę systemu ochrony zdrowia, czyli wie, co oznacza i z jakimi kompetencjami wiąże się np. trzeci stopień referencyjności danej placówki. Obwiniony nie powinien obawiać się przyjścia na rozprawę. Zachęcamy do stawiania się na pierwsze terminy rozpraw, ponieważ wiele kwestii można od razu wyjaśnić.

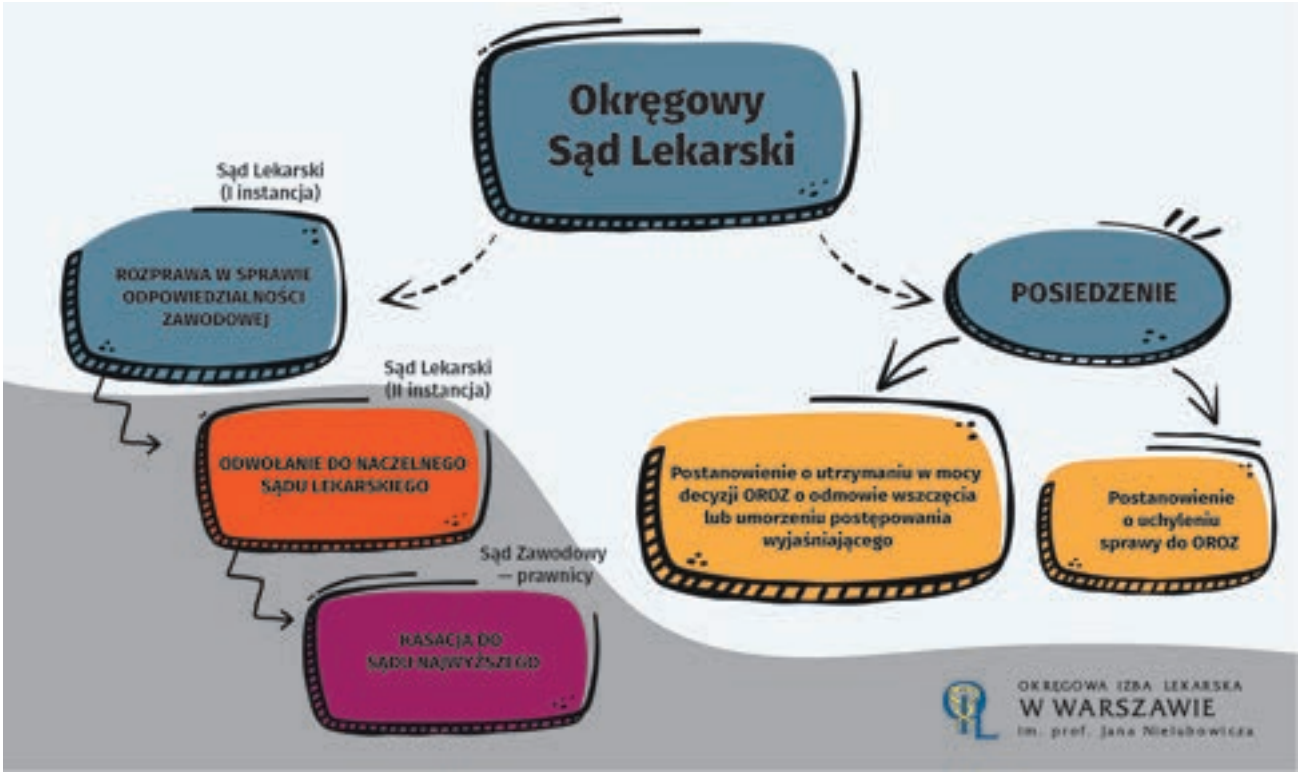
Jakie więc korzyści może przynieść obwinionemu stawienie się na sprawę?

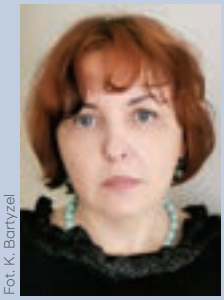
I.W.W.: Pierwsza korzyść wynika z możliwości złożenia przez obwinionego wyjaśnień, co przyczynia się do bardziej wnikliwej analizy sprawy, niż miało to miejsce w pierwotnej skardze. Drugą rzeczą jest możliwość dobrowolnego poddania się karze. Wówczas zawsze kara jest zdecydowanie niższa, niż kiedy obwiniony nie przybywa na rozprawę i sąd lekarski widzi jego niechętną postawę. OSL ocenia lekarza z punktu widzenia KEL. Jeżeli lekarz bagatelizuje sprawę, nie może liczyć na łagodne potraktowanie. Podczas rozpatrywania sprawy przez OSL może okazać się również, że trzeba umorzyć postępowanie ze względu na to, że przewinienie jest niewielkiej wagi lub że wskazana będzie mediacja.

M.R.P.: Inne korzyści wiążą się z tym, że sprawę rozpatruje sąd składający się z lekarzy różnych specjalności czynnych zawodowo, sędziów znających realia pracy w różnych placówkach ochrony zdrowia (szpitalu powiatowym, klinice, na oddziale, w ZPOZ), znających zadania i kompetencje poszczególnych członków zespołu leczącego. To sąd wszechstronnie potrafi ocenić, czy szkoda, jakiej doznał pacjent, jest zdarzeniem medycznym, wynika z błędu lekarskiego, czy powikłaniem, które może wystąpić po najprostszej procedurze medycznej. Dlatego wyrok OSL jest ważny. Trzeba podkreślić, że my nie wzywamy, ale informujemy o prawie obwinionego lekarza do stawienia się w sądzie. Jeżeli z tego prawa nie skorzysta, nie mamy możliwości obronienia go. Stawienie się na sprawie daje szanse obrony, osobistego wyjaśnienia okoliczności sprawy, co może pomóc w innych postępowaniach.

Jak funkcja przewodniczącej OSL w Warszawie wpływa na pani praktykę lekarską?

M.R.P.: Myślę, że na wszystkich sędziach OSL procesy sądowe odciskają piętno. Praca w OSL uświadomiła mi, że – po pierwsze – najważniejszy podczas wizyty jest czas, jaki mogę poświęcić na zbadanie pacjenta i wysłuchanie informacji o jego problemach zdrowotnych. Po drugie, ważne jest prowadzenie starannej dokumentacji czynności wykonanych podczas wizyty. Dobrze prowadzona dokumentacja może obalić bezpodstawne oskarżenia. Po trzecie, trzeba spokojnie i przekonująco przedstawić pacjentowi oraz rodzinie plan leczenia, zapoznać ich z możliwościami wystąpienia powikłań, a także innymi metodami leczenia. Myślę, że wiele spraw, które trafiają do naszego sądu, nie musiałoby się rozstrzygać na sali sądowej, gdyby lekarz miał czas na spokojną rozmowę z chorym i przedstawienie mu planu leczenia. ■





Fot. K. Bartyzel

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy Lekarze, jako rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie reprezentuję Wasze interesy na podstawie uchwały nr 471/P-VIII/19 z 17 kwietnia 2019 r., art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 ze zm.).

W ostatnim czasie palącym problemem w naszym środowisku stała się wysokość wypłat dodatku covidowego dla lekarzy w podmiotach medycznych województwa mazowieckiego.

Nasi koledzy wielokrotnie zgłaszali mi przypadki dotyczące zarówno całkowitego braku wypłaty dodatku, jak i bezzasadnego obniżania jego wysokości. Po przeanalizowaniu tych sytuacji oraz potwierdzeniu faktu różnicowania wysokości wypłacanego dodatku covidowego w zależności od przepracowanego przez lekarza czasu pracy przy pacjentach z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19 doszłam do wniosku, że jest to niezgodne z interpretacją przepisów dokonaną przez ministra zdrowia. Wyjaśnił on bowiem wątpliwości w odniesieniu do sytuacji, w których możliwe jest obniżenie wysokości dodatku, wskazując, że w przypadku wykonywania pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego **przez niepełny miesiąc** świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. **Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia świadczenia dodatkowego określona w poleceniu ministra zdrowia z 4 września 2020 r.**

Jednocześnie szef resortu wyjaśnił, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie musi ewidencjonować czasu pracy konkretnego pracownika przy pacjentach z COVID-19, co implikuje, iż zmniejszanie wynagrodzenia dodatkowego proporcjonalnie do czasu pracy przy pacjentach z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19 jest niezasadne. Zatem nie ma znaczenia, czy kontakt z pacjentem ma charakter ciągły, czy nie, dodatek powinien zostać wypłacony. Po moich interwencjach w podmiotach leczniczych i przesłaniu uzyskanego przeze mnie stanowiska z Ministerstwa Zdrowia kierownicy jednostek zaczęli wypłacać lekarzom należny dodatek covidowy. Zatem w każdym przypadku problemów z wypłatą dodatku proszę o zgłaszanie tego faktu do Biura Rzecznika Praw Lekarza, bowiem nie możemy pozwalać, aby nasza praca była niedoceniana. ■

Fotografie: archiwum

Dokumentacja medyczna

Analiza przypadku

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Nie trzeba chyba nikogo przekonywać, jak ważnym obowiązkiem jest prowadzenie dokumentacji medycznej. W natłoku zajęć może się zdarzyć, że dokumentacja jest prowadzona niepoprawnie albo w ogóle nie jest prowadzona. Konsekwencje nieprawidłowego postępowania w tym zakresie obrazuje kolejna analiza przypadku.

W październiku 2014 r. pan R. zgłosił się do lekarza B., specjalisty z zakresu dermatologii. Powodem wizyty były znamiona na plecach. Pacjenta skierowano na zabieg usunięcia znamion, które wstępnie zdiagnozowano jako nabłoniaka podstawnokomórkowego. 26.10.2014 r. pan R., zgodnie z zaleceniem lekarza, zgłosił się do specjalisty z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej dr H., aby usunąć zmiany. Dr H. wyjaśnia, że nie założyła historii choroby, ponieważ pan R. był jednorazowym pacjentem. Podejrzewała zmianę złośliwą skóry, którą usunęła w znieczuleniu miejscowym. Następnie poinformowała pana R. o konieczności zgłoszenia się po odbiór wyniku badania histopatologicznego. Niestety, na skierowanie na badanie wylała się formalina z pojemnika z preparatem i nie można było odczytać danych pacjenta. Wycięta zmiana skórna nie została oddana do badania, a dr H. oczekiwała na ponowne pojawienie się pacjenta w gabinecie. W marcu 2016 r. pan R. zgłosił się do dr H., informując o wznowie choroby. Przeprowadzona przez dr H. dalsza diagnostyka wskazała na rozpoznanie czerniaka złośliwego z przerzutami do węzłów chłonnych oraz tkanki podskórnej karku. Podjęto leczenie onkologiczne, m.in. przeprowadzono operację wycięcia wznowy miejscowo, a także usunięcia węzłów chłonnych nadobojczykowych i szyi.

Pacjent zarzucił dr H., że podczas leczenia popełniła błąd medyczny, nie oddała wyciętej zmiany skórnej na badania, co skutkowało opóźnieniem w rozpoznaniu nowotworu złośliwego i wdrożeniu właściwego leczenia, tym samym naraziło pana R. na rozwój choroby nowotworowej zagrażającej życiu. Pacjent wniósł zatem o wypłatę na swoją rzecz zadośćuczynienia za doznaną szkodę w wysokości 300 tys. zł.

W celu ustalenia, czy postępowanie medyczne dr H. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, zasięgnięto opinii lekarza specjalisty z zakresu chirurgii.

W opinii medycznej biegły stwierdził, że niezałożenie dokumentacji medycznej podczas wizyty pacjenta w 2014 r. jest postępowaniem nieprawidłowym. Dokumentacja medyczna musi być bowiem sporządzona niezależnie od tego, czy jest to wizyta odpłatna, czy z ubezpieczenia, zwłaszcza gdy wykonywany jest zabieg operacyjny. W przypadku prawidłowo prowadzonej dokumentacji nie byłoby problemu z wezwaniem pacjenta lub uzupełnieniem utraconych danych z dokumentacji. Brak danych pana R. spowodował niemożność kontaktu z pacjentem i prawie dwuletnie opóźnienie w rozpoczęciu leczenia. Opiniujący podał, że leczenie rozpoczęte po wizycie w 2014 r. mogło zdecydowanie poprawić rokowanie i zmienić przebieg choroby. Jednocześnie wskazał, że do opóźnienia w leczeniu przyczyniły się obie strony, zarówno dr H., jak i pacjent, który nie zgłosił się po wynik badania histopatologicznego zgodnie z zaleceniami. Gdyby pan R. rozpoczął leczenie w 2014 r., prawidłowe postępowanie polegałoby na biopsji węzła wartowniczego i poszerzeniu wycięcia miejscowego. Dalsze postępowanie uzależnione byłoby od wyniku badania histopatologicznego usuniętych tkanek. Prawdopodobnie uniknięto by rozległych operacji węzłów chłonnych, ale nie ma co do tego całkowitej pewności. W przypadku dodatniej biopsji węzła wartowniczego usunięcie węzłów chłonnych byłoby konieczne. Leczenie naprawcze zostało rozpoczęte. Składa się na nie leczenie chirurgiczne, radio- i chemioterapia. Leczenie chirurgiczne polega na poszerzeniu wycięcia miejsca pierwotnego zabiegu oraz usunięciu wszystkich zmienionych przerzutowo węzłów. Następnym etapem jest radioterapia

i chemioterapia celowana po wykonaniu oznaczenia mutacji genowych. Opiniujący wskazał, że rokowanie w przypadku rozsianego czerniaka jest złe, co wynika z niskiego odsetka wyleczeń.

Niezależnie od tego biegły stanął na stanowisku, że pacjent zdecydowanie przyczynił się do zwiększenia rozmiaru szkody, nie zgłaszając się po wynik badania histopatologicznego. Gdyby przyszedł w wyznaczonym terminie, powstałe opóźnienie byłoby najwyżej kilkutygodniowe, nie miałoby więc istotnego znaczenia dla przebiegu choroby.

Mając to na uwadze, wskazano, że zaniedbanie dr H. nosi znamiona winy i uznano odpowiedzialność. Niemniej jednak przyjęto, że pan R. w efekcie niezgłoszenia się przez niemal półtora roku do dr H. po wynik badania histopatologicznego przyczynił się do pogorszenia swojego stanu zdrowia w 50 proc. Gdyby zgodnie z zaleceniami zgłosił się na zdjęcie szwów i po odbiór wyniku, rozpoznanie postawiono by wcześniej i podjęto odpowiednie leczenie.

Ze względu na fakt, że pan R. doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a także biorąc pod uwagę okres leczenia, złe rokowanie oraz uwzględniając przyczynienie się poszkodowanego do powstałej szkody, dokonano wypłaty na rzecz pacjenta zadośćuczynienia w wysokości 35 tys. zł.

Pytanie redakcji: W tym przypadku możemy powiedzieć, że brak dokumentacji medycznej spowodował dalsze konsekwencje dla zdrowia pacjenta. Czy istnieją sytuacje, w których lekarz może odstąpić od prowadzenia dokumentacji medycznej?

Odpowiedź prawnika lekarza: Nie, dokumentowanie wszystkich istotnych informacji związanych z leczeniem pacjenta jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa. Co więcej, dokumenty te są niezwykle istotne dla ewentualnego postępowania sądowego, czy rozliczeń z NFZ. Najistotniejsze jednak, że mają wpływ na przebieg dalszego leczenia. W omawianym przykładzie ten wpływ był niebagatelny.

Pytanie redakcji: Czy brak dokumentacji może sam w sobie generować roszczenia pacjentów?

Odpowiedź prawnika lekarza: Oczywiście, w takiej sytuacji następuje naruszenie praw pacjenta. Warto wiedzieć, że prawo pacjenta do wglądu w dokumentację medyczną stanowi element prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Nie można zapominać, że roszczenie o naruszenie praw pacjenta jest niezależne od roszczenia związanego z błędem medycznym. W omawianym przypadku nie zostało wniesione jednak roszczenie w tym zakresie. ■

www.prawniklekarza.pl

Podsiadły Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

PRAWNIK LEKARZA

Fot. archiwum

Polski Ład

AKTUALNOŚCI PRAWNOMEDYCZNE

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Uwaga opinii publicznej od kilku tygodni kierowana jest na rozwiązania nazywane „Polskim Ładem". Zgodnie z oficjalną informacją, jest to plan odbudowy polskiej gospodarki po pandemii COVID-19, który ma zmniejszyć nierówności społeczne i stworzyć lepsze warunki do życia wszystkim obywatelom. Jednym z jego fundamentów są rozwiązania przewidujące znaczące usprawnienie działania służby zdrowia.[1] Do tej pory w ramach Polskiego Ładu przedstawiony został jeden istotny projekt legislacyjny obejmujący ochronę zdrowia, dotyczący zmian w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.[2] Ten niezwykle krótki akt prawny wprowadzić ma zmianę polegającą na zwiększaniu puli środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, tak by docelowo nie mogła być niższa niż 7 proc. produktu krajowego brutto. Zwiększanie wydatków ma następować stopniowo, a zakładany pułap ma zostać osiągnięty w 2027 r. Jednocześnie projekt ustawy rozszerza możliwość finansowania opieki zdrowotnej przez dotacje z budżetu państwa na określone świadczenia gwarantowane.

W uzasadnieniu projektu autorzy wskazują, że proponowane rozwiązania są wynikiem dialogu społecznego, aczkolwiek podczas ich przygotowywania odstąpiono od konsultacji publicznych *„z uwagi na jednoznacznie pozytywny charakter projektu"* oraz konieczność implementacji zmian w ustawie budżetowej na 2022 r. Projekt przewiduje, że ustawa wejdzie w życie w terminie 14 dni od uchwalenia. Do omawianego projektu zgłoszono kilka poprawek na etapie prac w Senacie,[3] w tym polegającą na zwiększeniu środków na finansowanie ochrony zdrowia do poziomu 7,2 proc. produktu krajowego brutto, począwszy od 2025 r. Projekt po poprawkach Senatu jest obecnie ponownie procedowany w Sejmie.

Zwiększenie wysokości środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia wychodzi naprzeciw zgłaszanym od długiego czasu przez przedstawicieli zawodów medycznych postulatom. Zaprezentowany projekt zmian jest jednak bardzo ogólnikowy. Poza ustaleniem wyższego poziomu finansowania nie zawiera innych konkretnych rozwiązań dotyczących systemu ochrony zdrowia, w szczególności sposobu wydatkowania omówionych środków, poprawy warunków pracy czy zwiększenia efektywności systemu.

Naczelna Rada Lekarska krytycznie o projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej

Równolegle trwają prace legislacyjne nad projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Zdecydowanie krytyczne

[1] https://www.gov.pl (dostęp: 15.09.2021).

[2] https://orka.sejm.gov.pl (dostęp: 15.09.2021).

stanowisko wobec projektu zajęła Naczelna Rada Lekarska.[4] Wskazała, że cel ustawy w zakresie poprawy jakości leczenia jedynie wówczas zostanie osiągnięty, jeżeli przyjęte regulacje opierać się będą na mierzalnych i weryfikowalnych wskaźnikach oraz nie będą wprowadzać zachęt do działań mających na celu jedynie poprawę wskaźników, a nie faktyczną poprawę opieki nad chorym. Autorzy stanowiska zwracają uwagę na duży stopień ogólności projektu ustawy i brak projektów ministerialnych rozporządzeń w kluczowych jej aspektach. Formułują również zasadnicze zastrzeżenie systemowe, dotyczące powierzenia Narodowemu Funduszowi Zdrowia jednocześnie roli płatnika i zadań autoryzacji oraz akredytacji, grozi to bowiem konfliktem interesów. NRL krytycznie odnosi się m.in. do przewidywanej likwidacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także nałożenia na podmioty lecznicze nowych obowiązków związanych z wdrożeniem wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa, jednakże bez określenia dodatkowych źródeł finansowania.

Odnośnie do projektowanego systemu reagowania na szkody medyczne autorzy stanowiska zwracają uwagę, że w ustawie nie przewidziano rozwiązań w wystarczającym stopniu zachęcających do raportowania zdarzeń niepożądanych. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego powinno wykluczać możliwość wszczęcia wobec osoby, której dotyczy, postępowania dyscyplinarnego, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania karnego, chyba że w wyniku analizy przyczyn okaże się, że zdarzenie było spowodowane niedozwolonym czynem popełnionym umyślnie. W innym wypadku proponowanego systemu nie będzie można określić jako *no-fault,* a osoby, których dotyczyć będą zgłoszenia zdarzeń medycznych, nadal będą musiały liczyć się z ryzykiem poniesienia konsekwencji prawnych. W omawianym stanowisku zwrócono również uwagę na brak precyzji w ustawowej definicji zdarzenia niepożądanego, w której zastosowano ogólne określenie „negatywne skutki", których kompensaty może oczekiwać pacjent. Z drugiej strony definicja zdarzenia niepożąda-nego opiera się na ustaleniu z wysokim prawdopodobieństwem nieprawidłowego postępowania personelu medycznego, co nakierowuje jej treść oraz cel postępowania na kwestie związane z winą. Propozycja NRL zakłada, że nowy system rekompensat dla pacjentów powinien opierać się na pojęciu „wypadku medycznego". Odpowiadałoby to modelowi szwedzkiemu, w którym odszkodowania należą się za szkody na zdrowiu, do których w normalnym przebiegu leczenia nie powinno dojść, a procedura ich dochodzenia nie ma na celu stwierdzenia, że szkoda jest wynikiem nieprawidłowego postępowania, ale ustalenie, czy jest nieoczekiwanym następstwem. NRL zwraca również uwagę, że regulacja dotycząca wysokości świadczeń powinna dopuszczać możliwość ich waloryzacji i dostosowania do aktualnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Konkludując, autorzy stanowiska NRL stwierdzają, że skierowany do konsultacji projekt ustawy jest skrajnie niedopracowany. Jednocześnie negatywnie oceniają pośpiech towarzyszący pracom legislacyjnym, w związku z planami, że omawiana ustawa wejdzie w życie już 1 stycznia 2022 r.

[3] https://orka.sejm.gov.pl (dostęp: 15.09.2021).

[4] Stanowisko nr 88/21/P-VIII z 20 sierpnia 2021 r., https://nil.org.pl (dostęp: 16.09.2021).

[5] https://www.sejm.gov.pl (dostęp: 16.09.2021).

Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych

W sierpniu 2021 r. do Sejmu wpłynął rządowy projekt o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw.[5] Zakłada on kilka istotnych zmian w obowiązujących przepisach, w szczególności powołanie Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, którego celem będzie wypłacanie świadczeń osobom dotkniętych niepożądanym działaniem szczepionki, skutkującym koniecznością hospitalizacji przez okres nie krótszy niż 14 dni. Świadczenia kompensacyjne mają być związane z niepożądanymi skutkami zarówno szczepień obowiązkowych, jak i nieobowiązkowych, ale organizowanych przez organy państwa i finansowanych z budżetu, przede wszystkim przeciw COVID-19. Świadczenia te wypłacane będą w trybie postępowania administracyjnego, mocą decyzji rzecznika praw pacjenta, od której przysługiwać będzie skarga do sądu administracyjnego. Limit świadczenia kompensacyjnego wynieść ma 100 tys. zł. Głównym źródłem finansowania funduszu będą wpłaty dokonywane przez firmy farmaceutyczne oraz hurtownie, które zawarły ze Skarbem Państwa umowę o realizację dostaw szczepionek do przeprowadzania szczepień ochronnych.

Obok przepisów dotyczących Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych omawiany projekt przewiduje nowelizację ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, m.in. przez wprowadzenie kar pieniężnych w wysokości od 5 tys. do 30 tys. zł za nieudzielenie informacji w dochodzeniu epidemiologicznym prowadzonym przez Inspekcję Sanitarną, a także za nierealizowanie zadań w ramach procedury monitorowania występowania wariantów wirusa SARS-CoV-2 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ten ostatni aspekt wiąże się z wprowadzeniem obowiązku zgłaszania do systemu teleinformatycznego każdego pozytywnego wyniku testu na COVID-19 oraz wdrożenia systemu sekwencjonowania wariantów wirusa SARS-CoV-2.

Omawiany projekt ustawy jest dopiero na pierwszym etapie prac w Sejmie. Wzrost liczby przypadków zakażenia SARS-CoV-2 spowoduje niewątpliwie przyspieszenie procesu legislacyjnego. ■

#SPRAWDZAM

Miliard na priorytet/Co z tym wzrostem?

MAŁGORZATA SOLECKA

Premier Mateusz Morawiecki chwali się osiemdziesięciomiliardową nadwyżką w budżecie państwa (projekt nowelizacji ustawy budżetowej rząd złożył w Sejmie, posłowie zajmą się nim jeszcze we wrześniu) i ogłasza publicznie, że w 2021 r. ochrona zdrowia otrzymała rekordowo dużo pieniędzy, a w dodatku do Narodowego Funduszu Zdrowia budżet państwa przekaże miliard złotych m.in. na podwyżki dla personelu medycznego.

Szef rządu niemal na jednym oddechu kontynuował dobre nowiny, zapowiadając, że na inwestycje wodno-kanalizacyjne zostanie przekazanych około 4 mld zł. To chyba najlepsze podsumowanie i „sprawdzam" podejścia rządzących do ochrony zdrowia i jej miejsca na liście priorytetów.

Pieniędzy w systemie rzeczywiście jest więcej. Według danych opublikowanych przez GUS bieżące wydatki na zdrowie – publiczne i prywatne – w 2020 r. stanowiły 7,1 proc. PKB. Na leczenie wyasygnowaliśmy 165,7 mld zł, czyli o 17,8 mld zł więcej niż w 2019. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia sięgnęły w 2020 r. 121,5 mld zł i były o 15,4 mld zł wyższe niż w 2019, a ich udział w PKB wyniósł 5,2 proc. (tj. o 0,6 punktu procentowego więcej niż w poprzednim roku).

Jednak kluczowa informacja jest ukryta w głębi komunikatu GUS: duży wzrost wydatków publicznych to efekt doliczenia pieniędzy przekazanych do NFZ z funduszu covidowego. *„Zgodnie z ustawą budżetową na 2020 r. oraz pierwotnym planem NFZ, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 107,8 mld zł, które w ciągu roku zwiększone zostały do 123,6 mld zł, a ich wykonanie wyniosło 116,3 mld zł (w tym 6,8 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przekazanych NFZ), co stanowi 5,5 proc. PKB"* – czytamy w komunikacie GUS. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie zapewniało, że pieniądze przeznaczane na walkę z pandemią, jako wydatki nadzwyczajne – choć związane z bieżącą działalnością ochrony zdrowia – nie będą doliczane, żeby nie zakłócać obrazu realizacji ustawy o wzroście nakładów na ochronę zdrowia.

Ci, którzy spodziewali się, że mimo tych zapowiedzi wydatki na bieżącą walkę z COVID-19 zostaną doliczone do wydatków na zdrowie, nie mylili się. Tak było w 2020 r., tak będzie zapewne i w 2021, i w latach następnych. To jednak nie wszystko, bo nowe przepisy uchwalonej ostatecznie przez parlament tzw. ustawy 7 proc. na zdrowie (Sejm we wrześniu odrzucił poprawki Senatu, przede wszystkim zwiększające i przyspieszające wzrost nakładów publicznych) pozwalają na wliczanie do wydatków bieżących również kwot wydawanych na cele inwestycyjne. Efekt będzie oczywisty: nakłady będą rosnąć „jak na drożdżach", ale ten wzrost bardzo trudno będzie – na gruncie krajowym – porównać z notowanym w latach poprzednich, bo to będzie porównywanie arbuzów ze śliwkami. Niby możliwe, a jednak niewiele mówiące.

Zdani więc będziemy (ci, którzy zechcą kontrolować, porównywać i sprawdzać) na dane międzynarodowe: GUS nadal będzie musiał przekazywać do Eurostatu informacje dotyczące wydatków bieżących według ustalonej metody. I nadal będzie je raportował względem bieżącego PKB.

W Narodowym Rachunku Zdrowia GUS stosuje do obliczeń metodę międzynarodową i odnosi wydatki do PKB z tego samego roku. Jednak – bodaj po raz pierwszy w opublikowanej przed miesiącem informacji – we współpracy z Ministerstwem Zdrowia przygotował zestawienie obrazujące realizację ustawy 6 proc. PKB na zdrowie, czyli odniósł wydatki z 2020 r. do PKB sprzed dwóch lat. GUS wykazuje więc, że w 2019 r. środki publiczne na ochronę zdrowia, liczone według metody ustawowej, stanowiły 5,18 proc. PKB, ale według metody międzynarodowej i stosowanej w Narodowym Rachunku Zdrowia – zaledwie 4,47 proc. W 2020 r. było to, według pierwszych szacunków, odpowiednio 5,5 proc. i 5 proc. PKB (ale z doliczonymi wydatkami covidowymi).

Jeszcze raz zatem, dla pamięci, sprawdzam: w 2019, ostatnim przedpandemicznym roku, nakłady publiczne na zdrowie stanowiły 4,47 proc. PKB. W 2014 ów wskaźnik wynosił 4,6 proc. PKB. Taki mamy wzrost. ■

Postęp w dydaktyce – tak, ale zdalne nauczanie medycyny – nie

Poruszając na zajęciach konkretne zagadnienia, oczekujemy, że student ma większą łatwość poszerzania wiedzy i robi to w szybszym tempie niż my w latach 80. – mówi prof. **Marek Kuch**. O zmieniających się metodach dydaktycznych, relacjach student – profesor oraz nieustannie rosnącym zasobie wiedzy medycznej na studiach lekarskich z prorektorem ds. studenckich WUM rozmawia Adrian Boguski.

Fot. archiwum

Z jakim wyobrażeniem, stworzonym na podstawie opowieści ojca, również kardiologa i dziekana II Wydziału Lekarskiego WUM, decydował się pan na podjęcie studiów?

Powiedziałbym: więcej niż wyobrażeniem, które powstało na podstawie opowieści. Oceniając retrospektywnie: życie mojej rodziny w dużej części toczyło się wokół medycyny, mimo zachowania wszystkich aspektów funkcjonowania normalnej rodziny. Ponadto prawie połowa członków nieco dalszej rodziny także była lekarzami, więc również tu wszechobecna była medycyna. Od dzieciństwa znałem szpital przy ul. Lindleya, kiedyś nazywany „szpitalem na Oczki", w którym, w klinice kardiologii, pracował mój ojciec. Sławna aleja kasztanowa wewnątrz szpitala, przy której mieszczą się poszczególne oddziały i kliniki, stanowiła miejsce spacerów. Chyba wszystkie „dzieci szpitala" znały tę aleję. Zespół kliniki, w której pracował ojciec, był bardzo zżyty, a szef – prof. Askanas – pozwalał, abyśmy przychodzili do tzw. socjalnej części kliniki (umożliwiała to jej struktura oddzielająca sale chorych).

Sławne były imieniny profesora, podczas których nikomu z asystentów nie wolno było wchodzić do sekretariatu, tylko dzieciom, które zostały zaproszone i mogły buszować, i bawić się z gospodarzem wszystkim, co było w gabinecie. Nie muszę zapewne dodawać, że pracujący w klinice to były „ciocie" i „wujkowie", bywający w dużej części u nas w domu. Widziałem więc od dziecka zawód lekarza z różnych stron, choć zapewne nie potrafiłem go jeszcze w pełni trafnie zdefiniować. Nie ma jednak wątpliwości, że spostrzeżenia te wpłynęły formująco na moją (i nie tylko moją) przyszłość i wybór studiów.

Jakie różnice dydaktyczne dzielą studia medyczne z lat 80. od obecnych?

Mam wrażenie, że szefowie kliniki, profesorowie w czasach mojego ojca byli traktowani prawie jak półbogowie, których otaczał wianuszek zauroczonych asystentów i studentów. To oni posiadali monopol na prawdę, a kiedy coś mówili, ich słowa były uznawane niemal za święte. Stosunki te za czasów moich studiów (1982–1988) były już bardziej stonowane. Dzisiaj natomiast relacja między studentem i wykładowcą jest zupełnie inna, kontakt na pewno bardziej bezpośredni, dystans między wykładowcą i studentem mniejszy, zajęcia polegają często na wymianie myśli studenta i profesora. Młodzież nie boi się pytać. Zdarza się, że student, przeczytawszy jakąś wiadomość medyczną w Internecie, niemal natychmiast pyta wykładowcę o dane zagadnienie, oczekując dyskusji na ten temat. To znak czasu komputerów i szybkiego dostępu do wiedzy. Mnie obecna forma kontaktów odpowiada, co jednak nie oznacza, że nie jestem zwolennikiem relacji mistrz – uczeń opartej na wiedzy i doświadczeniu. Wszyscy potrzebujemy autorytetów.

Czy dzisiejsze oczekiwania studentów w jakiś sposób różnią się od tych, które pan i pańscy koledzy wiązali z medycyną?

To pytanie raczej do obecnych studentów. Ja mogę powiedzieć, że na uniwersytetach medycznych nieustannie ścierają się dwie idee. Z jednej strony przygotowanie lekarzy do praktyki, czego zawsze najbardziej pożąda większość studentów. Ja również byłem w tej grupie. Kiedy przyszedłem na studia, interesowało mnie przede wszystkim diagnozowanie i leczenie chorych. Chcieliśmy się „dopchać" do każdego pacjenta, by go zbadać – najlepiej, żeby nam stworzono taką okazję już na pierwszym roku studiów. To naturalny dla studenta odruch głodu wiedzy praktycznej. Z drugiej jednak strony nie możemy zapomnieć, że jesteśmy na uniwersytecie, przez co mamy rozumieć dydaktykę na wysokim poziomie, trwającą sześć lat, podczas których wiedza jest sekwencyjnie poukładana i wsparta walorem naukowym. Tworzy to często pewien dualizm – inaczej widziany przez ucznia, a inaczej przez nauczyciela. Ta różnica w oczekiwaniach wobec medycyny zawsze wyglądała podobnie. Nie wynikała jednak z okresu, w którym rozpoczynało się studia, ale ze zmiany perspektywy patrzenia na medycynę związanej z dojrzewaniem lekarza.

> Myślę, że dziś studenci muszą się znacznie bardziej natrudzić i więcej poświęcić czasu, by uzyskać ten sam zasób wiedzy praktycznej.

Kiedy pierwszy raz miał pan kontakt z pacjentem?

Wcześnie, bo już na pierwszym roku, ale proszę pamiętać, że wtedy panowały inne zasady, które były powszechnie aprobowane. Chodziliśmy już na pierwszym roku na dyżury – w ramach wolontariatu albo zatrudnialiśmy się jako pomocnicy pielęgniarek – tak chyba trzeba by to nazwać. Zatrudniano nas na takiej funkcji, bo pielęgniarek brakowało chyba zawsze. W ten sposób mieliśmy kontakt z pacjentami i atmosferą szpitalną. W wolnym czasie udawało nam się też pójść z lekarzami na obchód. Nie posiadaliśmy jeszcze odpowiedniej wiedzy, ale ją zdobywaliśmy i, co ważne, mieliśmy poczucie, że uczestniczymy w leczeniu. W kolejnych latach studiów kontynuowaliśmy zresztą tę pracę, ale już byliśmy bardziej wykształceni i nasze możliwości działania istotnie rosły. Planowe zajęcia kliniczne rozpoczynały się na trzecim roku, od tzw. propedeutyki interny i chirurgii. Teraz sytuacja jest inna – bardziej sformalizowana, co przede wszystkim wypływa z aspektów prawnych. Koła studenckie stwarzają możliwości poszerzania wiedzy zarówno dydaktycznej, jak i naukowej. Mam wrażenie, że my, w ten nieformalny sposób, zbieraliśmy na studiach więcej doświadczeń praktycznych. Myślę, że dziś studenci muszą się znacznie bardziej natrudzić i więcej poświęcić czasu, by uzyskać ten sam zasób wiedzy praktycznej.

Jak technika zmienia studia medyczne?

Całkowicie, choć bez standardowych podstaw medycyny nowości techniczne są nieprzydatne. Nie można bowiem omawiać np. działania robota da Vinci czy alloplastyki stawu biodrowego, nie posiadając podstaw wiedzy medycznej. Na pierwszych latach studiów trzeba nauczyć się anatomii, histologii, fizjologii i patofizjologii, aby móc skorzystać z rozwoju medycyny. Oczywiście, nauczanie tych dziedzin też się zmienia, ale internetowa nauka anatomii nie może się równać z nauką w sali prosektoryjnej. Postęp wiedzy jest jednak wszechobecny i oczywiście modyfikuje edukację medyczną. Ponownie pozwolę sobie odwołać się do sztafety pokoleń w mojej rodzinie na przykładzie kardiologii. Czasy, w których rozpoczynał studia mój ojciec, to leczenie zawału serca wielotygodniowym unieruchomieniem w łóżku, moje – to leczenie fibrynolityczne i rozpoczynana niemalże od początku hospitalizacji rehabilitacja. Obecnie mamy czasy kardiologii interwen-

cyjnej – angioplastyki wieńcowej i stentowania oraz wypisów pacjenta z niepowikłanym zawałem do domu już w trzeciej – czwartej dobie hospitalizacji. W innych dziedzinach medycyny postęp jest podobny, tak więc nauczanie automatycznie musi ulegać zmianie.

Dostęp do wiedzy, również medycznej, jest dziś większy. Czy kandydaci na studia medyczne są lepiej do nich przygotowani?

Tego nie umiem porównać, bo zakres wiedzy potrzebnej do dostania się na studia się zmienia. Wzrastają możliwości nauczania studentów, ale wraz z nimi wzrastają wymagania. Nam wskazywano dwie, trzy „niezastąpione" książki. Niekiedy brakowało w bibliotece książek dla wszystkich. Czas na przygotowanie się wydłużał. Studenci dzisiejsi mają szybki dostęp do licznych publikacji za pomocą Internetu. To zapewne zmieniło również nasze podejście. Poruszając na zajęciach konkretne zagadnienia, oczekujemy, że student ma większą łatwość poszerzania wiedzy i robi to w szybszym tempie niż my w latach 80. Trzeba jednak podkreślić, że automatycznie dziś jest więcej materiału do opanowania. Stary materiał usuwa się z nauczania z trudem, a nowego ciągle przybywa.

Czy ilość informacji nie stanie się przytłaczająca? Jak powinny zmieniać się studia medyczne wraz z coraz szerszym dostępem do wiedzy?

Mam wrażenie, że istnieje już za dużo informacji i warto zastanowić się, gdzie są granice naszej przyswajalności. Studenci szybko się uczą, żeby zaraz potem część zapomnieć, bo do zaliczenia jest kolejny przedmiot. Dzisiejsza doktryna mówi o wykształceniu studenta wszechstronnego, który po studiach może wybrać dowolny kierunek dalszego rozwoju medycznego. Model ten ma oczywiście swoje dobre strony. Aby racjonalnie wybrać kierunek dalszego kształcenia specjalistycznego, należy bowiem poznać wszystkie specjalności medyczne. Alternatywną drogą byłoby wybieranie kierunku dalszego rozwoju już na starszych latach studiów. To zresztą już wprowadziliśmy upraktyczniając ostatni, szósty rok kierunku lekarskiego i tworząc zajęcia bardziej szczegółowe ze specjalności wybranych przez studenta. Można ten model oczywiście jeszcze bardziej rozbudować, ale należy jednoznacznie podkreślić, że nie chodzi w nim o skrócenie studiów i spłycenie wiedzy, tylko ich upraktycznienie, a zarazem zdobycie przez studentów szerszej wiedzy i praktyki w dziedzinach, które ich szczególnie interesują.

Internet poszerza nie tylko zasób wiedzy, lecz także możliwości komunikacyjne, o czym mogliśmy się przekonać podczas pandemii COVID-19. W przypadku studiów medycznych zdalne nauczanie nie jest jednak najlepszym rozwiązaniem…

> Na pierwszych latach studiów trzeba nauczyć się anatomii, histologii, fizjologii i patofizjologii, aby móc skorzystać z rozwoju medycyny.

Po upływie półtora roku pracy w warunkach pandemii SARS-CoV-2 mamy pewność, że nie da się zdalnie kształcić w zakresie medycyny. Ten okres nauczył nas nieprawdopodobnie dużo. Bywało, że trzeba było zamykać poszczególne kliniki, ale studia medyczne na żadnym uniwersytecie medycznym w Polsce nie zostały całkowicie zawieszone. Musieliśmy zmieniać kolejność zajęć praktycznych i teoretycznych, gdy były przerwy w ćwiczeniach praktycznych w szpitalach z powodów pandemicznych, przesuwaliśmy godziny zajęć w poszczególnych dniach i miesiącach, studenci odrabiali zajęcia na dyżurach lub nadrabiali zaległości w wolne dni. Kiedy zaś sytuacja pandemiczna na danych oddziałach poprawiała się, studenci wracali do ćwiczeń. Poradziliśmy sobie, ale nie chcemy takiej formy nauczania. Planujemy nowy rok akademicki 2021/2022 w sposób maksymalnie normalny, a naszym sprzymierzeńcem są szczepienia przeciw COVID-19.

Na koniec warto zapytać o kandydatów na studia medyczne. Jak uniwersytet zapoznaje ich dziś z nową rzeczywistością?

Zawsze różnica między liceum a pierwszym rokiem studiów stresuje młodych ludzi. Przychodzą nieco zagubieni i zaniepokojeni, dlatego próbujemy im przekazać, jak wyglądają studia, jakie wymagania stawiamy przed nimi na pierwszym roku, jak będzie wyglądała nauka na następnych latach. Prowadzimy wiele spotkań, na których próbujemy nowym studentom dać wskazówki i uspokoić ich, że my też byliśmy kiedyś na tym samym miejscu i daliśmy radę. Takie spotkania odbywają się podczas dni otwartych czy adaptacyjnych. Jest obóz roku zerowego, organizowany przez starszych studentów, na który przyjeżdża również kadra i opowiada o studiach. Pierwszy miesiąc zawsze jest trudny. Zawsze boimy się nowego, ale to naturalne.

A jak przebiegała adaptacja, kiedy pan wybrał studia lekarskie?

W ogólnym zarysie bardzo podobnie, chociaż różnorodność i liczba pogadanek i spotkań ze studentami w obecnej chwili jest znacznie większa. Dbałość o kandydatów na studia, a później już o studentów, w tym o ich adaptację do studiów, jest teraz dużo mocniej wyrażona. Jeżeli natomiast pyta mnie pan, czy mimo mojego rodzinnego przygotowania czułem niepokój podczas pierwszych zajęć na studiach – oczywiście, że czułem. Moim zdaniem nie da się tego uniknąć. System nauczania na studiach jest zupełnie inny niż w szkole średniej, a dochodzi do tego jeszcze atmosfera powagi studiów medycznych, odczuwana już na pierwszych zajęciach z anatomii. Mamy jednak jako ludzie bardzo duże możliwości adaptacji i uczucie niepokoju szybko mija, zniwelowane przez narastające zainteresowanie studiami medycznymi. ■

SPIS REJONÓW WYBORCZYCH

Nr rejonu wyborczego | Nazwa | Adres | Opis | Data głosowania | Godzina głosowania | Liczba mandatów

K9/001 | Lekarze Centralnego Szpitala MSWiA (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.25 | 11.00–14.00 | 3

K9/002 Lekarze Centralnego Szpitala MSWiA (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.25 | 11.00–14.00 | 3

K9/003 | Lekarze Centralnego Szpitala MSWiA (C) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.25 | 11.00–14.00 | 3

K9/004 | Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.25 | 11.00–14.00 | 2

K9/005 | Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.25 | 11.00–14.00 | 2

K9/006 | Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (C) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.26 | 11.00–14.00 | 2

K9/007 | Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (D) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.26 | 11.00–14.00 | 2

K9/008 | Lekarze Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.26 | 11.00–14.00 | 2

K9/009 | Lekarze Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.26 | 11.00–14.00 | 2

K9/010 | Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.26 | 11.00–14.00 | 2

K9/011 | Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.27 | 11.00–14.00 | 2

K9/012 | Lekarze Szpitala przy ul. Karowej w Warszawie i lekarze WUM |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.27 | 11.00–14.00 | 2

K9/013 | Lekarze UCZKiN i lekarze WUM |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.27 | 11.00–14.00 | 2

K9/014 | Lekarze Szpitala Okulistycznego WUM i innych szpitali okulistycznych m.st. Warszawy oraz WUM |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.27 | 11.00–14.00 | 2

K9/015 | Lekarze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.27 | 11.00–14.00 | 2

K9/016 | Lekarze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.28 | 11.00–14.00 | 2

K9/017 | Lekarze Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.28 | 11.00–14.00 | 3

K9/018 | Lekarze Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.28 | 11.00–14.00 | 3

K9/020 | Lekarze Szpitala Bródnowskiego (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.28 | 11.00–14.00 | 2

K9/021 | Lekarze Szpitala Międzyleskiego (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.28 | 11.00–14.00 | 2

K9/023 | Lekarze Centrum Onkologii w Warszawie (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.29 | 11.00–14.00 | 3

K9/024 | Lekarze Centrum Onkologii w Warszawie (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.29 | 11.00–14.00 | 3

K9/025 | Lekarze Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.29 | 11.00–14.00 | 2

K9/026 | Lekarze Wojskowego Instytutu Medycznego przy ul. Szaserów w Warszawie (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.29 | 11.00–14.00 | 3

K9/027 | Lekarze Wojskowego Instytutu Medycznego przy ul. Szaserów w Warszawie (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.10.29 | 11.00–14.00 | 2

K9/028 | Lekarze poradni MON: CePeLek, Pracowników Wojska w Warszawie, WAT, WIL i m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.03 | 11.00–14.00 | 2

K9/029 | Lekarze Instytutu Kardiologii w Aninie (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.03 | 11.00–14.00 | 1

K9/030 | Lekarze Instytutu Kardiologii w Aninie (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.03 | 11.00–14.00 | 1

K9/031 | Lekarze Szpitala Bielańskiego w Warszawie (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.03 | 11.00–14.00 | 2

K9/032 | Lekarze Szpitala Bielańskiego w Warszawie (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.03 | 11.00–14.00 | 1

K9/033 | Lekarze Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/034 | Lekarze Szpitala Praskiego w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/035 | Lekarze Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/036 | Lekarze Szpitala CMKP im. Orłowskiego w Warszawie, CMKP w Warszawie oraz PAN w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 3

K9/037 | Lekarze Centrum Rehabilitacji ATTIS w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 1

K9/038 | Lekarze Szpitala Wolskiego w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/039 | Lekarze Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.05 | 11.00–14.00 | 1

K9/040 | Lekarze Szpitala Chorób Zakaźnych w Warszawie i dzielnicy Wola m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.05 | 11.00–14.00 | 1

K9/041 | Lekarze Szpitala przy ul. Niekłańskiej w Warszawie i Stacji Krwiodawstwa w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.05 | 11.00–14.00 | 2

K9/042 | Lekarze Szpitala przy ul. Barskiej w Warszawie i dzielnicy Ochota m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.05 | 11.00–14.00 | 1

K9/043 | Lekarze Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.05 | 11.00–14.00 | 1

K9/044 | Lekarze Szpitala Grochowskiego w Warszawie i dzielnicy Praga Południe m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.08 | 11.00–14.00 | 2

K9/045 | Lekarze Instytutu Hematologii w Warszawie i lekarze SPZOZ Warszawa-Ursynów m.st. Warszawa | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.08 | 11.00–14.00 | 2

K9/046 | Lekarze Szpitala przy ul. Kopernika w Warszawie i lekarze dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawa | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.08 | 11.00–14.00 | 1

K9/047 | Lekarze Szpitala przy ul. Żelaznej w Warszawie i lekarze dzielnicy Wola m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.08 | 11.00–14.00 | 1

K9/049 | Lekarze Luxmed, Magodent i CM Carolina w Warszawie (A) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.08 | 11.00–14.00 | 3

K9/050 | Lekarze Luxmed, Magodent oraz CM Carolina w Warszawie (B) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.09 | 11.00–14.00 | 3

K9/051 | Lekarze Luxmed, Magodent oraz CM Carolina w Warszawie (C) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.09 | 11.00–14.00 | 3

K9/052 | Lekarze Medicover w Warszawie (A) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.24 | 11.00–14.00 | 2

K9/054 | Lekarze Szpitala Nowowiejska, CM Dialog, CM Psychomedic i lekarze przychodni psycholog.-psychiatr. | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.09 | 11.00–14.00 | 1

K9/056 | Lekarze Szpitala przy ul. Madalińskiego w Warszawie i m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.09 | 11.00–14.00 | 1

K9/057 | Lekarze CM Damiana, CM FCM, CM Puławska, CM Multimed, CM Polmed w Warszawie (A) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.24 | 11.00–14.00 | 2

K9/058 | Lekarze CM Damiana, CM FCM, CM Puławska, CM Multimed, CM Polmed w Warszawie (B) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.09 | 11.00–14.00 | 2

K9/059 | Lekarze ZUS, NFZ, MZ, MEiN, NIZP.PZH.IŻiŻ i m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.10 | 11.00–14.00 | 1

K9/060 | Lekarze medycyny pracy m.st. Warszawy | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.10 | 11.00–14.00 | 1

K9/062 | Lekarze SZPZLO Warszawa-Żoliborz | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.24 | 11.00–14.00 | 2

K9/064 | Lekarze SZPZLO Warszawa-Praga Północ, SZPZLO Warszawa-Targówek i SZPZLO Warszawa-Białołęka | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.10 | 11.00–14.00 | 2

K9/065 | Lekarze SZPZLO Warszawa-Ochota i SZPZLO Warszawa-Bemowo-Włochy | Warszawa, ul. gen. M. Coopera 5 | Siedziba ZOZ Bemowo | 2021.11.18 | 11.00–14.00 | 2

K9/066 | Lekarze SZPZLO Warszawa-Praga Południe i SZPZLO Warszawa-Wawer | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.10 | 11.00–14.00 | 2

K9/067 | Lekarze dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawy (A) | Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie | 2021.11.15 | 11.00–14.00 | 2

K9/069 | Lekarze dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.15 | 11.00–14.00 | 2

K9/072 | Lekarze dzielnic Bielany i Żoliborz m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.15 | 11.00–14.00 | 1

K9/073 | Lekarze dzielnic Ochota, Bemowo, Włochy i Ursus m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.15 | 11.00–14.00 | 1

K9/075 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.15 | 11.00–14.00 | 3

K9/077 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (C) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.24 | 11.00–14.00 | 3

K9/078 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (D) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.16 | 11.00–14.00 | 3

K9/080 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (F) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.23 | 11.00–14.00 | 3

K9/081 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (G) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.16 | 11.00–14.00 | 3

K9/083 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (I) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.16 | 11.00–14.00 | 3

K9/085 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (K) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.16 | 11.00–14.00 | 3

K9/086 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (L) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.16 | 11.00–14.00 | 3

K9/088 | Lekarze OIL m.st. Warszawa (N) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.17 | 11.00–14.00 | 3

K9/090 | Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa
oraz Dom Lekarza Seniora |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.24 | 11.00–14.00 | 1

K9/091 | Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.17 | 11.00–14.00 | 1

K9/098 | Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa (H) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.17 | 11.00–14.00 | 1

K9/105 | Lekarze Szpitala im. Grucy w Otwocku |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.17 | 11.00–14.00 | 2

K9/107 | Lekarze Szpitala Chorób Płuc i Gruźlicy
oraz lekarze m. Otwock |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.17 | 11.00–14.00 | 2

K9/111 | Lekarze Szpitala Powiatowego w Wołominie |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.18 | 11.00–14.00 | 1

K9/112 | Lekarze Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.18 | 11.00–14.00 | 2

K9/114 | Lekarze Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
oraz lekarze powiatu pruszkowskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.18 | 11.00–14.00 | 1

K9/117 | Lekarze Szpitala Powiatowego w Nowym Dworze
Mazowieckim i lekarze powiatu nowodworskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.18 | 11.00–14.00 | 2

K9/118 | Lekarze Szpitala STOCER w Konstancinie,
CKR w Konstancinie i lekarze powiatu piaseczyńskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.18 | 11.00–14.00 | 2

K9/120 | Lekarze Szpitala w Radzyminie, SPZZOZ w Radzyminie
i lekarze powiatu wołomińskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.25 | 11.00–14.00 | 1

K9/121 | Lekarze Centrum, Szpitala i Poradni Zdrowia Psychicznego
Drewnica oraz powiatu wołomińskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.19 | 11.00–14.00 | 1

K9/122 | Lekarze Szpitala Onkologicznego w Wieliszewie
i powiatu legionowskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.19 | 11.00–14.00 | 2

K9/123 | Lekarze Szpitala w Tworkach i powiatu pruszkowskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.19 | 11.00–14.00 | 3

K9/125 | Lekarze powiatu grodziskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.25 | 11.00–14.00 | 3

K9/130 | Lekarze Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie |
Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie |
2021.10.12 | 11.00–14.00 | 1

K9/133 | Lekarze powiatu płońskiego |
Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie |
2021.10.12 | 11.00–14.00 | 2

K9/135 | Lekarze Szpitala w Ostrołęce |
Ostrołęka, ul. Jana Pawła II 120a |
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce |
2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/136 | Lekarze powiatów m. Ostrołęka i ostrołęckiego |
Ostrołęka, ul. Jana Pawła II 120a |
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce |
2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/138 | Lekarze powiatów przasnyskiego i makowskiego |
Ostrołęka, ul. Jana Pawła II 120a |
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce |
2021.11.04 | 11.00–14.00 | 1

K9/139 | Lekarze powiatu wyszkowskiego |
Ostrołęka, ul. Jana Pawła II 120a |
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce |
2021.11.04 | 11.00–14.00 | 2

K9/141 | Lekarze Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach (A) |
Siedlce, ul. Starowiejska 15 | Szpital Miejski SPZOZ w Siedlcach |
2021.11.09 | 11.00–14.00 | 2

K9/142 | Lekarze Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach (B) | Siedlce, ul. Starowiejska 15 |
Szpital Miejski SPZOZ w Siedlcach |
2021.11.09 | 11.00–14.00 | 2

K9/145 | Lekarze powiatów sokołowskiego i węgrowskiego |
Siedlce, ul. Starowiejska 15 | Szpital Miejski SPZOZ w Siedlcach |
2021.11.09 | 11.00–14.00 | 2

K9/146 | Lekarze Radomskiego Szpitala Specjalistycznego i m. Radom |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 1

K9/147 | Lekarze Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/148 | Lekarze m. Radom (A) |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/149 | Lekarze m. Radom (B) |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/150 | Lekarze m. Radom (C) | Radom, ul. Rwańska 16 |
Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/152 | Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu i powiatów grójeckiego oraz białobrzeskiego |
Grójec, ul. Księdza Piotra Skargi 10 |
Państwowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o. |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/153 | Lekarze RCO, Szpitala Psychiatrycznego w Radomiu i powiatów przysuskiego oraz szydłowieckiego |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/154 | Lekarze powiatów lipskiego, zwoleńskiego i radomskiego |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/156 | Lekarze dentyści Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.19 | 11.00–14.00 | 3

K9/157 | Lekarze dentyści Mazowieckiego Centrum Stomatologii oraz OIL m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.19 | 11.00–14.00 | 2

K9/158 | Lekarze dentyści CePeLek, WAT, WIML w Warszawie oraz OIL m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.22 | 11.00–14.00 | 1

K9/161 | Lekarze dentyści dzielnic Bemowo, Włochy i Ursus m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.22 | 11.00–14.00 | 2

K9/166 | Lekarze dentyści dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawy (A) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.22 | 11.00–14.00 | 2

K9/167 | Lekarze dentyści dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawy (B) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.22 | 11.00–14.00 | 2

K9/168 | Lekarze dentyści dzielnicy Ochota m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.22 | 11.00–14.00 | 2

K9/170 | Lekarze dentyści dzielnic Wawer, Wesoła i Rembertów m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.25 | 11.00–14.00 | 2

K9/171 | Lekarze dentyści dzielnic Ursynów i Wilanów m.st. Warszawy |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.23 | 11.00–14.00 | 3

K9/178 | Lekarze dentyści OIL m.st. Warszawa (C) |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.25 | 11.00–14.00 | 3

K9/182 | Lekarze dentyści powiatów legionowskiego i nowodworskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.25 | 11.00–14.00 | 2

K9/183 | Lekarze dentyści powiatu otwockiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.23 | 11.00–14.00 | 2

K9/185 | Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.23 | 11.00–14.00 | 3

K9/187 | Lekarze dentyści powiatu warszawskiego zachodniego |
Warszawa, ul. Puławska 18 | Siedziba OIL w Warszawie |
2021.11.23 | 11.00–14.00 | 1

K9/188 | Lekarze dentyści powiatów ciechanowskiego, mławskiego, płońskiego, pułtuskiego i żuromińskiego |
Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie |
2021.10.12 | 11.00–14.00 | 2

K9/190 | Lekarze dentyści powiatów ostrowskiego, makowskiego i wyszkowskiego |
Ostrołęka, ul. Jana Pawła II 120a |
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce |
2021.11.04 | 11.00–14.00 | 1

K9/191 | Lekarze dentyści powiatów mińskiego i garwolińskiego |
Siedlce, ul. Starowiejska 15 |
Szpital Miejski SPZOZ w Siedlcach |
2021.11.09 | 11.00–14.00 | 2

K9/193 | Lekarze dentyści m. Radom (A) |
Radom, ul. Rwańska 16 |
Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/194 | Lekarze dentyści m. Radom (B) |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 2

K9/195 | Lekarze dentyści Radom-Okolice |
Radom, ul. Rwańska 16 | Delegatura Radomska OIL w Warszawie |
2021.10.14 | 11.00–14.00 | 3

29 sierpnia 2021 r. zmarła w wieku 93 lat

Krystyna Flaszczyńska

lekarz dentysta.

Była dobrym, serdecznym
i życzliwym Człowiekiem.
Zawsze oddana pacjentom.

Wszyscy jesteśmy w smutku.
Rodzina i przyjaciele

20 września 2021 r. zmarła
śp.

Maria Faustyna Drozdowska-Bielawska
(z domu Sikorska)

lekarz dentysta.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Koleżanki i koledzy z roku

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

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Renata Jeziółkowska – tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl
SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska – tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl
PUBLICYSTYKA: Adrian Boguski – a.boguski@oilwaw.org.pl, Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl
WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Karolina Kowalska, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski
ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl
REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska – tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl
KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski
KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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

e-dokumentacja medyczna

Jak wdrożyć EDM w placówce medycznej

1. Podstawowym wymogiem technicznym jest posiadanie systemu gabinetowego
2. Do implementacji EDM potrzebne jest również repozytorium, czyli system przechowywania dokumentów
3. Wdrożenie EDM wymaga podłączenia do systemu e-zdrowie (P1) oraz posiadania podpisu cyfrowego
4. Każdy wytworzony dokument w postaci EDM wymaga zaraportowania zdarzenia medycznego, aby mógł być widoczny w systemie e-zdrowie (P1)

Rodzaje podpisów cyfrowych stosowanych w EDM

- kwalifikowany podpis elektroniczny
- Profil Zaufany (PZ)
- podpis osobisty (e-Dowód)
- certyfikat elektroniczny udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA)

Dane indeksu EDM obejmują m.in.

- identyfikator zdarzenia medycznego, w związku z którym wytworzono dokumentację medyczną
- identyfikator EDM
- datę wystawienia EDM
- typ dokumentu; format dokumentu (PIK/DICOM)
- dane usługobiorcy
- status dostępności dokumentu (online/offline)
- adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna

Wsparcie techniczne Centrum e-Zdrowia

19 239 bezpłatna infolinia

edm-pomoc@cez.gov.pl

Więcej przeczytasz w najnowszym wydaniu Gazety Lekarskiej

Typy zdarzeń medycznych

- pobyt w oddziale szpitalnym
- leczenie jednego dnia
- pobyt
- porada
- porada patronażowa
- wizyta
- wizyta patronażowa
- cykl leczenia
- badanie
- sesja
- osoba leczona
- wyjazd ratowniczy
- akcja ratownicza
- transport sanitarny
- transport lotniczy
- hemodializa
- bilans zdrowia
- wyrób medyczny
- szczepienie
- badanie (test) przesiewowe
- świadczenie profilaktyczne
- osoba objęta opieką koordynowaną

Fundusze Europejskie Polska Cyfrowa
Ministerstwo Zdrowia
cez Centrum e-Zdrowia
Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Program ubezpieczenia OC
lekarzy i lekarzy dentystów

OIL w Warszawie i PZU zapewniają lekarzom i lekarzom dentystom ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza i lekarza dentysty.

PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Deklarację przystąpienia możesz wypełnić: **ins-med.pl/oil-warszawa**

Ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentysty jest bezpłatne dla członka OIL w Warszawie.

program obsługuje:
INS Service
insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń
przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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

- ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł
- ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł
- ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plasyczną
- ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW
- PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć w dowolnym czasie i miejscu na stronie internetowej **www.ins-med.pl**

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

- najniższe ceny na rynku,
- najszerszy zakres ubezpieczenia,
- najwyższe sumy ubezpieczenia,
- minimum formalności związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia,
- ochronę naruszenia praw pacjenta bez dodatkowych kosztów.

W imieniu PZU SA program obsługuje INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia skontaktuj się:

INS Services
insurance agency

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

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

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, tel. 22-542-83-82
Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55
Wiceprezes ORL Tomasz Imiela, tel. 22-542-83-42
Wiceprezes ORL Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46
Wiceprezes ORL przewodniczący Delegatury Radomskiej Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62
Sekretariat tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41
Sekretarz ORL Marta Moczydłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41
Zastępca sekretarza ORL Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41
Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczuk, tel. 22-542-83-85
Pełnomocnik prezesa ORL w Warszawie ds. operacyjnych Piotr Artur Winciunas, tel. 22-54-28-345
Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej Ewelina Bobek-Pstrucha, tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27
Okręgowy Sąd Lekarski przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21
Okręgowa Komisja Rewizyjna przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-90
Dyrektor biura Anna Ścibisz, tel. 22-542-83-47
Główna księgowa Agnieszka Kazimierczak, tel. 22-542-83-36
Księgowość tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54
Kasa tel. 22-542-83-34, czynna w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – od 9.00 do 17.00, w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30 (przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)
Składki tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96
Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14
Komisja ds. Praktyk Lekarskich tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19
Okręgowa Komisja Wyborcza/Zespół ds. Wyborów tel. 22-542-83-06
Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-30
Komisja ds. Stażu Podyplomowego tel. 22-542-83-32
Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie tel. 22-542-83-12
Komisja ds. Lekarzy Dentystów tel. 22-542-83-55
Komisja ds. Nauki i Kształcenia tel. 22-54-83-33
Komisja Współpracy z Zagranicą tel. 22-542-83-90
Komisja Lekarzy Seniorów tel. 22-542-83-30
Komisja Młodych Lekarzy tel. 22-542-83-80
Komisja ds. Kultury tel. 22-542-83-33
Komisja ds. Sportu tel. 22-542-83-33
Rzecznik praw lekarza tel. 22-542-83-29
Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów tel. 660-672-133
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75, 22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, odz@oilwaw.org.pl
Rada Funduszu Samopomocy tel. 22-542-83-33
Mediator tel. 22-542-83-29
Zespół ds. Wypalenia Zawodowego tel. 22-542-83-80
Zespół ds. Matek Lekarek tel. 22-542-83-80
Zespół ds. Szczepień tel. 22-542-83-33
Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-90
Grupa Balinta tel. 22-54-83-80
Dział Informacji Medialnej tel. 22-542-83-83, **rzecznik prasowy** Renata Jeziółkowska, tel. 660-679-737
Marketing i reklama tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl
Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16), tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30, poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30, środa w godz. 8.00–16.00
Fundacja Pro Seniore tel. 22-542-83-30 proseniore@oilwaw.org.pl

www.izba-lekarska.pl

Biuro OIL w czasie epidemii działa w godzinach podanych na stronie internetowej izby. Zachęcamy do **zdalnego załatwiania spraw.** Szczegółowe informacje (pobierz kod)
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; biuro@oilwaw.org.pl

PRACA DLA LEKARZY

Zapraszamy pracodawców do publikacji ogłoszeń.

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

CER MED
CENTRUM ROZWOJU

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

Na stronie WWW OIL w Warszawie:
www.izba-lekarska.pl
→ praca dla lekarzy
→ wyszukiwarka ogłoszeń

Na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza:
www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza

Na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

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