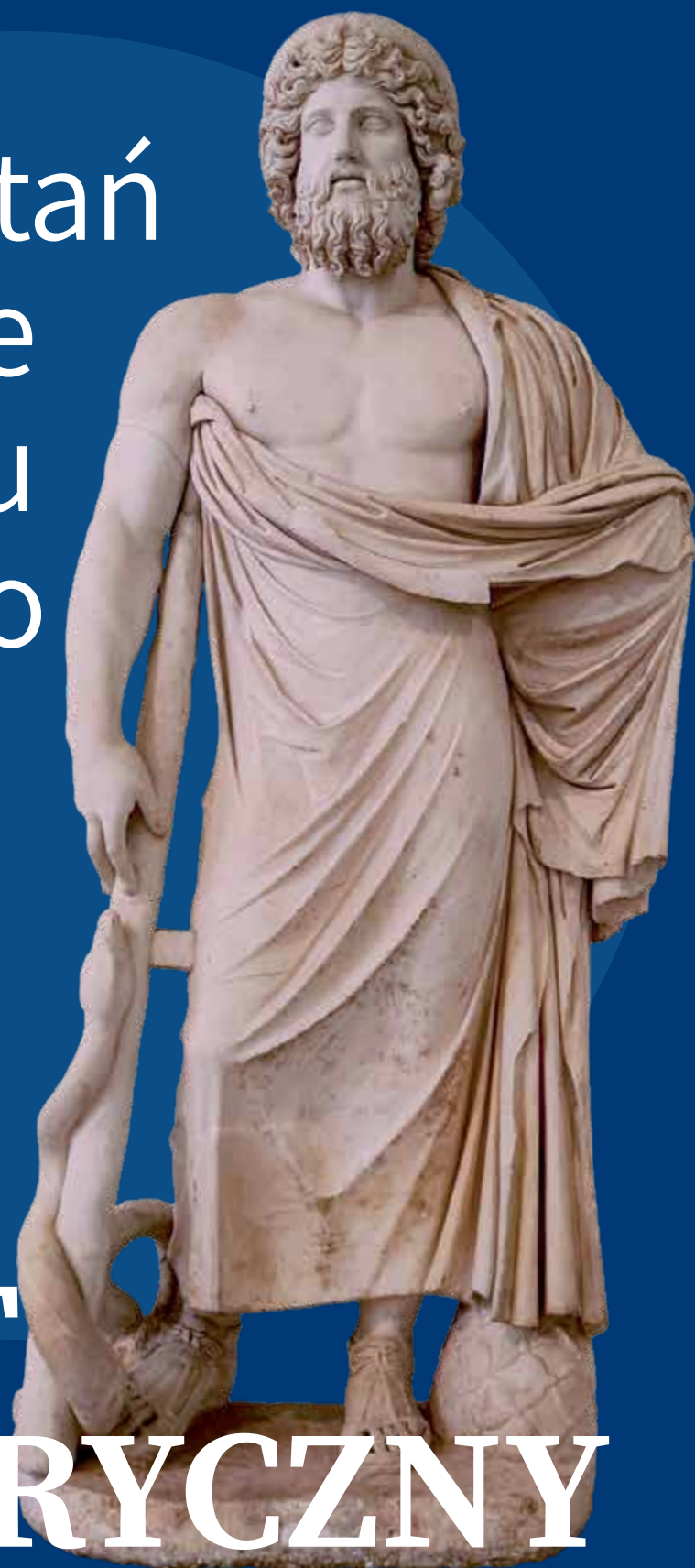


100 pytań
na stulecie
samorządu
lekarskiego
w Polsce
1921-2021



**ZESZYT
HISTORYCZNY**

**PANIE DOKTORZE...
WYSTĄPIŁY U MNIE
CHYBA **OBRZĘKI** *1**

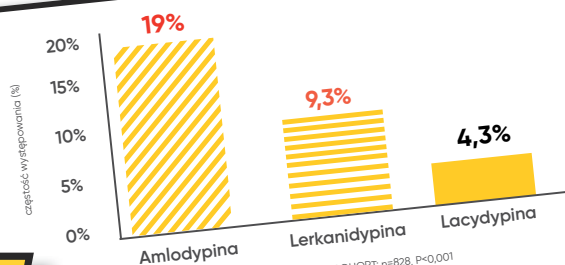


Czy Twoi pacjenci również zgłaszają obrzęki obwodowe po blokerze kanału wapniowego?¹

WYBIERAJ

Lacipil (lacidypinum)

Częstość występowania (%) obrzęków obwodowych*1



DLACZEGO WARTO WŁĄCZAĆ DO LECZENIA LACIPIL⁴?

Możliwość zastosowania **zarówno w monoterapii jak i terapii skojarzonej**.^{2,3,4}



Dobry profil bezpieczeństwa i potwierdzony w badaniach klinicznych **mniejszy odsetek działań niepożądanych** (np. występowania obrzęków kończyn dolnych) w porównaniu np.: z amlodypiną^{1,4}

LECZENIE I-GO WYBORU ^{3,*}

WYTYCZNE PTNT 2019

* dotyczy dhp CA (dihydropirydynowi antagoniści wapnia)

U pacjentów z NT i dodatkowymi obciążeniami:

- Podeszły wiek
- Astma oskrzelowa
- POChP
- Izolowane nadciśnienie skurczowe
- Miażdżycy tętnic kończyn dolnych



Przeciwwskazania - Lacipil: nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Podobnie jak inne pochodne dihydropirydyny, lacydypina jest przeciwwskazana u pacjentów z ciężką stenozą aortalną. **Działania niepożądane - Lacipil:** Lacipil jest na ogół dobrze tolerowany. Niektóre osoby mogą odczuwać pewne nieznacznie nasilone dolegliwości związane z rozszerzeniem naczyń obwodowych. Występujące często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): ból głowy*, zawroty głowy*, kołatanie serca*, tachykardia, nagłe zaczerwienienie (zwłaszcza twarzy)*, nudności, objawy niestrawności, wysypka (w tym rumień i świąd skóry), wielomocz, osłabienie, obrzęki*, przemijające zwiększenie aktywności fosfatazy alkalicznej (klinicznie istotne zwiększenie występuje niezbyt często). Objawy oznaczone symbolem *, są zwykle przemijające i ustępują w czasie dalszego leczenia tą samą dawką produktu leczniczego Lacipil.

Spis pytań i autorów odpowiedzi

Samorząd lekarski

1. Czy reaktywacja izb lekarskich przyczyni się do uzdrowienia polskiej medycyny? [Jan Nielubowicz](#) 6
2. Komu służy samorząd lekarski? Andrzej Matyja 7
3. Czy izby lekarskie są potrzebne? Krzysztof Madej 8
4. Czy separacja lekarzy i lekarzy dentystów jest kwestią czasu? Leszek Dudziński 9
5. Czy odpowiedzialność zawodowa jest iluzją? Zbigniew Czernicki 9
6. Czy lekarze czytają „Gazetę Lekarską”? Jerzy Lach 10
7. Czy „Gazeta Lekarska” zna swojego adresata? Marta Jakubiak 11
8. Kogo reprezentują zjazdy lekarzy? Ładysław Nekanda-Trepka 11
9. Jak odradzał się samorząd lekarski? Jerzy Woy-Wojciechowski 12
10. Czy w samorządzie są frakcje? Marek Stankiewicz 12
11. Czy wybory do izb mogą porwać tłumy? Mariusz Janikowski 13
12. Czy NRL pisze listy na Berdyczów? Andrzej Cisło 13
13. Dlaczego skądka na izbę lekarską nikogo nie cieszy? Grzegorz Mazur 14
14. Czemu służą organizacje międzynarodowe? Romuald Krajewski 14
15. Dlaczego każda izba swój ogonek chwali? Robert Stępień 15

Polityka i prawo

16. Co mówił władzom sanacyjnym Prezes NIL? [Mieczysław Michałowicz](#) 15
17. Jak stanowić dobre prawo dla lekarzy? Witold Preiss 16
18. Czy minister zdrowia powinien być lekarzem? Jacek Zakowski 16
19. Kto mówi w imieniu lekarzy? Konstanty Radziwiłł 17
20. Czym w ochronie zdrowia kierują się ustawodawcy? Władysław Kosiniak-Kamysz 17
21. Czy samorząd lekarski jest trampoliną polityczną? Jerzy Jakubiszyn 18
22. Czy papier parzy lekarzy? Wojciech Idaszak 18

Nauka oraz postęp cywilizacyjny i pokoleniowy

23. Jak kształcić lekarzy? Zyta Kaźmierczak-Zagórska 19
24. Co kobiety wnoszą do medycyny? Magdalena Wyrzykowska 20
25. Czy studiowanie medycyny jest anachroniczne? Piotr Halicki 20
26. Kto w medycynie podejmuje decyzje i kto za nie odpowiada? Dariusz Paluszek 21
27. Dlaczego każdy w medycynie ma inne zdanie na każdy temat? Paweł Czekalski 22
28. Czy towarzystwa naukowe osiadły na mieliźnie? Sławomir Badurek 22
29. Kto decyduje o postępie medycyny: naukowcy czy uczeni? Wojciech Maksymowicz 23
30. Kto w medycynie jest hochsztaplerem? Joanna Sokotowska 23
31. Czy młodzi lekarze wiedzą, czego chcą? Artur Drobniak 24
32. Czy wiejski lekarz zrewolucjonizował myślenie Polaków o zdrowiu? Wojciech Celiński 24
33. Czy błąd lekarski to wstyd, nauczka, nauka, inwestycja w przyszłość? Jerzy Nosarzewski 25
34. Czego uczy lekarzy wojna? Artur Zaczynski 25

Praktyka zawodowa

35. Do czego lekarzowi potrzebny jest pacjent? Łukasz Tyszler 26
36. Kim jest „szary lekarz”? Mieczysław Dziedzic 26
37. Lekarze: uzdrowiciele czy rzemieślnicy? Grażyna Śmiech-Słomkowska 27
38. Dlaczego boimy się kolegów ze Wschodu? Dariusz Hankiewicz 27
39. Dlaczego nie mamy do siebie zaufania? Jolanta Orłowska-Heitzman 27
40. Jak przesuwa się szara strefa? Małgorzata Solecka 28
41. Co oznacza slogan: wolny zawód? Jerzy Friediger 29
42. Czego młodzi zazdroszczą starym lub odwrotnie? Łukasz Jankowski 29
43. Czy lekarze potrzebują nadzoru zawodowego? Krzysztof Kordel 30
44. Dlaczego specjaliści nie są holistykami? Wiesław Jędrzejczak 43
45. Ile lekarza jest w lekarzu dentyście? Anna Lella 43
46. Do czego są potrzebne związki zawodowe? Krzysztof Bukiel 43
47. Czy leczenie szpitalne ma sens? Zbigniew Brzezina 44
48. Czy POZ oderwał się od rzeczywistości? Jacek Krajewski 44
49. Dlaczego lekarze emigrują? Marek Szewczyński 45
50. Czy lekarze są antyszczepionkowcami? Paweł Grzesiowski 45

Organizacja ochrony zdrowia, finanse i ubezpieczenia

51. Gdzie znikają pieniądze na zdrowie? Paweł Sobieski 46
52. Co jest przyczyną złego finansowania stomatologii? [Andrzej Fortuna](#) 46

53. Czy każdy menadżer zdrowia to nieudacznik? Ewa Kralkowska 47
54. Dlaczego system kompleksowej opieki ZOZ jest passem? Ryszard Golański 47
55. Jak polska ochrona zdrowia jawi się na tle innych państw? Henryk Skarżyński 48
56. Jak polską ochronę zdrowia oceniają polscy lekarze za granicą? Marek Rudnicki 48
57. Czy ubezpieczenie lekarza ma sens? Michał Kozik 49
58. Czy kontrakt z NFZ wart jest paktu z diabłem? Andrzej Sawoni 49
59. Czy budżet NFZ powinien być zrównoważony? Wojciech Marquardt 50
60. Dlaczego lekarze lubią chaos? Wojciech Domka 50
61. Jakie jest idealne ubezpieczenie dla lekarza? Janusz Szulik 51

Historia samorządu, postaw i medycyny

62. Czy badanie historii i biografii ma sens? Anna Marek 51
63. Czy polska ochrona zdrowia jest pozaborowa? Andrzej Kierzek 52
64. Dlaczego „Dekret” zniszczył izby lekarskie w 1950 roku? Janusz Legutko 52
65. Jak repatrianci budowali akademie medyczne? Jan Zygmunt Trusewicz 53
66. Kiedy dokonał się największy postęp w polskiej medycynie? Marek Krawczyk 53
67. Czy pamiętamy o gigantach polskiej medycyny? Ryszard Gryglewski 54
68. Czy lekarze stanu wojennego leczyli po dwóch stronach barykady? Grzegorz Opala 54

Relacje międzyludzkie, więzi i zaufanie zawodowe

69. Czy lekarze są niegrzeczni? Jacek Woźczyk 55
70. Czy młody lekarz to arogant? Paweł Wróblewski 55
71. Jak się krytykujemy nawzajem? Roman Budziński 56
72. Czy konflikt personalny jest cechą zawodu lekarza? Damian Patecki 56
73. Gdzie są lekarskie autorytety? Artur Płachta 57
74. Czy emancypacja innych zawodów medycznych jest frustrująca? Anita Pacholec 57
75. Dlaczego prasa nie kocha lekarzy? Jerzy Bralczyk 58
76. Czy lekarze szanują pielęgniarki? Zofia Małas 58
77. Kiedy kwitnie przyjaźń, miłość i braterstwo zawodowe? Krystyna Rowecka-Trzebicka 59
78. Czy doświadczony lekarz jest niedostępny? Włodzimierz Bednorz 59
79. Dlaczego nie umiemy rozmawiać? Magda Wiśniewska 60
80. Dlaczego tracimy zaufanie? Antonina Ostrowska 60
81. Czy szum informacyjny miesza w lekarskich głowach? Marek Balicki 61

Po godzinach

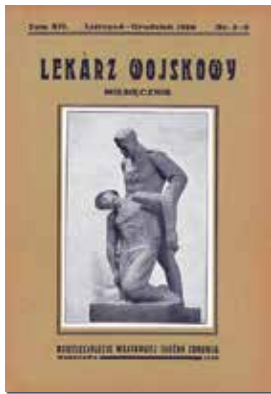
82. Lekarze: analfabeci czy intelektualści? Halina Ey-Chmielewska 61
83. Kogo obchodzi, że lekarz śpiewa? Aleksandra Bakun 61
84. Czy lekarze potrafią chorować? Jolanta Małmyga 62
85. Co lekarz ma w garażu? Joanna Solska 62
86. Czy jesteśmy większymi alkoholikami niż pacjenci, których leczymy? Marcin Wojnar 63
87. Jak umierają lekarze? Lidia Sulikowska 63
88. Jak lekarz wypoczywa? Krzysztof Makuch 64
89. Czy medale, apanaże i nagrody mają dla nas znaczenie? Anna Wilmowska-Pietruszyńska 64
90. Czy lekarz, jeśli chce, zna się na wszystkim? Krzysztof Bielecki 65
91. Kogo podziwiają lekarze? Wojciech Kaatz 65

Etyka, etos i sumienie

92. Czy koledzy kryją, a może odkrywają błędy kolegów? Jacek Miarka 66
93. Czy potrzebujemy powołania lekarskiego? Mikołaj Sinica 66
94. Czy lekarze znają Kodeks Etyki Lekarskiej? Tadeusz Zielonka 66
95. Czemu ufać innym, a nie własnemu sumieniu? Tadeusz Tołtożko 67
96. Czy umiemy przyznać się do błędów? Maciej Hamankiewicz 68
97. Jak wizerunek lekarza sprzedaje suplementy? Grzegorz Wrona 68
98. Czy empatia lekarzy to mit założycielski zawodu? Tomasz Grodzki 69
99. Nie zabijaj! Co to dzisiaj znaczy? Jan Hartmann 69

Epikryza

100. Jakich pytań boimy się najbardziej? Jarostaw Wanecki 70



1928



1939



1944



1949



1951



1988



1989



1990



2000



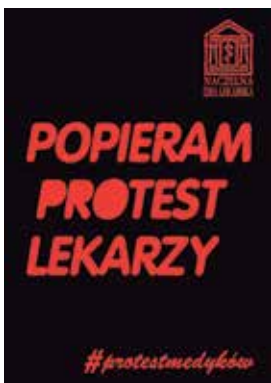
2005



2006



2016



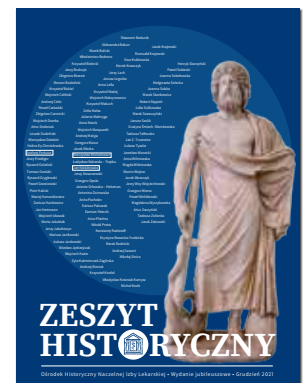
2017



2018



2020



2021

ANAMNEZA

W 2021 roku samorząd lekarski obchodzi jubileusz 100-lecia uchwalenia przez Sejm II RP ustawy o izbach lekarskich i trwającego ponad rok procesu organizacji Naczelnej Rady Lekarskiej pierwszej kadencji.



W ciągu minionego wieku dwukrotnie działalność izb lekarskich była zawieszana. Za pierwszym razem w wyniku decyzji nazistowskich władz okupacyjnych podczas II wojny światowej, a następnie na mocy dekretu z 1950 roku wydanego przez władze Polski Ludowej. Odrodzenie przyszło wraz z wolnością w 1989 roku.

Zaledwie dwa lata temu wspominaliśmy ostatnie trzy dekady, które poświęciliśmy na porządkowanie naszych spraw zawodowych – od Kodeksu Etyki Lekarskiej poczynając, poprzez rejestry praktyk prywatnych, ujednoczenie procedur administracyjnych w okręgach i szeroko pojęte kształcenie podyplomowe. W tym czasie samorząd niezmiennie kultywował tradycję, archiwizował zasoby historyczne, pamiętał o mistrzach i stał na straży etosu profesji lekarskich, angażując się w walkę o godne płace medyków oraz reformę systemu ochrony zdrowia.

Zwyczajowo w uroczystościach jubileuszowych bierze udział zaledwie niewielka część z liczącego ponad 200 tys. środowiska lekarskiego w Polsce. Stąd pomysł wydania pierwszego numeru „Zeszytu Historycznego”, który razem z „Gazetą Lekarską” trafi do rąk wszystkich koleżanek i kolegów, odpowiadając na 100 pytań o przeszłość, teraźniejszość i przyszłość polskiej medycyny oraz związanych z tym nadziei i zagrożeń.

Przygotowując się do bezprecedensowego projektu wydawniczego, zespół redakcyjny postawił przed sobą nie 100, ale wiele setek znaków zapytania, z których wybraliśmy najciekawsze. Ich wspólnym mianownikiem jest prowokacyjnie stawiana teza, z którą musieli zmierzyć się wyłonieni po trudnych wyborach autorzy. Hasła wielogłosowego wywiadu lekarskiego z założenia miały przyciągać uwagę, nakłaniając nie tylko do szczerych, ale także odważnych dywagacji. Przywołujemy także pośmiertnie cytaty organizatorów samorządu. We wkładce przypominamy, znane doskonale z innych opracowań, dzieje izb lekarskich w Polsce.

Z uwagi na krótką formę tekstów, świadomie nie zadaliśmy pytań, które wymagałyby obszernego wstępu historyczno-naukowego, a czasem z powodu różnic zdań dopuszczenia dwóch lub trzech głosów na ten sam temat. Dlatego nie piszemy tym razem wprost o eugenice, aborcji i eutanazji. Brak pytań nie oznacza, że zapomnieliśmy o antysemitycznym zachowaniu luminarzy polskiej medycyny przed II wojną światową, eksodusie roku 1968 oraz komunistycznym serwilizmie części środowisk lekarskich i karierach naukowych, które w demokratycznym państwie nie mogłyby się rozwinąć. Nie maskujemy konfliktów grup interesów i walki szkół medycznych, ale mimo sporów próbujemy zobaczyć przyszłość.

Z nadesłanych odpowiedzi wyłonił się portret zbiorowy polskich lekarzy i lekarzy dentyków, opisany przez nas samych oraz przyglądających się naszej pracy specjalistów innych dziedzin. Ocenę, czy udał się ambitny plan wywołania intelektualnego fermentu w strukturach samorządu, zostawiamy Czytelnikom. Wiemy, że przedstawiony obraz nie jest w pełni reprezentatywny, ale mimo to pokazuje, jak dobieramy słowa w debacie publicznej, czy potrafimy spojrzeć sobie w oczy i podejmować ważne tematy.

Anamneza lekarska rozpoczyna każdy proces diagnostyczny i daje szansę postawienia rozpoznania choroby lub orzeczenia o stanie zdrowia. Rozmowa zawsze jest lekarstwem. Dlatego zachęcamy do zadawania nowych pytań i udzielania własnych odpowiedzi.

Życzymy miłej lektury i kolejnych 100 lat samorządności lekarskiej w Polsce.

Andrzej Matyja

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Jarosław Wanecki

Redaktor naczelny
„Zeszytu Historycznego”

Krzysztof Madej

Przewodniczący Rady Programowej
„Gazety Lekarskiej”

Marzena Kowalska

Pełnomocnik Prezesa NRL
ds. Mediów i Komunikacji

Marek Stankiewicz

Kierownik
Ośrodka Historycznego NIL

Marta Jakubiak

Redaktor naczelna
„Gazety Lekarskiej”

konkurs

POD PATRONATEM
„Gazety Lekarskiej”

PYTANIE NR 101 NA NOWE STULECIE
QUO VADIS MEDICAE?

Łączna pula nagród
ROCZNE UBEZPIECZENIA TURYSTYCZNE
lub **EKWIWALENTY PIENIĘŻNE**

10.000 PLN

oraz publikacja w „Gazecie Lekarskiej”

Prace konkursowe należy przysyłać na adres:
konkurs@gazetalekarska.pl

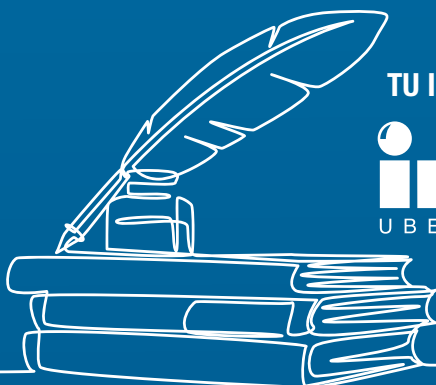
w formacie Word
Arial 12
wyłącznie w wersji elektronicznej
forma odpowiedzi dowolna
liczba znaków do 5000

Termin nadsyłania prac
31 MARCA 2022

Ogłoszenie wyników
XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY
W WARSZAWIE

Mecenas konkursu
TU INTER POLSKA S.A.

inter
UBEZPIECZENIA



Jan Nielubowicz

chirurg, honorowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

7 Czy reaktywacja izb lekarskich przyczyni się do uzdrowienia polskiej medycyny?

Mój ojciec był członkiem Warszawskiej Izby Lekarskiej, a ja wyrastałem w atmosferze ogromnego szacunku dla tej instytucji, która stała na straży i była gwarantem tych wartości i norm, jakie zawarte są w etycznym kodeksie naszego zawodu.

W dniu 10 listopada 1989 roku spieszyłem z ochotą i wielkim wzruszeniem na pierwsze zebranie reaktywowanych izb lekarskich. Przeżywałem ogromną radość, myśląc, że oto wraca Polska. Ta Polska, która skończyła się dla mnie 1 września 1939 roku. Ta Polska, która mnie i moim rówieśnikom umożliwiła zdobycie wykształcenia, i która nadała sens naszej pracy lekarskiej.

I oto Polska znów wraca do nas, a jej odrodzone istnienie przejawia się w czymś nowym. Dla mnie Polska wraca także w postaci wznowionych izb lekarskich.

Inicjatywę reaktywowania izb przyjąłem, więc z wielkim entuzjazmem i wielką nadzieją. Muszę jednak przyznać, że teraz mój entuzjazm nieco osłabł. Ludzie bardzo zmienili się w ciągu ostatniego półwiecza – mają inne poglądy i potrzeby, znacznie częściej wyznają filozofię, w której wartością naczelną jest „mieć”, a nie „być”. Te przedwojenne izby, które pamiętam i do których tradycji i prestiżu chciałem nawiązać, tworzone były przez spadkobierców i kontynuatorów ideałów Powstania Styczniowego, czyli przez ludzi, dla których odzyskiwanie niepodległości i możliwość budowania własnej państwowości były najważniejszym wyzwaniem i przez to wezwaniem do pracy równie ofiarnej, jak ofiarna była walka ich ojców i dziadków. To brzmi zapewne patetycznie, ale w jakich innych słowach można wyrazić potrzebę reaktywowania nie tylko izb, ale i wartości, które były podstawą ich społecznego prestiżu?

Zdaję sobie oczywiście sprawę z wielkiego znaczenia wszystkich zamierzonych i podejmowanych przez izby działań zmierzających do poprawy materialnej pozycji lekarza i stworzenia lepszych warunków leczenia chorych. Ale chciałem też, by w natłoku tych różnych, bardzo nieraz pilnych spraw do załatwienia nie zabrakło miejsca i inicjatyw, które mają na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych lekarzy, pogłębienie ich wiedzy fachowej i ogólnej, doskonalenie umiejętności myślenia lekarskiego, a także – raz jeszcze chciałem podkreślić wagę tej sprawy – pobudzenie i wzmocnienie chęci samokształcenia się i samorozwoju.

Jest przed nami tyle rzeczy do naprawienia i do odrobienia. Co robić? Od czego zacząć?

Na progu, „Gazeta Lekarska” 1/1990



Andrzej Matyja
chirurg, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Komu służy samorząd lekarski?

Bez wahania odpowiadam: społeczeństwu. Jako reprezentanci zawodu zaufania publicznego korzystamy z konstytucyjnego uprawnienia do tworzenia samorządu, który – jak to zapisano w art. 17 naszej ustawy zasadniczej – sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu „w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. To przywilej, honor i odpowiedzialność. Tak widzieli to nasi poprzednicy, którzy tworzyli lekarską wspólnotę, dbali o jej rozwój, zachowanie wartości w czasie wojny, w okresie stalinowskim i partyjnej nomenklatury.

Faktem jest, że – jak by powiedział Gombrowicz – przyprawia nam się gębę korporacji dbającej o interesy swoich członków, kasty osób solidarnie chroniących własne dobre imię za wszelką cenę. Jest to pożywką dla hejtu, niesprawiedliwych, a wręcz podłych ocen.

Wiemy, że dla celów politycznych zgodnie z powiedzeniem „dziel i rządź” silna jest pokusa, by kreować i podsycać wewnętrzne konflikty w naszym lekarsko-dentystycznym środowisku, mówić o sprzeczności interesów naszych i innych zawodów medycznych, ustawiać nas i pacjentów po dwóch stronach barykady. W tym kontekście ostatnio wybrzmiewa motyw, jakoby nasze korporacyjne interesy i troska o wynagrodzenia stały na przeszkodzie reform wprowadzanych dla dobra pacjentów.

Wspominam o tych przykrych dla nas faktach nie po to, byśmy użalali się nad sobą, ale by przypomnieć, że wielokrotnie w historii samorządności lekarskiej (dużo dłuższej niż stuletniej) autonomia i niezależność były niewygodne dla rządzących. O wiele lepiej sprawowałoby im się władzę, gdyby nie nasze „ale”, krytycyzm, oczekiwanie partnerskiej dyskusji i autentycznego dialogu z poszanowaniem podmiotowości samorządu. Nie są to oczekiwania abstrakcyjne. Wyrastają z idei społeczeństwa obywatelskiego, a jeśli komuś jest z nią nie po drodze, to w samorządzie będzie widział nie wartościowego recenzenta, docieklivego polemistę czy potencjalnego – może niełatwego – partnera, ale rywala, oponenta, a wręcz wroga.

W historii samorządności, nie tylko lekarskiej, przerobiliśmy niejedną bolesną lekcję, a jednak zawsze – mimo różnych politycznych meandrów – idea autonomii zawodowej i inteligentnego etosu była naszej profesji bardzo bliska. Łączy środowiskową troskę o standardy zawodowe z szacunkiem dla wiedzy w służbie choremu zgodnie z zasadami etyki.

Gdyby nie ta autonomia, łatwo można by sobie wyobrazić smutne losy naszych kolegów, którzy mówiąc niewygodną dla rządzących prawdę, stawali by się ich zakładnikami, i to urzędnicy mogliby przesądzać o ich pozostawaniu w zawodzie lub nie. I w drugą stronę, koledzy, którzy mimo dyplomów szerzą informacje nieoparte naukową wiedzą, też powinni zderzyć się ze środowiskową kontrą, by nasi współobywatele wiedzieli, gdzie przebiega granica między rzetelną medyczną wiedzą

a domysłami, pogłoskami i popularyzacją wyrywkowych, niesprawdzonych, nieudowodnionych naukowo albo dawno obalonych tez. Z ubolewaniem stwierdzamy, że powołane do tego organy państwa nie kwapią się, by podjąć stanowcze kroki. W tej sytuacji to głos samorządu brzmi jak ostrzeżenie i przestroga dla osób, które nie mając dostępu do naukowych źródeł, mogą ulec manipulacji i teoriom spiskowym. Nasz głos staje się więc głosem rozsądku i troski o społeczne zaufanie do wiedzy, a tym samym troski o zdrowie publiczne.

Jest też głosem rozsądku, gdy dopominamy się o godne warunki pracy, szanse rozwojowe i godziwe wynagrodzenie, które zatrzymają w kraju naszą medyczną młodzież, a doświadczonych lekarzy powstrzymają przed odejściem z zawodu. Wiemy, że gdy ich zabraknie, chorzy pozostaną bez opieki. Walcząc o godne warunki pracy lekarza, walczymy więc o godne warunki leczenia pacjentów, o czas, który jesteśmy w stanie im poświęcić, o lekarza wypoczętego, rozwijającego się zawodowo, a nie przemęczonego i wypalonego.

Chcemy jak najwięcej dać od siebie pacjentom. Chcemy wiedzieć, że stworzony – przecież bez naszego udziału – system nie rzuca nam kłód pod nogi, pozwala nam udzielić pomocy zgodnie z naszą wiedzą, umiejętnościami i możliwościami, jakie daje nowoczesna medycyna.

Czasem chcielibyśmy wykrzyknąć: „Pozwólcie nam leczyć!”. To nie jest wezwanie egoistycznej korporacji, jak próbują nam i społeczeństwu wmówić niektórzy politycy, ale to jest głos w interesie społecznym. Myślę, że to przestanie powinno – zwłaszcza teraz – być przez nas kierowane do jak najszerzej opinii publicznej, aby uświadomić, że lekarzy i pacjentów łączy wspólnota interesów. Chorych nie wyleczą ministrowie i urzędnicy coraz to nowych instytucji oraz organizacji ze zdrowiem w nazwie, ale lekarze wspierani przez innych medyków. Od organizatorów ochrony zdrowia musimy oczekiwać, wręcz żądać, stworzenia systemu służącego ludziom, a nie Excelowi. Nie do nas należy

100 lat temu praktykowało w Polsce około 5 600 lekarzy oraz 1 500 stomatologów. Liczba członków izby wg stanu na 1 X 2021 roku wynosi 200 706 osób.

jego przygotowanie. Do nas natomiast należy krytyczna jego ocena z perspektywy leczonego i leczącego, dzielenie się wiedzą i obserwacjami, pilnowanie standardów. Tak rozumiem służebną rolę samorządu wobec społeczeństwa i nasze konstytucyjne umocowanie. Służymy więc społeczeństwu, jego zdrowiu, bezpieczeństwu i przyszłości kolejnych pokoleń. Służymy wiedzy i zawodowej etyce. Na wielu polach służymy pomocą, wsparciem, radą, a bywa, że i za wzór... Może więc warto wyciągnąć w lamusa „służbę zdrowia”, nadać jej nowe i nowoczesne znaczenie na miarę XXI wieku, czyniąc ją naszą „służbą zdrowiu”?



Krzysztof Madej

chirurg, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Czy izby lekarskie są potrzebne?

Gdy po raz pierwszy przeczytałem to pytanie, zdrząłem ze zgorszenia. Pewnie dlatego, że buńczucznie zaliczam siebie do „ojców reaktorów” samorządu lekarskiego. Nietrudno o to, bo większość prawdziwych odnowicieli samorządu, dorostych wówczas, poważnych i mających przełożenie na świat polityki, już nie żyje.

Pozostali jeszcze tacy jak ja, młodzieńcykowi wówczas i aspirujący do nadzwyczajnej godności stanu lekarskiego pomagierzy. Z tego powodu mam pewnie pamięć obciążoną wspomnieniami z lat, w których zadawanie takiego pytania byłoby nie na miejscu, gdyby ktoś chciał je zadać, a na pewno było poza wyobraźnię.

Szybko jednak otrząsnąłem się ze starczych i konserwatywnych emocji. Czasy jednak szybko się zmieniają i obecne zupełnie nie przypominają tych, kiedy marzyliśmy o wydobyciu się z PRL-owskiej „służby zdrowia” i przeniesienia w idealny świat stanu lekarskiego, obdarzonego zwiększonym prestiżem, godnością i pozycją społeczną. Wywiodłem więc z tych porównań wniosek logiczny, że każde pokolenie lekarskie ma prawo, a nawet obowiązek zadawać sobie pytanie: „czy izby lekarskie są potrzebne?”

Co to jest jednak pokolenie lekarskie? W normalnej historiografii za pokolenie przyjmuje się 25 lat, a więc czas, w którym człowiek osiąga pełną dojrzałość społeczną. Ale ludzie rodzą się co roku i co roku kolejne roczniki opuszczają wydziały lekarskie i wtedy to zaczyna się ich indywidualne, a nie historyczne pokolenie. Ja proponuję przyjąć taki rachunek, że skoro studia lekarskie trwają 6 lat (i tak powinno zostać), to za miarę pokolenia można przyjąć ten okres i w tym rytmie szukać porównań i zmian postaw. Czyli w ciągu tych 30 lat przeszło 5 pokoleń. Wystarczająco dużo czasu na zmianę wszystkiego.

Ażebym podjąć próbę odpowiedzi na wyjściowe pytanie, trzeba jeszcze określić dodatkowy parametr logiczny: komu mają być potrzebne? Pojedynczemu lekarzowi, establishmentowi medycznemu, grupom poszczególnych specjalistów w dyscyplinach klinicznych, ministrowi zdrowia, systemowi ochrony zdrowia, administracji ogólnej lub medycznej, politykom, państwu?

Kiedy na fali zmian ustrojowych państwa reaktywowane były izby lekarskie, wydawało się, że będą one cennym sojusznikiem dla każdego z tych partnerów. Profesor Jan Nielubowicz, kandydat na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, późniejszy przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, zwykł był mówić, że powrót do izb lekarskich jest elementem odbudowy normalnego demokratycznego państwa. Uważało się również wtedy, że po latach peerelowskiej deprecjacji i pauperyzacji stanu lekarskiego odbudowa inteligentnego statusu stanu lekarskiego miała być wstępem, po którym wszystko ułoży się na nowo. Łza się w oku kręci na wspomnienie tych memuarów. Taka pozycja społeczna lekarza mierzona w owych

dziewiętnastowiecznych kategoriach nikomu do niczego nie jest już potrzebna. Teraz liczy się cenzus majątkowy. I na tym polu jest frustracja środowiskowa i niespełnienie samorządu.

Ministrom zdrowia samorząd w przeszłości i obecnie pewnie bardzo nie jest potrzebny, choć nie zawsze tak było. Minister Jacek Żochowski był liderem reaktywacji samorządu, bardzo o niego dbał i pomagał mu. Pamiętam, bardzo pomagał pewnemu prezesowi NRL.

Politykom też już pewnie nie jest potrzebny, bo zbyt często obnaża pustkę programową ich i ich ugrupowań. Systemowi ochrony zdrowia? Patrz poprzedni akapit – pewnie byłby bardzo potrzebny, gdyby ten system był istotnie zmieniany, reformowany. Dowodem niech będzie to, że poparcie dla uchwalenia w 1997 roku ustawy o kasach chorych było dosyć powszechne. Ale w obecnej chwili, gdy trwa raczej obrona sytuacji zastanej, praw nabytych i interesów wąskogrupowych, samorząd nie jest mile widzianym partnerem. Czasami bowiem wypnie mu się coś (bardzo rzadko) z prawd i obserwacji nie przez wszystkich mile widzianych.

W 1927 roku w spisie Naczelnej Izby Lekarskiej figurowało 8 804 lekarzy, w tym 5 344 zatrudnionych przez kasy chorych, 1 612 praktykujących wyłącznie prywatnie i aż 1 848 bezrobotnych.

Jakie wnioski wyciągam z przedstawionej wyliczanki? O paradoksie, przeciwne do nasuwających się. Jak wygląda państwo polskie, widać gołym okiem. Pozbawione jest uporządkowanej politycznej myśli programowej, wypełnione irracjonalną walką polityczną, konfliktami społecznymi i ochroną grup interesów. System ochrony zdrowia szybko się dekomponuje. Składa się z coraz liczniejszych fragmentów, które ze sobą nie współpracują. Trzeba to będzie kiedyś naprawić i do tego będzie potrzebny samorząd lekarski, bo jest/będzie on potrzebny lekarzom i państwu, według założycielskiego programu, który jest/będzie aktualny. Acha, i jeszcze jedno – jest/będzie on potrzebny chorym ludziom, nazywanym pacjentami – czyli państwu.

Teoretycznie można by zlikwidować samorząd lekarski, choć byłoby to bardzo trudne. Pewnie trzeba by zmienić ustrój państwa – tak jak trzeba było go zmienić, żeby reaktywować samorząd. Wówczas wróciłibyśmy do tego, co już było (to skądinąd zrozumiemy postulat w ustach niektórych młodych, którzy nie mogą pamiętać Polski Ludowej i „ciekawych” u tych, którzy mogą pamiętać). Na pewno jednak oznaczałoby to amputowanie sobie części, a w dzisiejszych – zarządzanych, skomercjalizowanych, przepolitykowanych i preadministrowanych – czasach nawet całości sumienia lekarskiego.



Leszek Dudziński
chirurg szczękowy, długoletni prezes Warmińsko-
-Mazurskiej Izby Lekarskiej

4 Czy separacja lekarzy i lekarzy dentystów jest kwestią czasu?

Pytanie jest zadane dosyć prowokacyjnie, ponieważ zarówno zawód lekarza dentystry, jak i zawód lekarza medycyny to oddzielne dwa zawody, ale od samego początku reaktywacji izb lekarskich działające we wspólnym samorządzie.

Czy jest możliwość wydzielenia samorządu lekarzy dentystów ze wspólnego samorządu lekarskiego? Wydaje mi się, że jest to nieaktualne już zagadnienie i praktycznie rzecz biorąc, niemożliwe do zrealizowania. Patrząc z wieloletniej perspektywy, prawie 32-letniej, już w pierwszej kadencji wszyscy podkreślali, że największym osiągnięciem reaktywowanego samorządu lekarskiego jest to, że działamy wspólnie i w oparciu o przepisy jednej ustawy. Przez wiele lat i wiele kadencji razem współtworzyliśmy struktury samorządu i wspólnie budowaliśmy jego pozycję. Oczywiście zdarzało się, że pojawiały się głosy, które sugerowały, że część lekarzy dentystów jest niezadowolona ze skuteczności działania takiego samorządu, szczególnie w kwestiach płatniczych lub później w kwestiach współpracy z NFZ, i dąży do rozłamu w samorządzie. Wydawało się wówczas, że aspiracje te są na tyle daleko posunięte, że może to być niebezpieczne dla naszej jedności. Później okazało się jednak, że tak naprawdę chodziło o coś zupełnie innego. Kiedy po raz pierwszy zostałem prezesem na terenie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, często słyszałem pytanie, czy nie ma prawdziwych lekarzy i czy to konieczne, aby dentysta był przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej albo prezesem izby. Przecież to kwestia zaangażowania i aktywności, a nie tego, kto jaki ma tytuł naukowy albo zawodowy. Myślę, że w późniejszych latach wielu kolegów zrozumiało, że kierunek wspólnego działania jest jedynym, o który możemy się oprzeć, czyli „w jedności siła”, i wielokrotnie mogliśmy się o tym przekonać.

Członkowie przedwojennych rad odbierali dietyienne. W 1927 roku Poznańsko-Pomorska Izba Lekarska wypłacała do 30 zł ekwiwalentu za stracony czas.

Wraz z upływem czasu zwiększała się liczba osób zaangażowanych w działalność samorządową, o czym świadczyć może obecna liczba prezesów reprezentujących zawód lekarza dentystry – obecnie to już prawie jedna czwarta wszystkich prezesów ORL. Głosy niezadowolenia z braku możliwości realizacji własnych ambicji będą zapewne jeszcze się pojawiały, ale osobiście uważam, że powinniśmy działać razem i każda próba innego rozwiązania będzie nie tylko z niekorzyścią dla działalności naszego środowiska, ale również dostarczy argumentów tym, którym zależy, ażeby samorzady zaufania publicznego nie były głosem decydującym w rozwiązywaniu problemów państwa.



Zbigniew Czernicki
neurochirurg, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej (2001-2005)

5 Czy odpowiedzialność zawodowa jest iluzją?

Pion odpowiedzialności zawodowej działa w reaktywowanych izbach lekarskich już ponad 30 lat i z pełną odpowiedzialnością mogą stwierdzić, że odpowiedzialność zawodowa nigdy nie była iluzoryczna.

Początki były bardzo trudne, bo wszyscy zaangażowani byli nowicjuszami i uczniami. Podstawy zawarte w przepisach, tak jak obecnie, odpowiadają powszechnemu wymiarowi sprawiedliwości. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej pełni rolę prokuratora. Każdy działający w obszarze odpowiedzialności zawodowej odnosił się do swych zadań niezwykle sumiennie. Pilnie uczyliśmy się, a mieliśmy doskonałych nauczycieli. Świat prawników odniósł się do nas z niezwykłą życzliwością i powagą. Prawnicy uczestniczyli zarówno w omawianiu skomplikowanych proceduralnie przypadków, jak i brali udział w zjazdach szkoleniowych. Należy im podziękować i wymienić choćby nazwiska prof. Arnolda Gubińskiego, prof. Eleonory Zielińskiej, prof. Andrzeja Murzynowskiego, prof. Mariana Filara, prof. Andrzeja Zolla i prof. Mirosława Hesterowicza.

W początkowym okresie działania w składzie orzekającym Naczelnego Sądu Lekarskiego znajdowali się sędziowie Sądu Najwyższego. Sędziowie brali udział w szkoleniu nas, lekarzy. Dużo skorzystaliśmy. Nie wszyscy koledzy rzecznicy czuli się dobrze w roli „prokuratorów” i stąd pewna zmienność zespołów rzeczników. Obecnie mamy inny problem wynikający z konieczności przyłączenia nowych członków do zespołów rzecznika. Niedobory występują w całej Polsce, ale praca w obszarze odpowiedzialności nie jest iluzją.

Obecnie do izby warszawskiej wpływa rocznie 300-400 skarg. To jest mniej więcej 1/5-1/6 liczby wszystkich skarg w kraju. Odpowiedzialność zawodowa jest ustawiona bardzo różnie w Europie, a współpraca międzynarodowa pozostawia wiele do życzenia. Różnie są potraktowane roszczenia firmowe i, co chyba najbardziej wszystkich interesuje, wyroki pozbawiające

prawa wykonywania zawodu. W Polsce w ciągu trzech dekad pozbawiono prawa wykonywania zawodu 30 lekarzy i lekarzy dentystów, natomiast w Wielkiej Brytanii w 2019 roku prawa wykonywania zawodu pozbawiono 15 osób spośród 42 tysięcy lekarzy dentystów. Mam wrażenie, że nie jesteśmy zbyt surowi. Osobiście jestem przeciwnikiem kary śmierci, w tym wypadku śmierci zawodowej, ale znam takie sytuacje, w których lekarz nie powinien dłużej leczyć i jest to właściwie nie kara śmierci, lecz dożywotnie pozbawienie możliwości bycia lekarzem.

Zgłaszane skargi dotyczą kilku obszarów – przede wszystkim błędów w leczeniu, działania na szkodę prestiżu zawodu lekarza, obrażania kolegów oraz obszernego działu decyzji administracyjnych, politycznych oraz oszustw i osiągania nielegalnych korzyści finansowych.

Na podstawie kilkudziesięcioletnich doświadczeń uważam, że wskazane byłyby istotne zmiany. Wiele nadziei pokłada się w „zaspokojeniu” skarg na drodze tylko finansowej, bez rozstrzygnięcia i prowadzeniu postępowania dla ustalenia, kto popełnił błąd. W kilku krajach powyższa procedura zwana „non-fault” sprawdziła się. Mam jednak poważne wątpliwości, czy sprawdziłaby się u nas. Wielu skarżących zadowolony jest jedynie odszkodowaniem. Ponadto dla dobra pacjentów i korporacji warto przeprowadzić przynajmniej wstępną analizę skarżonego leczenia.

Z prawa rzymskiego z korzeniami sięgającymi Kodeksu Hamurabiego i Starego Testamentu wywodzi się zasada „Ne bis in idem”. To znaczy nie karze się dwa razy za to samo. Natomiast w przypadkach błędów medycznych występuje sytuacja, gdy sądy powszechne mogą ukarać za to samo przewinienie co sądy lekarskie, a nawet stosować ten sam wymiar kary.

Sędziowie w składzie sądów powszechnych nie mają wiedzy medycznej i zmuszeni są korzystać z opinii biegłych. Korporacyjny system odpowiedzialności zawodowej również korzysta z opinii biegłych. Jednak rzecznik i skład sędziowski posiadają własną wiedzę medyczną, a z mojej praktyki rzecznika zapewniam, że system korporacyjny jest w stanie dobrać znacznie bardziej kompetentnych biegłych. Tak więc, moim zdaniem, skargi związane z błędami w leczeniu powinny być rozpatrywane przez pion odpowiedzialności zawodowej w izbach lekarskich. Izba ma możliwości poprawy szkolenia lekarza, a w sytuacjach drastycznych może pozbawić lekarza możliwości wykonywania zawodu. Oczywiście należy oddzielić odpowiedzialność za błędy w sztuce lekarskiej od czynów kryminalnych. Odpowiedzialność lekarza w powszechnym wymiarze sprawiedliwości powinna dotyczyć na przykład lekarzy wykonujących zawód, gdy byli pod wpływem alkoholu czy innych środków psychotropowych za leczenie uzależnione od dodatkowych, nielegalnych opłat finansowych, leczenie prowadzone na podstawie sfałszowanych certyfikatów i zaświadczeń, stosowanie metod medycyny niekonwencjonalnej i wspomagających ruch antyszczepionkowy, czyli działanie na szkodę społeczeństwa. Natomiast obszar pozostający w gestii rzecznika i sądów lekarskich to działalność obniżająca prestiż lekarza, np. częste nadużywanie środków psychotropowych, w tym alkoholu, nawet poza pracą. Niejasne jest w tym wypadku słowo „częste” i wymaga wyjaśnienia w postępowaniu. Udzielał lekarzy w reklamach – w tym wypadku należy pochwalić się znacznym zmniejszeniem reklamowej aktywności lekarzy. Oddzielnym problemem są konflikty pomiędzy lekarzami i skargi na znieśławienie. To często bardzo trudne postępowania, ale powinny pozostać w gestii organów korporacji.

Lekarze nie tylko leczą. Wielu z nich pełni funkcje urzędnicze, administracyjne i polityczne. Te przypadki powinny być oceniane przez sądy powszechne, np. ustawianie przetargów, organy kontrolne i polityczne. Powyższe czynności trudno nazwać odpowiedzialnością zawodową.



Jerzy Lach

rehabilitant, redaktor naczelny biuletynu OIL w Opolu od 1990 roku

Czy lekarze czytają „Gazetę Lekarską”?

Do najbardziej lojalnych czytelników „Gazety Lekarskiej” należą nasze rodziny i grono pacjentów zasiadających w poczekalniach prywatnych praktyk.

Młodzi lekarze są pokoleniem internetu, gdzie w ciągu sekundy pojawiają się miliony bitów informacji, które w krótkim czasie ulegają całkowitej zmianie lub stają się nieaktualne. Papierowy cykl wydawniczy powoduje, że treści drukowane stają się zdezaktualizowaną „ramotą”. Czytanie tekstu, który powstał „wieki temu” traci zatem dla niektórych sens. Wszędzie widzimy młodzież (coraz starszą skądinąd) z oczami wlepionymi w ekran i gotowymi do przebiegania po klawiaturze palcami. Wszyscy są w środku informacyjnego toku. Oto „signum temporis”.

Pokolenie 60 plus przyzwyczyło się w szkole, podczas studiów i specjalizacji do obcowania ze słowem drukowanym na pachnącym farbą papierze. Dawniej proces tworzenia i przesyłania informacji był wydłużony. Poza tym, zważywszy na fakt, że podręczniki nie ulegały corocznej wymianie i obowiązywały latami, panowało podświadome przekonanie o ich trwałości, a co za tym idzie – wiedza tam zawarta miała większe znaczenie, bez wszechobecnego dziś ulotnego charakteru. To tyle o różnicy pokoleń.

Z drugiej strony, zarówno młodzi, jak i starsi członkowie korporacji w znakomitej większości prezentują obojętność w stosunku do samorządu i wszystkiego, co z nim związane (także „Gazety Lekarskiej”). Ciągłe dość powszechnie uważa się izby za twór narzucony lekarzom i zbędny. Paradoksalnie stosunek ten dotyczy wszystkich grup wiekowych. Po co więc czytać wiadomości o czymś, co jest obojętne?

Nieliczne sondaże wykazywały niskie czytelnictwo „Gazety Lekarskiej” i biuletynów. Bywają przetomy i nagły wzrost zainteresowania. Zawsze prym wiodą emeryci, dla których jest to forma kontaktu ze środowiskiem. Pośród pozostałych są i tacy, którzy szukają głównie własnego nazwiska ze zdjęciem w otoczeniu pozytywnych przymiotników. Znam też fanów rubryk autorskich. Jaki stanowią procent ci, którzy naprawdę szukają informacji? Ilu z nas wyrzuca „najdroższą gazetę” bez otwierania? Tego nie wiemy, a szkoda.



Marta Jakubiak
dziennikarz, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej”

7 Czy „Gazeta Lekarska” zna swojego adresata?

Oczywiście, że zna. Przecież dziesięć razy w roku wysyłana jest na adresy domowe lekarzy i lekarzy dentyistów z 24 okręgowych izb lekarskich. Redakcja „Gazety Lekarskiej” to zespół ludzi pracujących z pasją i pamiętających o tym, kto jest adresatem tego, co robimy.

Planując kolejne numery i tworząc własne teksty, zawsze szukamy tematów ciekawych i pomocnych w praktyce lekarskiej, zastanawiamy się, o czym chcieliby lub powinni przeczytać. Rozmawiamy z nimi, słuchamy ich sugestii i uwag, reagujemy na problemy, które zgłaszają. Ścisłe współpracujemy też z Radą Programową „Gazety Lekarskiej”, w której gronie zasiadają nasi adresaci. Ceniemy ich konstruktywną krytykę i podpowiedzi, jak budować przekaz dla środowiska. Wsłuchujemy się w te wszystkie głosy, starając się stale rozwijać.

Z drugiej strony oczywiste jest, że „Gazeta Lekarska” nie może znać swojego adresata. Jej nakład to niemal 180 tys. egzemplarzy, co oznacza, że docieramy do ogromnej grupy osób, która – czego mamy świadomość – musi być zróżnicowana. Głupotą lub pychą byłoby więc twierdzić, że znamy swojego adresata. Nie znamy go, bo znać nie możemy. Każdy jest inny, ma swoje poglądy polityczne, przekonania religijne, światopogląd, pomysł na życie i siebie, ma inne pasje, inne problemy. Pamiętamy o tym, tworząc gazetę. Budujemy przekaz i poszukujemy tematów tak, by żaden z adresatów nie był pominięty, by trafić do każdego. Czy nam się to udaje? Jedni twierdzą, że nawet nie odfoliowują gazety (więc nie mogą jej znać), inni czytają i czasem dzwonią lub piszą, by podziękować za dobry artykuł, zaproponować współpracę.

Wiemy, że każdy z adresatów „Gazety Lekarskiej” jest odrębną osobowością i każdy jest innym człowiekiem, ale wszyscy walczą o zdrowie i życie swoich pacjentów, wykonują zawód zaufania publicznego i mają niezwykle odpowiedzialną pracę. Wiemy, że trzeba ich w tym wspierać. Staramy się to robić tak, jak możemy – wykonując swoją pracę jak najlepiej.

**W roku 1939 największa Izba
Warszawsko-Białostocka
zrzeszała 3 604 osoby.
Najmniej lekarzy liczyła
Izba Śląska, w której
zarejestrowano 535 członków.**



Ładysław Nekanda-Trepka
chirurg, nestor samorządu lekarskiego, zastępca
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

8 Kogo reprezentują zjazdy lekarzy?

Art. 22 ust. 4 Ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. głosi, że do obowiązków delegata należy udział w okręgowym zjeździe lekarzy, uczestniczenie w działalności okręgowej izby lekarskiej oraz utrzymywanie kontaktów z lekarzami rejonu wyborczego.

Z kolei w art. 37 ust. 1 zapisano, że „W Krajowym Zjeździe Lekarzy uczestniczą delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy lekarzy oraz z głosem doradczym – niebędący delegatami członkowie ustępujących organów Naczelnej Izby Lekarskiej”.

Samorząd lekarski wykonuje swoje ustawowe zadania przez działalność swoich jednostek organizacyjnych, którymi są okręgowe izby lekarskie i Naczelna Rada Lekarska. Okręgowe izby obejmują obszar działania uwzględniający zasadniczy podział terytorialny państwa polskiego, najczęściej jedno województwo, ale również część województwa lub obszar dwóch sąsiadujących województw. Wojskowa Izba Lekarska działa na obszarze całego kraju. Liczebność okręgowych izb lekarskich jest znacznie zróżnicowana – od 1100 lekarzy i lekarzy dentyistów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim do 32 000 w Warszawie. Najwyższym organem w okręgu jest okręgowy zjazd lekarzy, a Naczelnej Izby Lekarskiej Krajowy Zjazd Lekarzy, które tworzą delegaci wybierani na podstawie prawa wyborczego opartego o przepisy ustawy i regulamin wyborów. Delegaci na okręgowy zjazd lekarzy wybierani są przez grupy lekarzy i lekarzy dentyistów – członków okręgowej izby zorganizowanych w rejonach wyborczych. Rejony wyborcze ustanawia okręgowa rada lekarska na wniosek okręgowej komisji wyborczej, obejmujące lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w zakładach leczniczych lub na określonym terytorium albo grupy lekarzy, w tym również grupy lekarzy zorganizowane w rejonie wyborczym na ich wniosek. Rejon wyborczy mogą również tworzyć lekarze i lekarze dentyści. Liczebność rejonów wyborczych jest bardzo różna i wynosi od 25 osób do kilkuset, w zależności od decyzji komisji wyborczej. Kandydaci na delegatów są wybierani w rejonach na podstawie zgłoszenia przez innego członka rejonu lub na swój własny wniosek, w głosowaniu opartym o pięcioprzymiotnikowe zasady demokratycznych wyborów (powszechne, bezpośrednie, równe, tajne, przy nieograniczonej liczbie kandydatów).

W pierwszych trzech kadencjach odrodzonego samorządu lekarskiego wybory w rejonach wyborczych były przeprowadzane w formie zebrania wyborczego, na którym zgłaszani kandydaci przedstawiali swój program działania, odpowiadali na pytania, a w przypadku ponownego kandydowania składali członkom rejonu sprawozdanie ze swojej kadencyjnej działalności. Ze względu na malejącą obecność członków rejonów na zebraniach wyborczych związaną z wprowadzonymi zmianami organizacyjnymi w ochronie zdrowia (de facto likwidacją zespołów

lekarzy), a także zmniejszenia w środowisku lekarzy atrakcyjności samorządu, zmieniono wybory z bezpośrednich na osobiste głosowanie w określonym terminie i wyznaczonym miejscu przed komisją skrutacyjną, z możliwością głosowania w drodze korespondencyjnej. Tym samym zgromadzenie wyborcze członków regionu zastąpiono głosowaniem osobistym. Dane o kandydacie, jego zamierzeniach i deklaracje dotyczące działalności zostały zastąpione informacją o kandydacie umieszczoną na stronie internetowej okręgowej izby, z którą może zapoznać się głosujący członek regionu.

Kandydat nie jest zobowiązany do składania sprawozdania ze swojej aktywności. Liczebność regionu wyborczego, przypadkowy dobór członków ze względu na miejsce wykonywania zawodu lub duża liczba członków regionu ustalana schematycznie często uniemożliwia identyfikację kandydata i świadome głosowanie. Również frekwencja wyborcza wahająca się od 20 proc. do 53 proc. uczestnictwa w wyborach uprawnionych członków izby ogranicza reprezentacyjność wybranych delegatów na zjazd.

Na zjazdach okręgowych w pierwszych kadencjach kandydaci prezentowali się na forum zjazdu, przedstawiając swój program i odpowiadając na pytania. Z upływem czwartej kadencji, tej procedury zaniechano ze względu na przeciągający się czas procedury wyborczej, utrudniającej sprawne przeprowadzenie zjazdu. Na ostatnim KZL prezentacja kandydatów ograniczyła się do odczytania listy kandydatów przez Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej.

Na wyniki głosowania mają wpływ nieformalne grupy delegatów organizowane przez prezesów lub grupy prezesów okręgowych izb lekarskich. Głosujący delegat oddaje głos niesamodzielnie i pod presją. W rezultacie NRL, która jest wiodącym organem samorządu, składa się z prezesów izb wybranych na zjazdach okręgowych oraz z lekarzy i lekarzy dentyków wybranych w dużej mierze na skutek zorganizowanych przez nich lobbingsów.

Opierając się na powyższym rozumowaniu, pozwałam sobie na następującą odpowiedź: lekarze delegaci na okręgowy zjazd lekarzy de facto reprezentują samych siebie, a delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy swojego prezesa lub grupę prezesów stanowiących nieformalnie lobbujących podejmowanie „odpowiednich” decyzji przez organy Naczelnej Izby Lekarskiej.



Jerzy Woy-Wojciechowski

specjalista medycyny nuklearnej, ortopeda, honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, kompozytor

Jak odradzał się samorząd lekarski?

W czerwcu 1987 roku odbył się w Bydgoszczy krajowy zjazd Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z udziałem około 200 delegatów. Gdy w wyniku tajnego głosowania blisko 90 proc. zagłosowało, bym został prezesem PTL, zobowiązałem się, że uczynię wszystko, by reaktywować izby lekarskie. Wiele osób wtedy twierdziło, że marzę o niebieskich migdałach, bo już

przez dziesięciolecia kruszono kopie, walcząc o nie. Drażono skały niewiedzy, topiono lodowce niechęci, zdobywano szczyty oporu, a nierzadko głupoty, lecz łatwiej byłoby wtedy zdobyć ponownie biegun północny niż powszechną zgodę na reaktywację samorządu lekarskiego. Nie było tygodnia, by członkowie prezydium nie odbywali kolejnych wizyt, a było ich setki. Nie należąc do „jedynie słusznej” partii, wzmacniałem nasze delegacje lekarzami lewicy, jak towarzysze Jacek Żochowski, Witold Zatoński czy Adam Czarnecki. Do niektórych sceptyków, jak Zofia Kuratowska, trzeba było docierać kilkakrotnie, by zyskać poparcie. Generalnie, „czerwone młoty” z Ka-Ce były przeciwne, „zielone sierpy” ludowców coraz bardziej przychylnie. Za to od początku popierał nasze staranie Tadeusz Młynarczyk i jego Stronnictwo Ludowe z siedzibą na ul. Rutkowskiego (Katowice już przestały być Stalinogrodem, lecz ulica Chmielna wciąż była rewolucyjna). Szereg osób się wahało, jak ten gazda, którego pobito na weselu, żonę mu zgwałcono, a on się wahał, czy iść na poprawiny.

Kiedy mecenas Witold Preiss oznajmił, że odrzucono projekt PTL, odrzucono po raz 21., stowarzyszenie dalej dążyło do reaktywacji izb. Wszędzie były, jak w „Hamlecie”, „słowa, słowa, słowa”. I nagle po bezsennej nocy doznałem olśnienia. Musimy się spotykać z postaciami lekarzami! Odtąd w Klubie Lekarza konferowali pełni życzliwości koledzy-poślowie: Teresa Dobielińska-Eliszewska, Bożena Hager-Matecka, Zbigniew Gburek, Tadeusz Szelachowski, Andrzej Sidor, Zbigniew Kledecki, Mieczysław Szostek oraz niezrównany, najbardziej aktywny i życzliwy, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia – Janusz Szymborski.

I tak powstała 22. wersja odrodzenia samorządu lekarskiego, który był już „projektem poselskim”. Nigdy nie zapomnę mego wzruszenia z 17 maja 1989 roku z łoża sejmowej. Mamy izby!



Marek Stankiewicz

chirurg, publicysta, redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” 1997-2010, szef Ośrodka Historycznego NIL

10 Czy w samorządzie są frakcje?

Z frakcjami kojarzą się takie pojęcia jak odłam, skrzydło, obóz, orientacja, stronnictwo czy choćby sprzysiężenie. To nie są terminy wyjęte ze sztambucha naszej długoletniej harówki na dyżurach lub gdy po niej odprężamy się w gronie przyjaciół.

Samorząd lekarski wyłaniany co cztery lata w wyborach na trzech szczeblach jest z definicji i swej natury politycznie bezstronny. Gromadzi w sobie dziesiątki tysięcy, często kontrowersyjnych poglądów lekarzy i ich rodzin. Ale nigdy nie ośmiela się być sędzią ani rozjemcą pośród nimi. Na frakcje rodem z polityki, czyli zorganizowane i zdyscyplinowane grupy ludzi, świadomych własnych odrębności, które wynikają z akceptowania odmiennych idei,

preferowania odmiennego stylu postępowania politycznego lub realizowania specyficznych celów w samorządzie lekarskim nie ma miejsca.

Nieco inaczej sprawa ma się z grupkami lekarzy wzajemnie się popierających i dążących do partykularnych, często osobistych celów, bez należytego uwzględnienia dobra publicznego. Koterie, ukierunkowanie na własne, egoistyczne cele, często wbrew interesowi naszego środowiska lekarskiego, bywały groźne, o ile nie dopadała ich jeszcze pycha i brak argumentów.

Jeszcze czymś innym jest zdrowa rywalizacja pomiędzy grupami interesu o prymat w medycynie. Legendy krążą w prasie medycznej o konkurowaniu kardiologów z onkologami i lekarzy rodzinnych z korpusem lekarzy specjalistów.

Wreszcie dochodzimy do sedna problemu, czyli kompletnego rozwarstwienia grup interesu zawodowego w medycynie. Bo jak się mają profesorskie katedry i ich dostojne togi do aspiracji lekarskiej młodzieży. Dziś dyrektor szpitala, wysoki urzędnik ministerialny, inspektor kontroli w NFZ, radny, poseł czy senator, który kiedyś z namysłem zamienił stetoskop lub skalpel, na narzędzia typowe dla tropienia sprawozdawczych zaniedbań lekarzy, nie cieszy się z pewnością uznaniem swych byłych kolegów w samorządzie. Za to nieustannie przypomina im o misji i powołaniu, przywołując już to sędziwego Hipokratesa, już to rozdartego pomiędzy osobistym szczęściem a służbą wobec cierpiącej biedoty doktora Tomasza Judyma.



Mariusz Janikowski

internista, diagnosta laboratoryjny, prezes Fundacji Lekarze Lekarzom, członek NRL i KKW

11 Czy wybory do izb mogą porwać tłumy?

Pytanie, na które przyszło mi odpowiedzieć, wprawiło mnie w pewną konfuzję. Odpowiem zatem dyplomatycznie – to zależy, czy rozważamy sprawę teoretycznie, czy opiszemy doświadczenie będące udziałem wszystkich członków samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Hipotetycznie wybory, jako akcja mająca na celu powołanie odpowiednich kandydatów do pełnienia określonej funkcji poprzez głosowanie, mogą oczywiście „porwać tłumy”, czyli wzbudzić entuzjazm bardzo dużej liczby osób. Jednak jest kilka warunków. Po pierwsze, kandydaci muszą być odpowiedni, czyli godni zaufania, budzący szacunek, charyzmatyczni itd. Po wtóre, stanowiska, których obsadzenie następuje w drodze wyborów, wyposażone są w kompetencje i uprawnienia, których realizacja ma i będzie miała w przyszłości istotny wpływ na żywotne interesy „tłumu”. Po trzecie wreszcie, każda jednostka składająca się na „tłum” musi mieć poczucie sprawczości – wierzyć, że jej głos ma moc zmiany przyszłości albo ma moc zachowania *status quo*. To wszystko gwarantuje jednak co najwyżej wysoką frekwencję wyborczą. Do porywów entuzjazmu potrzeba czegoś

więcej, czegoś nadzwyczajnego: zaprezentowania przez charyzmatycznego kandydata programu, wizji lub obietnicy, która daje nadzieję na „lepsze jutro”.

Powiem przewrotnie. Żadne wybory nie powinny budzić entuzjazmu i porywać tłumów. W stabilnej demokracji wybory to nie „powstańczy poryw entuzjazmu”, tylko najważniejsze obywatelskie prawo i zarazem obowiązek. Jeśli wybory wzbudzają entuzjazm, to może oznaczać, że jest źle lub bardzo źle i pojawia się ktoś, kto obiecuje, że będzie lepiej lub nawet bardzo dobrze. Osobiście uważam, że stanowczo bezpieczniejsza jest stabilna, duża frekwencja świadomych wyborców. Niekoniecznie rozentuzjazmowanych.

Tyle domorościej teorii i ostatnie zdanie o empirii.

Te słowa piszę w czasie trwającego w całym samorządzie lekarskim pierwszego etapu wyborów, czyli wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. I jak jest? Frekwencja jest minimalna, ledwie zapewniająca kworum wyborcze. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak jest, zostawiam każdemu z nas!



Andrzej Cisto

lekarz dentyista, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Komisji Stomatologicznej

12 Czy NRL pisze listy na Berdyczów?

Pozory czasem mylą. Uproszczenia, których ofiarami padamy, mają równie często pozór prawidłowo wyprowadzonych wniosków.

W bieżącej kadencji, podobnie jak i w poprzednich, daje się słyszeć, że „pismami niewiele się zatatwi, że trzeba aktywnie kręcić się wokół gremiów decyzyjnych, że zakulisowo, że lobbystów trzeba wynająć... itd.”

Jasne, o ile są takie możliwości, o ile nie trzeba przy tym za dużo „sprzedać”. Nie z chęci zrzucenia z siebie, jako wiceprezesa NRL tej kadencji, odpowiedzialności, ale rzecz chciałbym, że moim zdaniem mamy do czynienia z zamieraniem tej dość misternej gry parlamentarno-gabinetowo-prasowej. Schematy znane z lat poprzednich, bazujące na współpracy i z obozem władzy, i z opozycją wobec dość wąskiego marginesu, jaki obecna większość parlamentarna zostawia dziś w procesie decyzyjnym – przestają pomału działać. Szczególnie w pandemii, kiedy władza jest w stanie „rozgrzeszyć się” za brak konsultacji argumentem wyższej konieczności.

Odróżnijmy też pisma od „aktów strzelistych” – stanowisk czy apeli bazujących tylko na odwołaniu się do „wyższych wartości”, do poczucia honoru i przyzwoitości.

Co się zaś tyczy pism: uważam, że instytucje porozumiewają się ze sobą za pomocą dokumentów. Wiele spraw zawiera w sobie pewien rdzeń – jakiś zestaw niekonsekwencji czy nawet beceństw, jakie nasz adwersarz chce ukryć. Wyjawienie w dobrze skonstruowanym piśmie, że mamy świadomość istnienia

i dokładnej lokalizacji tego „rdzenia”, wytworzenie sytuacji, w której obie strony (nadawca i adresat) stają w świadomości, że rzeczonego bezpieczeństwa się nie ukryje, że w piśmie sporo jest „na rzeczy” – często skutkuje.

Dobre pismo (z dobrze dobranymi pod względem poziomu istotności argumentami) kształtuje pozytywny wizerunek instytucji, jako kompetentnej, z którą lepiej mieć poprawne relacje. Wtedy to jak najbardziej ma sens.



Grzegorz Mazur

laryngolog, skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej,
prezes OIL w Łodzi 2010-2018

13 Dlaczego składka na izbę lekarską nikogo nie cieszy?

Obowiązki składkowe, związane z przynależnością do towarzystw naukowych czy organizacji, zwłaszcza samorządowych, rzadko bywają powodem pełnej akceptacji zbiorowości, której dotyczą.

Zawsze w odniesieniu do składek, tak jak podatków, pojawia się szereg pytań o ich wysokość, przeznaczenie i społeczną sprawiedliwość. Albert Einstein powiedział kiedyś, że rzeczą, którą najtrudniej w świecie zrozumieć, jest płacenie podatków. Coś w tym jest, bo po wpłacie składki nie otrzymujemy automatycznie paragonu ze szczegółową specyfikacją o jej zagospodarowaniu i być może wielu z nas nie do końca wie, na co płaci. Jakże łatwiej jest nam pogodzić się nawet z potężnym wydatkiem, gdy on materializuje się na sklepowej ladzie lub wynika z osobistej potrzeby.

Istotą samorządowych składek jest natomiast zabezpieczenie potrzeb nie tyle osobistych, co wszystkich członków naszej społeczności. Oczywiście w tym miejscu można po raz kolejny wymieniać wydatki izbowe związane z prowadzeniem rejestru, wydawaniem praw wykonywania zawodu, odpowiedzialnością zawodową, szkoleniami czy działaniami na rzecz godnych warunków pracy, ale na przekaz o tym przeznaczono już tony izbowych biuletynów.

Kluczem do zrozumienia składek jest, moim zdaniem, wiedza, jaką możemy czerpać z życiowych przykładów, w których uczestniczyliśmy lub byliśmy świadkami. Pamiętam emerytowaną panią ordynator, wybitną specjalistkę w swojej dziedzinie, kiedy u schyłku życia los skazał ją na samotność, biedę i ogromne problemy zdrowotne. Przez kilka ciężkich i ostatnich dla niej lat otaczaliśmy ją pomocą, udzielaną w formie zapomóg przez komisję bytową, a także zabezpieczaliśmy pomoc prawną i socjalną w wielu wymiarach. Wielokrotnie z serca nam dziękowała, podkreślając, że tylko dzięki izbie mogła poczuć ulgę w największych udrękach przytłaczającej codzienności. Warto więc podkreślić, że ta pomoc była możliwa dzięki funduszowi zgromadzonemu ze składek, o których wymiarze ciągle jest tak wiele środowiskowej dyskusji.

W Parlamencie II RP lekarze piastowali 51 mandatów. Tylko jeden objęła kobieta: Hanna Hubicka (Szlendak).

Bez wątplenia ta nasza samorządowa pomoc jest dla części naszych koleżanek i kolegów wręcz bezcenna i dlatego płacąc składkę, powinniśmy także o nich pomyśleć. Może nie wszyscy się ze mną zgodzą, może moje spojrzenie jest wybiórcze i subiektywne, ale cieszę się, że los dał mi spotkać w życiu lekarzy, którym składka na izbę pozwalała odnaleźć nadzieję i sprawić odrobinę radości.



Romuald Krajewski

neurochirurg, prezydent Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), wiceprezes NRL 2010-2018

14 Czemu służą organizacje międzynarodowe?

Nie pytajmy, co dają stowarzyszenia międzynarodowe, lecz co my możemy dać.

Polski samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów ma długą tradycję uczestniczenia w stowarzyszeniach międzynarodowych. W 1926 roku powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Zawodowe Lekarzy (APIM) i Naczelna Izba Lekarska była jego członkiem. W 1946 roku APIM przekształciło się w Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA), które zajmuje się etyką medyczną, prawami człowieka, zdrowiem publicznym. NIL do 1949 roku była w WMA i powróciła do niego po reaktywacji samorządu.

Udział polskich stomatologów w pracach organizacji międzynarodowych ma także długą tradycję. Polski Komitet Narodowy FDI powstał już w 1925 roku. Po reaktywacji samorządu NIL powróciła do ERO-FDI.

W Unii Europejskiej regulacje mają wpływ na wykonywanie zawodu, przemieszczanie się lekarzy i uznawanie kwalifikacji. Już w rok po utworzeniu w 1947 roku Europejskiej Wspólnoty Ekonomicznej powstała Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS), a później Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME). Po przystąpieniu Polski do UE polskie organizacje lekarzy i lekarzy dentyistów mogły stać się pełnoprawnymi członkami stowarzyszeń lekarzy UE i bardzo szybko okazało się, że nasz wkład i umiejętności są doceniane. Polacy reprezentujący nasz samorząd zostali wybrani prezesami CPME, UEMS i ERO-FDI.

Medycyna zawsze była międzynarodowa i ponadnarodowa. Jeżeli gdzieś stawała się narodowa, cierpieli na tym chorzy i lekarze. Lekarze jako osoby wykonujące zawód i jako stowarzyszenia

i organizacje funkcjonują lepiej, jeżeli uczestniczą w międzynarodowej współpracy, wymianie doświadczeń i pomysłów na rozwiązywanie problemów zdrowotnych, które coraz bardziej nie znają granic.

Umiejętność współpracy i dążenie do stowarzyszenia się jest cechą większości ludzi. Organizacje i stowarzyszenia międzynarodowe służą realizacji tych dążeń i jednocześnie przynoszą korzyści wynikające z uzyskiwanej wiedzy, współpracy w rozwiązywaniu problemów i wspierania się, których nie przelicza się na pieniądze i stanowiska.



Robert Stępień

lekarz dentysta, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

15 Dlaczego każda izba swój ogonek chwali?

A dlaczego ma nie chwalić? Jeśli jest atrakcyjny, przyciąga uwagę, korzystnie wyróżnia się na tle innych? W polskiej kulturze chwalenie się jest w złym tonie, ale od innych pochwały też słyszy się bardzo rzadko. Przecież o ten piękny „ogonek” trzeba samemu dbać, trzeba go pielęgnować, bo nawet najwspanialsze dziedzictwo kolejnym pokoleniom nie gwarantuje sukcesu. Jeśli więc ktoś ciężko pracuje, by mieć czym się pochwalić, należy to docenić, zwłaszcza że bezzasadne przechwałki łatwo zweryfikować. Jeśli każdy zadba o swój ogonek, jakież piękne stado się zgromadzi! Nikt nie przejdzie koło niego obojętnie, nikt nie zlekceważy.

Każda izba lekarska powinna zabiegać o uwagę swoich członków, pokazywać im swoje mocne strony, przekonywać, że warto być w tym stadzie, z nim się pokazywać. I trudno tu mówić o jakiegokolwiek konkurencji między izbami. Nie podbieramy sobie członków, nie rywalizujemy o jakieś przywileje, nie mamy z tego żadnych profitów. Poza jednym – siła poszczególnych izb może tylko wzmocnić rangę całego samorządu lekarskiego, niestety, niesatysfakcjonującą 100 lat po stworzeniu ram jego działania.

Wróćmy jednak do początku, czyli pytania: „dlaczego każda izba swój ogonek chwali?”. W oryginale to liszka – lisica jest taką „samochwątą”. A lis jest najczęściej symbolem sprytu, chytryści. Niestety, w tym kontekście metafora chyba nietrafiona. Przebiegłości nam brakuje, chytry nie jesteśmy, to raczej nas łatwo przechytrzyć, jak sędziwego 100-latkę. I jak 100-latek wciąż jeszcze wierzymy, że szlachectwo zobowiązuje, obietnicę się dotrzymuje, cudzą pracę szanuje... A tu rzeczywistość skrzeczy.

Jednak w tradycji Ameryki Północnej lis symbolizował mądrego dostarczyciela wiadomości, w „Małym Księciu” – życiowe doświadczenie. Mamy wiedzę, 100-letnie doświadczenie, nie takie czasy przetrwaliśmy. I choć różnie bywało, zawsze potem, choć przez chwilę, było lepiej. Zresztą z perspektywy Wawelu 100 lat to wiek młodzieńczy.

Wyszczotkujmy nasze piękne lisie ogonki i do boju! Przecież następne 100 lat przed nami.



Mieczysław Michałowicz

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej 1935-1940 i 1945-1947

Co mówił władzom sanacyjnym Prezes NIL?

Gdyby nie stan lekarski i nie praca jego pokoleń w ciągu stuleci, nie mielibyśmy szczęścia siedzieć dziś bez troski w tym gabinecie; bez troska nie była bowiem udziałem poprzednich pokoleń. Nie upływało 10-lecie, a czasem i rok nawet, by społeczeństwo nie padało ofiarą moru (...). O tym, dlaczego ustały mory, zapomniało państwo, zapomniało społeczeństwo, zapomnieli lekarze.

Żądamy nie władzy nad światem lub nad Polską, prosimy jedynie, by w Polsce współczesnej traktowano lekarzy na równi z końmi, z „końskiego” punktu widzenia (...).

Państwo polskie potrzebuje na wypadek wojny, przy obecnych metodach jej prowadzenia, co najmniej 12 500 lekarzy – podobnie jak potrzebuje pewnej liczby koni, tanków, armat, pocisków. Jest to konieczność dziejowa Polski. Najprościej przedstawia się sprawa ze sprzętem martwym: wytwarza się go i oddaje na skład, aż do chwili wybuchu wojny. Gorzej jest z końmi; koni nie można oddać na skład; należy je karmić. Przez ten czas państwo opiekuje się końmi; wykonuje rokrocznie kontrole stanu koni; dba o pewien poziom hodowli koni. Lekarzami się nikt nie opiekuje; nikt nie pyta – czy lekarz ma warsztat pracy i dach nad głową. Tymczasem ilość warsztatów pracy lekarskiej kurczy się w sposób przerażający (...).

Lekarz został zepchnięty do roli popychadła w społeczeństwie. Dochodzi do takich paradoksów, że fernal, wiozący lekarza do chorego, pobiera większą pensję od lekarza.

Nie chcemy na razie żadnego podwyższenia kwoty przeznaczonej w ogólnym budżecie państwa i społeczeństwa na cele lecznictwa. Potrafimy się przystosować do obecnych konieczności życiowych. Prosimy jedynie, aby przy gospodarowaniu owym budżetem na cele lecznictwa głos nasz miał decydujące znaczenie, by o zdrowiu publicznym i o sprawach organizacji lecznictwa nie stanowili, jak to ma częstokroć obecnie miejsce, laicy i cudotwórcy, lecz zwykli fachowcy (...).

Prosiłem, aby w gospodarce społecznej i państwowej zastosowano do lekarzy ten sam punkt widzenia, jak do koni (...) – aby lekarz w ogóle mógł wyżyć przyszłej wojny, doczekać jej przedtem, nim umrze z głodu. Obecnie proszę Wysoką Izbę i wysoki Rząd o ustosunkowanie się do lekarza jak do kuczka. Jak widzą szanowni słuchacze, obniżyłem swoje żądania (...).

Wczoraj na zebraniu NIL pokazano mi następujące typowe ogłoszenie. Samorząd pewnej miejscowości poszukuje: weterynarza – pensja – 180 zł, pisarza gminnego – pensja – 150 zł i lekarza – pensja – 60 zł. W tej hierarchii ustawienie lekarza na samym końcu z propozycją, by pracował za połowę pensji woźnego, jest rozczulające.



Witold Preiss

radca prawny, pierwszy szef Zespołu Radców
Prawnych odrodzonej Naczelnej Izby Lekarskiej

17 Jak stanowić dobre prawo dla lekarzy?

Samorząd lekarski, realizując zadania przypisane mu przez Konstytucję i ustawę o samorządzie zawodowym lekarzy i lekarzy dentyków, w różnorodny sposób służy całemu społeczeństwu, systemowi ochrony zdrowia, środowisku lekarskiemu i pozostałym zawodom medycznym.

Samorząd lekarski posiada ogromny kapitał wiedzy w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, moim zdaniem, wykorzystywany, jak dotychczas, w niewystarczającym stopniu. Spowodowane jest to tym, że samorząd nastawiony jest raczej na reagowanie na projekty ustawodawcze przygotowywane przez organy administracji państwowej, niż na opracowanie i propagowanie własnych propozycji.

Należałoby dokonać pewnych działań organizacyjnych w postaci utworzenia przy Naczelnej Radzie Lekarskiej Ośrodka Medyczno-Prawnego. Do jego zadań należałoby m.in.:

- analiza projektów aktów normatywnych dotyczących systemu organizacyjnego ochrony zdrowia i jego funkcjonowania oraz statusu lekarzy i lekarzy dentyków,
- śledzenie przebiegu procesu legislacyjnego dotyczącego projektów tych aktów normatywnych,
- śledzenie orzecznictwa sądowego dotyczącego lekarzy i lekarzy dentyków,
- analiza stosowania przepisów z zakresu ochrony zdrowia i na tej podstawie opracowywanie projektów aktów normatywnych,
- kompletowanie aktów normatywnych organów Unii Europejskiej dotyczących ochrony zdrowia i statusu lekarzy i lekarzy dentyków,
- kompletowanie przepisów o funkcjonowaniu samorządów zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków w państwach członkowskich Unii Europejskiej,
- kompletowanie publikacji prawnych dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentystry oraz samorządu lekarskiego,
- prowadzenie wykładów on-line dla lekarzy z zakresu prawa medycznego,
- udzielanie pomocy prawnej lekarzom i lekarzom dentytom w skomplikowanych lub precedensowych sprawach z zakresu prawa karnego, cywilnego lub administracyjnego, poprzez wysoko kwalifikowanych adwokatów i radców prawnych.

Ośrodek funkcjonowałby przy współpracy z wybitnymi prawnikami i lekarzami zajmującymi się problematyką prawa medycznego.

W okresie reaktywowania samorządu lekarskiego problematyką prawa medycznego zajmowało się zaledwie kilku nauczycieli

akademickich. Dziś to grono liczy co najmniej kilkadziesiąt osób. W okresie ostatnich 30 lat ukazało się wiele monografii z zakresu prawa medycznego, zawierających wiele propozycji legislacyjnych, jak dotychczas niewykorzystanych. Istnieje zatem liczna kadra i liczne publikacje, dzięki którym samorząd lekarski byłby w stanie zaprojektować sensowny system opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Przykładem skutecznej działalności samorządu lekarskiego w tym zakresie jest opracowanie obowiązujących ustaw o zawdzie lekarza i lekarza dentystry oraz o izbach lekarskich.



Jacek Żakowski

publicysta Tygodnika „Polityka”, Collegium Civitas

18 Czy minister zdrowia powinien być lekarzem?

Szewc powinien szyc buty. Architekt – projektować domy. A lekarz powinien leczyć. Ministrem powinien być polityk mający silną pozycję polityczną, klarowną i zweryfikowaną w wyborach wizję społeczeństwa, umiejętność dobierania kompetentnych doradców oraz talent negocjacyjny.

Może się oczywiście zdarzyć, że człowiek mający cechy i aspiracje potrzebne ministrowi jest także lekarzem. Może zostać ministrem – ale nie ministrem zdrowia. Podobnie jak żołnierz nie powinien być ministrem obrony, naukowiec ministrem nauki, prawnik ministrem sprawiedliwości, a ekonomista ministrem finansów.

Minister jest od tego, by wyrażać oczekiwania społeczne i dopilnować ich realizacji. Fachowcy – w Ministerstwie Zdrowia, m.in. lekarze, prawnicy, ekonomiści – mają mu podpowiadać, jak to można zrobić. Eksperti się spierają. Rolą polityka jest godzenie rozbieżnych racji i rad, a potem podejmowanie decyzji.

Nawet najszlachetniejszy lekarz, będąc ministrem zdrowia, nie uniknie konfliktu interesów i podejrzeń, że faworyzuje swoją

Samorząd wydawał w latach 1921-39 „Dziennik urzędowy izb lekarskich”, a po wojnie „W służbie zdrowia”. Od 1990 roku ukazuje się wraz z biuletynem Naczelnej Rady Lekarskiej „Gazeta Lekarska”.

specjalność medyczną, kolegów albo miejsce pracy ze szkodą dla ogółu i innych działów ochrony zdrowia.

Lekarz się zna na leczeniu, nie na zarządzaniu. Jeśli jest marnym lekarzem, nie ma powodu sądzić, że będzie dobrym ministrem, bo to się wiąże z ogólną inteligencją. A jeśli jest wybitnym lekarzem, to – zwłaszcza w kraju, któremu tak bardzo brakuje lekarzy – szkoda tracić jego kompetencje medyczne, by otrzymać średniej klasy urzędnika. Podobnie jak szkoda robić wybitnego nauczyciela dyrektorem szkoły, a wybitnego autora mianować naczelnym redaktorem.

Można wbijać gwoździe zegarkiem, a czas mierzyć uderzeniami młotka, ale po co? Używanie zasobów tam, gdzie służą najlepiej, to podstawa rozsądnego życia. Zawód lekarza wymaga wyjątkowych predyspozycji intelektualnych i trwającej wiele lat nauki. Gdy lekarz odchodzi od praktyki lub ją ogranicza z powodu innych zajęć, jest to zawsze strata dla społeczeństwa. Objęcie urzędniczej funkcji, choćby najwyższego szczebla, jej nie usprawiedliwia.



Konstanty Radziwiłł

lekarz rodzinny, wojewoda mazowiecki,
minister zdrowia 2015-2017

Kto mówi w imieniu lekarzy?

Z formalnego punktu widzenia odpowiedź jest jasna – samorząd lekarski sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu i jednocześnie reprezentuje lekarzy (w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony).

Izby lekarskie opiniują warunki pracy i płac lekarzy, występują w obronie godności zawodu, interesów indywidualnych i zbiorowych lekarzy, zajmują stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia oraz opiniują projekty aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występują o ich wydanie. Na arenie międzynarodowej rolę tę pełnią różne organizacje ze Światowym Stowarzyszeniem Lekarzy na czele. To jego autorstwa są tak ważne dokumenty jak deklaracje Genewska (międzynarodowy kodeks etyki lekarskiej) i Helsińska (etyka badań z udziałem ludzi).

W imieniu lekarzy mówią też zrzeszające ich związki zawodowe. Opinie lekarzy przedstawiają też towarzystwa naukowe. Myślę jednak, że najważniejszym głosem lekarzy wobec społeczeństwa, które oczekuje od medyków nie tylko fachowej wiedzy, ale też stanowiska w sprawach dotyczących życia i śmierci, dylematów etycznych związanych z medycyną czy po prostu dobra i zła, są ci lekarze, którzy swoim życiem świadczą o wartościach, o których mówią.

Najpowszechniej znanym głosem lekarzy od ponad dwóch tysięcy lat jest przysięga sformułowana przez Hipokratesa. Polskim lekarzem, który w czasach nowożytnych przypomniał

zasady etyczne w medycynie, był doktor Władysław Biegański. Jego „Etyka ogólna” stała się przestaniem dla lekarzy, a także dla pacjentów. W czasach nam bliższych głosem lekarzy był prof. Andrzej Szczeklik. Jego „Katharsis”, „Core” i „Nieśmiertelność” weszły do kanonu pozycji ważnych dla naszej kultury dlatego, że ich autor był nie tylko wybitnym lekarzem, ale też dobrym i wrażliwym człowiekiem. Zmarli niedawno profesorowie Stanisław Leszczyński i Franciszek Kokot pozostawili ogromny dorobek naukowy i jednocześnie całym swoim życiem świadczą o prawdziwych wartościach.

Może to oni powiedzieli więcej ważnych rzeczy w naszym imieniu?



Władysław Kosiniak-Kamysz

internista, prezes Polskiego Stronnictwa Ludowego

Czym w ochronie zdrowia kierują się ustawodawcy?

Zacznę od tego, czym kierują się ustawodawcy, chociaż nie powinni.

Po pierwsze i najważniejsze, to nie minister finansów powinien być osobą podejmującą finalne decyzje w sprawie wysokości budżetów, gdyż zazwyczaj nie ma on zrozumienia dla potrzeb ochrony zdrowia. Nadrzędną zasadą powinny być nie przestanki ekonomiczne – bo życia i zdrowia ludzkiego wycenić nie można – ale dobro pacjentów, dostępność usług medycznych i tempo ich realizacji, to one są w tym przypadku czynnikiem kluczowym.

Najnowsza wiedza medyczna, implementacja wyników badań klinicznych i najnowsze terapie powinny być dla pacjentów po prostu dostępne. Nie możemy oczywiście zapominać w tym miejscu o kwestii finansowania – moje środowisko polityczne od lat proponuje jego poziom w wysokości co najmniej 6,8 proc. PKB.

Warto zwrócić uwagę także na kwestię zarządzania placówkami zdrowia. W moim przekonaniu organizacjami założycielskimi powinny być tutaj samorządy, a co za tym idzie – odpowiednie rozlokowanie geograficzne placówek ochrony zdrowia, które dają obywatelom bliskość usług medycznych. Znaczne środki finansowe powinny być także kierowane na profilaktykę i prewencję. Nie należy także zapominać o kwestii godnych wynagrodzeń dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia – zarówno tych medycznych, jak i niemedycznych. Kryzys w dostępie pacjentów do leków dowiódł także, że rządzący nie mogą opierać polityki lekowej jedynie na imporcie. Konieczne jest wsparcie krajowej produkcji leków w oparciu o najnowsze technologie. Warto zadbać również o rozwój różnych form opieki nad osobami w starszym wieku, co dotyczy nie tylko rozwoju domów dziennego pobytu, ale także teleopieki i telemedycyny, co pozwoli na wprowadzenie odpowiedniej formy troski o tych pacjentów.



Jerzy Jakubiszyn
laryngolog, długoletni prezes ORL w Opolu

Czy samorząd lekarski jest trampoliną polityczną?

Historia ostatnich kilku lat dobitnie pokazuje, że istotnie ma to miejsce. Niestety bez wymiernych korzyści dla samorządu. Ale w dyskusji nad znaczeniem samorządu lekarskiego pytanie to sformułowałbym nieco inaczej: Czy samorząd lekarski powinien być trampoliną polityczną?

Uważam, że w polskich realiach nie. Działacz samorządowy powinien pamiętać, że reprezentuje wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, niezależnie od tego, jakie są ich preferencje polityczne. Zatem sam powinien być politycznie neutralny. Oczywiście ma prawo kontaktować się z politykami różnych opcji i zabiegać o poparcie dla rozwiązań, które są dla samorządu istotne.

W polskim systemie „życie polityczne” opiera się na systemie partii politycznych i trudno byłoby pogodzić wszystkie postulaty samorządowe z linią jakiegokolwiek partii. Wybicie się na całkowitą niezależność polityczną, w której nie sprzeniewierzałoby się dobru samorządu, jest bardzo trudne, by nie powiedzieć, że nierealne. Może zatem należałoby założyć partię polityczną, która prezentowałaby wszystkie oczekiwania samorządu lekarskiego. Według mnie byłaby to pułapka, która prowadziłaby do samounicestwienia samorządu.

W międzywojniu Kasa Ubezpieczeniowa Izby wypłacała rodzinie do 8 700 zł po śmierci lekarza.

Samorząd prezentuje swoje stanowiska i formułuje żądania, biorąc pod uwagę dobro pacjentów oraz dobro swoich członków. Partia polityczna jest zakładana po to, by wygrać wybory i wprowadzać w życie swój program. Ale każda partia polityczna wygrywając wybory, musi się zmierzyć ze spuścizną poprzedniej ekipy rządzącej oraz realiami finansowymi. Mogłoby więc dojść do hipotetycznej sytuacji, że partia wywodząca się z samorządu lekarskiego po wygraniu wyborów nie będzie mogła realizować programu samorządu ze względu na te wspomniane powyżej uwarunkowania. A to byłby najgorszy z możliwych do przewidzenia scenariuszy.

Lekarz czy lekarz dentyista, który chciałby swoją aktywność społeczną dedykować samorządowi lekarskiemu i z tej roli wywiązywać się rzetelnie, powinien zapomnieć o działalności

politycznej. Jeżeli ma nieodpartą chęć przekazania przedstawicielom tych partii, które nie są jego prywatnym wyborem, że ich działalność jest niekorzystna dla prawidłowego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej, to również działalność samorządowa da mu do tego wiele okazji.



Wojciech Idaszak
radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej

Czy papier parzy lekarzy?

Historia papieru liczy sobie ponad 2000 lat, a jej początki wiążą się z Chinami. Od wieków papier wykorzystywany był do utrwalania doniosłych wydarzeń, był nośnikiem umożliwiającym przekazywanie wiedzy oraz informacji.

Papier od początku jego wykorzystywania miał znaczenie dla rozwoju medycyny. Lekarze od zawsze zatem wiedzę swą czerpali nie tylko od swoich mistrzów, ale również z utrwalonych zapisów w postaci traktatów, ksiąg czy podręczników. Jeśli zatem wiedza medyczna od początku była utrwalana ku rozwojowi potomnych, to czy zasadnym jest postawienie tytułowego pytania?

Czy papier, z którego lekarz czerpał wiedzę, aby osiągnąć tytuł zawodowy, może go parzyć? Czy papier w ogóle może parzyć? Skład chemiczny papieru, nasza doskonała znajomość tego materiału wynikająca z jego wszechobecności nakazują uznać taką ewentualność za niedorzeczną – sprzeczną z naszą wiedzą i doświadczeniem życiowym.

Pomimo powyższego zdarzają się sytuacje, w których papier wydaje się nieprzyjemnie podrażniać lekarskie dłonie na podobieństwo rozżarzonych węgli. Gdzie możliwe są tak osobliwe zjawiska? Otóż zdarzają się one za drzwiami gabinetów lekarskich. Tam w wielogodzinnych maratonie przyjęć pacjentów, wśród działań emocjonujących, podobnych śledztwom Sherlocka Holmesa, polegających na przesłuchaniu ofiary/świadka, następnie dokonaniu jego oględzin i wreszcie ustaleniu sprawcy zbrodni (zwanej niekiedy diagnozą) i zaproponowaniu stosownych środków zaradczych, dochodzi do etapu najmniej emocjonującego, bardziej w istocie swej irytującego, aniżeli pobudzającego intelektualnie – odnotowania wizyty i jej przebiegu w dokumentacji medycznej. W tym właśnie czasie papier zaczyna niekiedy parzyć lekarskie dłonie. Naturalną reakcją organizmu na odczucie parzenia jest ucieczka. Zdarza się zatem, że zmęczone ręce, które leczą, uciekają przed owym nieprzyjemnym odczuciem, skracając lub pomijając, uznawszy za oczywiste informacje, które w dokumentacji lekarskiej znaleźć się winny, lecz w skutek tego nieprzyjemnego mrowienia trafiają tam niepełne lub nie trafiają w ogóle.

Pomimo że papier w coraz większym stopniu zastępowany jest przez narzędzia informatyczne, to miej się na baczności, drogi doktorze, mam bowiem przeczucie, że klawiatura zastępująca papier również niekiedy parzyć może.



Zyta Kaźmierczak-Zagórska

laryngolog, zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, wiceprzewodnicząca Komisja Kształcenia

Jak kształcić lekarzy?

Wszystko zależy od tego, czy wiemy, kogo tak naprawdę chcemy wykształcić? Sprawnego rzemieślnika czy mistrza sztuki – profesjonalistę o nienagannej postawie etycznej, leczącego człowieka, a nie tylko jego ciało.

Jeśli przyjąć pierwszą opcję, to obecnie funkcjonujące wydziały medyczne w ramach wyższych szkół zawodowych doskonale się w taki plan wpisują. Chcę jednak wierzyć, że lekarze woleliby podążać w innym kierunku i traktować medycynę jako złożoną całość, a nie tylko wąską specjalizację, skupiającą się na automatyzmie wyuczonej procedury.

To, co dość łatwo powiedzieć, nie zawsze da się konsekwentnie realizować. Stąd nieustannie zastanawiamy się nad najlepszymi formami edukacji kolejnych roczników. I wciąż nie wiemy, czy powinniśmy wypracować całkiem nowy system, poczawszy od naboru na studia, poprzez kształcenie uniwersyteckie, a na zdobywaniu specjalizacji kończąc. A może jednak skorzystać z doświadczeń krajów wysokorozwiniętych procedur medycznych?

Każdą formę edukacji trzeba rozpoczynać i kończyć, postulowaną od niepamiętnych czasów rozmową, oceniającą przydatność pretendenta do wykonywania zawodu odrębnie regulowanego. Ten czas nie będzie zmarnowany. Testy wiedzy i sprawdziany umiejętności manualnych są bardzo ważne, ale lekarza trzeba usłyszeć, poznać jego horyzonty myślowe, zainteresowania i motywacje. Wymiana zdań pozwala także na refleksję nauczyciela zawodu, którego mottem powinna być postawa nieustannego dawania dobrego przykładu.

Słuchając wielu głosów na temat kształcenia lekarzy, nie raz bardzo rozbieżnych, chciałabym, aby mimo różnic poglądów zachować uniwersytecki charakter studiów, podczas których przywrócono by funkcję mentora, czuwającego nad właściwym kursem adepta sztuki. Prawdziwe studiowanie, zakończone nie tylko dyplomem lekarskim, ale może nawet doktorskim, powinno przeciwstawiać się planom masowej i szybkiej „produkcji” kolejnych transz lekarzy bez doświadczenia i umiejętności, wypychanych na rynek pracy w celu zabezpieczenia kadrowych niedoborów systemu.

Moim dylematem pozostaje wybór specjalizacji. Jak promować dziedziny deficytowe z punktu widzenia zdrowia publicznego? Czy najlepsi studenci mogą decydować sami o swojej karierze, a ci, którzy uzyskali gorsze wyniki, powinni pogodzić się z narzuceniem ścieżki zawodowej przez organizatora opieki zdrowotnej na danym terenie? Rozwiązaniem w takich kwestiach mogłaby być rozsądna dystrybucja środków, regulująca zainteresowanie mniej obleganymi specjalizacjami, przy odpowiedniej rekompensacie finansowej dla odważnych.

Kolejnym zagadnieniem jest pytanie, czy potrzebujemy aż tylu specjalizacji? Dlaczego nie doceniamy dziedzin podstawowych, upokarzając w ostatnich latach królową sztuki lekarskiej, czyli

internę? Dlaczego lekarze chorób wewnętrznych poszukują dodatkowych specjalizacji? Dlaczego czują się niedocenieni, gdy jednocześnie zamyka się oddziały z powodu braku chętnych do niskopłatnej, w porównaniu z wąskimi specjalnościami, pracy? Koło się zamyka. Samorząd lekarski wielokrotnie w tej sprawie zabierał głos, ale ministrowie zdrowia pozostają na postulaty wszelkich zmian niezmiennie głusi.

Może jednak ktoś kiedyś usłyszy hasła dekalogu kształcenia.

1. Zaprojektować specjalizację w aspekcie jakości i liczby.
2. Napisać programy specjalizacyjne zgodnie z aktualną wiedzą, dostosowując do możliwości ich realizacji tu i teraz.
3. Wzmocnić rolę kierownika specjalizacji, który nie tylko biernie nadzoruje proces nauki, ale co roku aktywnie moderuje plan zajęć, mając możliwość oceny postępów, a nawet wstrzymania prawa do specjalizacji z powodu braku zadawalających postępów szkolącego się lub stanu jego zdrowia.
4. Zweryfikować ośrodki szkolące pod kątem zasobów kadrowych i sprzętu niezbędnego do kształcenia. Nie raz, nie dwa akredytację otrzymują placówki opierające na kadrze „podróżników”, którzy wpadają raz w tygodniu na umówione zabiegi i ratują wymagane przepisami statystyki.
5. Uczynić bezpośrednio odpowiedzialnym za kształcenie dyrektora jednostki akredytowanej, który zadba o poziom merytoryczny przyszłych kadr, zamiast wykorzystywać rezydentów, jako tanią siłę roboczą, opłacaną przez ministerstwo.
6. Stworzyć kadrcze kształcącej warunki do rzetelnego prowadzenia szkoleń, uwzględniając proces nauki w harmonogramach pracy oddziałów.
7. Nie pozwalać na dekoncentrację nauki rezydentów, którzy zamiast skupiać się na podstawowym planie szkolenia, poszukują innych źródeł zarobkowania, rozmieniają umiejętności i tracą czas na inne zajęcia, w miejsce intensywnej edukacji. Wynagrodzenie rezydenta powinno kształtować się na poziomie zapewniającym średni standard życia. Perspektywa skoku finansowego po zdobyciu specjalizacji, tak jak w innych krajach Zachodu, powinna być wystarczającą zachętą do efektywnej nauki.
8. Bezwzględnie egzekwować program szkolenia, z możliwością korzystania z centrów symulacji medycznej, które ułatwią nabywanie kompetencji oraz poznanie nowych technologii.
9. Zadbać o dobrą jakość egzaminów końcowych. Niepowodzenie abiturientów na poziomie 50 i więcej procent jest oczywistą porażką egzaminatorów! Podobnie za specjalizacyjne niepowodzenie wychowanka odpowiada kierownik specjalizacji.
10. Ocena ewaluacyjna ośrodka powinna być wskazaniem do dalszej akredytacji lub jej odebrania.

Myślę, że tak przygotowany specjalista nie będzie poszukiwał innych ścieżek rozwoju i kolekcjonował nowych specjalizacji. W zamian powinien rozwijać się w swojej dziedzinie, a w przyszłości przekazywać swoją wiedzę młodszym koleżankom i kolegom. W ten sposób zapobiegniemy luce pokoleniowej. Tak buduje się zespoły lekarskie. Może wtedy nikt nie będzie marzył o emigracji, a zdobytą w zagranicznych ośrodkach wiedzę przeniesie na polski grunt.



Magdalena Wyrzykowska
chirurg, Fundacja Kobiety w Chirurgii

Co kobiety wnoszą do medycyny?

Bez kobiet medycyna miałaby się zapewne wspaniale. Nie byłoby jałowej dyskusji o równouprawnieniu, seksizmie, dyskryminacji, rozprawiania nad brakiem empatii, kształtem relacji międzyludzkich. Nie byłoby problematycznej negacji dotychczasowego ładu. Nie zapominajmy, że kwestia macierzyństwa rujnuje często skrupulatne plany pracodawców, grafiki dyżurowe, programy specjalizacji i w ogóle... życie. Rola kobiet lekarek jest więc bardzo wątpliwa.

Oczywiście wyobraźni widzę kwitnącą kontynuację XIX-wiecznej medycyny, władczej i stanowczej, bez tych wszystkich irytujących kobiecych ozdobników. Świat i zanurzona w nim medycyna kochają porządek, a to, co było, jest zawsze lepsze niż to, co będzie.

Moje opinie nie mają jednak istotnego znaczenia, nawet te dotyczące mnie samej. Warto więc powołać się na wielkich tego świata. Według raportu WHO z 2018 roku, kobiety zapewniają 70 proc. szeroko pojętej ochrony zdrowia, podczas gdy zarządzają nią w 25 proc. Nierówności płacowe wynoszą w tym sektorze 26 proc. i są wyższe niż średnia w innych dziedzinach. Globalnie 70,4 proc. osób zaangażowanych w pracę medyczną i społeczną w czasie pandemii COVID-19 stanowią kobiety. W Polsce odsetek ten osiągnął wartość 90 proc. Zastanawiam się, co powoduje, że choć kobiety leczą i pielęgnują, uznawane są za niezdolne do budowania zespołów i zarządzania finansami, co więcej – do kierowania własnymi karierami, a ich wybory zawodowe są tak szeroko dyskutowane. Możliwe, choć to tylko śmiała hipoteza, że potencjał i zdolności społeczne, intelektualne i fizyczne kobiet stanowią niedoceniony i niewykorzystany kapitał kadr, ale świetnie funkcjonujący obecnie system ochrony zdrowia, prawdopodobnie nie potrzebuje takich rozwiązań. Naukowniczynie, Chatterjee i Werner, przeanalizowały nierówności płciowe w liczbie cytowań prac naukowych publikowanych w pięciu największych czasopiśmiech medycznych. Zaskoczenia nie było, impact factor kobiet szybował w dół, dramatycznie hamując możliwość rozwoju naukowego, zdobywania grantów i pozycji w świecie uczonych. Rosalind Franklin jako pierwsza na świecie pokazała strukturę DNA, Nobla za to odkrycie otrzymali inni badacze i o nich możemy przeczytać w każdym podręczniku. Franklin nie istnieje.

Może więc supermocą kobiet w medycynie jest ich niewidzialność? Według danych MEiN kobiety stanowią 75 proc. studentek kierunków medycznych. Tej przewagi liczebnej nie widać na „Listach 100” w publikowanych dorocznie raportach najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie.

Bezczelnie śmiem twierdzić, że medycynę poza pracownikami tworzą także pacjentki i pacjenci. Zgromadzone dane każą mi myśleć, że do tego fragmentu medycyny kobiety także wniosły niewiele. Mniej więcej do połowy lat 80. XX wieku w badaniach

klinicznych brali udział prawie tylko mężczyźni. Dociekliwi mogliby to uznać za nierzetelność naukową i zastanawiać się, jakie skutki zdrowotne niesie ona dla społeczeństw, ale ja nie lubię dociekliwych. Analizowanie spraw już raz ułożonych to zbędny wydatek energetyczny i czasowy.

Co więc kobiety wnoszą do medycyny? Chyba muszę odpowiedzieć, że wbrew powszechnej opinii o ich gadatliwości i ekspresji wyrazu, głównie zatrważającą i wymowną ciszę...



Piotr Halicki
stażysta 2021, absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, student prawa UW

Czy studiowanie medycyny jest anachroniczne?

Studia lekarskie w Polsce od wielu dziesiętności lat trawią te same problemy.

Jednym z nich jest przetadowany szczegółami program nauczania. Drobiazgowość prezentacji stanowiących główne źródło wiedzy wymaganej podczas egzaminów jest tak duża, że pojawiło się nawet żartobliwe określenie formy uczenia się z nich *Slide Based Medicine*. Sposób ten premiuje skupienie się na szczegółach, bez zrozumienia podstaw przyswajanych zagadnień. W konsekwencji studenci nie potrafią wykorzystać nabytej wiedzy w praktyce.

Niestety zajęcia kliniczne także nie pozostają bez zarzutów. Podstawowym problemem jest duża liczebność grup studenckich, która często uniemożliwia asystentom prowadzenie zajęć praktycznych i siłą rzeczy przyjmują one formę seminarium na szpitalnym korytarzu. W kontekście przepiętnych uczelni medycznych trudno zrozumieć dodatkowe zwiększanie limitów przyjęć na studia lekarskie. Co więcej, liczba absolwentów uczelni medycznych nie przekłada się na liczbę praktykujących w Polsce lekarzy, gdyż zdeprymowani brakiem perspektywy miejsc na wymarzone specjalizacje, ogólnym stanem systemu ochrony zdrowia czy po prostu słuchając rad starszych lekarzy, wybierają emigrację.

Kolejnym problemem zajęć klinicznych jest obłożenie pracą prowadzących zajęcia. Ćwiczenia nieradko kończą się na zebraniu wywiadu i zbadaniu pacjenta bez obecności lekarza, a czasem nawet bez podsumowującego omówienia danego przypadku, ponieważ prowadzący w tym czasie wypełnia swoje codzienne obowiązki na oddziale.

Archaiczny model studiowania medycyny nie dotyczy, co oczywiste, wszystkich przedmiotów na każdej uczelni. Co ciekawe, pandemia koronawirusa pomogła wreszcie wprowadzić korzystne zmiany w sposobie nauczania zarówno teorii, jak i praktyki. Udostępnienie wykładów na platformach edukacyjnych online pozwala na wielokrotne zapoznawanie się z materiałem. Z kolei

łączenie zajęć klinicznych wymusiło organizację, dzięki której studenci przychodzą na nie rzadziej, na dłużej i w małych grupach. Nowe rozwiązania ułatwiają ponadto uciążliwe dotychczas odrabianie nieobecności, np. z powodu choroby.

Drobne, ale ciągłe zmiany pozwalają bardzo ostrożnie zakładać, że nawet w Polsce dobrze zaprojektowane studia medyczne są możliwe. Pytanie jednak brzmi: kiedy?



Dariusz Paluszek

lekarz dentyista, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Kto w medycynie podejmuje decyzje i kto za nie odpowiada?

Podejmowanie decyzji to zawsze – niezależnie od okoliczności – złożony i nietatwy proces, mogący stanowić poważny problem dla wielu osób, szczególnie tych, które nie mają do tego odpowiedniego przygotowania, wiedzy i doświadczenia. W przypadku medycyny sprawa ma jeszcze większy i nieporównywalny z jakkolwiek inną dziedziną wymiar – od podejmowanych w określonych sytuacjach decyzji zależy zazwyczaj ludzkie zdrowie, a nawet i życie. Podejmując wszelkiego rodzaju decyzje należy mieć na względzie przede wszystkim ich konsekwencje, których wielu – niestety – nie da się w pełni przewidzieć. Dlatego też oceniając trafność podejmowanych decyzji, należy zawsze uwzględnić okoliczności i moment ich podejmowania, a nie tylko efekt końcowy. Ocena ex post, kiedy skutki decyzji są już powszechnie znane, nie jest w żaden sposób miarodajna.

Kto zatem podejmuje decyzje w medycynie? Albo raczej może, kto jest uprawniony do podejmowania tych decyzji? Jest to zazwyczaj najbardziej doświadczona osoba, posiadająca odpowiednie kompetencje zawodowe i specjalistyczną wiedzę w danym temacie. Pamiętajmy jednak, że medycyna jest wciąż bardzo zhierarchizowana, więc kluczowe decyzje podejmuje zazwyczaj osoba, której powierzono wykonywanie odpowiednich funkcji, osoba kierująca określonymi strukturami organizacyjnymi i zespołami ludzkimi. Idealną sytuacją jest to, kiedy oba te wspomniane przeze mnie czynniki idą w parze – to znaczy kompetencje i zajmowane stanowisko. Niestety, w praktyce taka koincydencja nie zawsze istnieje. Dobrym obyczajem jest to, żeby osoba podejmująca określone decyzje była gotowa na ponoszenie ich konsekwencji – innymi słowy, aby za te decyzje osobiście odpowiadała. Jest to taka niezbędna konsekwencja zdarzeń – skoro wierzę w słuszność podejmowanych przeze mnie decyzji, to jestem za nie odpowiedzialny i nie mogę uchylać się od tej odpowiedzialności, szukając gdzie indziej winnych ewentualnego niepowodzenia. Stare powiedzenie mówi, że sukces ma wielu ojców, natomiast porażka jest zazwyczaj sierotą, do której często nikt nie chce się przyznać. Idąc jednak głębiej, możemy dojść do przekonania, że taka jednoosobowa

odpowiedzialność za skutki podejmowanych decyzji wcale nie musi być taka jednoznaczna. Wyobraźmy sobie sytuację, w której osoba upoważniona podejmuje jakąś ważną z medycznego punktu widzenia decyzję, od której wiele zależy w aspekcie czyjegoś zdrowia i życia. I co dalej? Ktoś tę decyzję realizuje, wciela w czyn. Może to być zupełnie inna osoba. A wtedy efekt końcowy wcale nie zależy tylko od tego, kto decyzję podjął, ale też od tego, kto i w jaki sposób ją urzeczywistnił. I tutaj już mamy konkretny przykład tego, jak odpowiedzialność może się rozkładać. I znowu wracamy do tzw. dobrych praktyk, z których wynika, że osoba, która podejmuje decyzję, ale samodzielnie jej nie realizuje, powinna tę realizację nadzorować – jako podmiot najbardziej kompetentny, doświadczony, a przez to decyzyjny. W razie problemów – o ile takowe wystąpią – wkracza do akcji i przejmuje działanie oraz wynikającą z tego odpowiedzialność.

Odrębną kwestią są tzw. konsultacje – czy to w aspekcie innej specjalności, czy też w obrębie tej samej specjalności, ale wyższych kompetencji. Kto wtedy odpowiedzialny jest za podejmowanie decyzji? Otóż konsultacja to tylko działanie doradcze – w żaden sposób nie decyzyjne. Ostateczna decyzja należy do tej osoby, która sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem, w oparciu o uzyskane wyniki badań, jak też przeprowadzone konsultacje. Z analogiczną sytuacją możemy mieć do czynienia

Rok przed wybuchem II wojny światowej pracowało w Polsce 12 239 lekarzy i 3 722 lekarzy dentyistów, z czego ponad 30 proc. należało do wyznania mojżeszowego.

w sytuacjach dyżurowych, kiedy to lekarz dyżurny w trudnych momentach konsultuje się ze swoim przełożonym. Ale oznacza to ni mniej, ni więcej, iż w tym momencie zasięga porady osoby prawdopodobnie bardziej doświadczonej lub też pełniącej funkcje kierownicze/nadzorcze. Jednak ostatecznie decyzję, od której uzależnione jest zdrowie i/lub życie pacjenta musi podjąć ta osoba, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad tymże pacjentem, a więc lekarz dyżurny – ten, który widzi pacjenta, może go osobiście zbadać i najbardziej miarodajnie ocenić jego aktualny stan. Jeśli dyżurny podejmuje decyzję, która nie jest zgodna z udzieloną konsultacją, musi mieć pełną świadomość tego, że automatycznie przejmuje jednoosobową odpowiedzialność za jej realizację.

Nie jest chyba dla nikogo tajemnicą, że zdolność podejmowania decyzji – zwłaszcza w medycynie – jest pewną szczególną predyspozycją osobniczą. Osoba decyzyjna powinna być przede wszystkim kompetentna, ale musi być też zdecydowana, oponowana, zrównoważona emocjonalnie i konsekwentna. Pamiętajmy jednak, że nawet najlepsi nie powinni popadać w rutynę – nikt nigdy nie może mieć przekonania o swojej nieomyślności. Jesteśmy wszak tylko ludźmi.



Paweł Czekalski

chirurg, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi,
sekretarz Konwentu Prezesów ORL

Dlaczego każdy w medycynie ma inne zdanie na każdy temat?

Jedną z cech, jakie charakteryzują człowieka, jest indywidualizm. Pomimo że jesteśmy w zasadzie osobnikami stadnymi i na ogół funkcjonujemy w grupach społecznych, to stanowimy odrębne jednostki i to począwszy od materiału genetycznego (no może z wyjątkiem bliźniąt jednojajowych), aż po cechy charakteru, interpretację rzeczywistości, doświadczenie czy też posiadaną wiedzę.

Nie bez znaczenia są tu także oddziaływania społeczne i zajmowana pozycja w hierarchii. Praktycznie indywidualizm objawia się od wczesnego dzieciństwa, przy czym zasada wyrażania swojej odrębności jest podobna w swym mechanizmie przez całe nasze życie. Co prawda wiąże się to często z popełnianiem błędów, ale całe to działanie pozwala, a przynajmniej powinno nas udoskonalać. Znane jest powiedzenie, ucz się na błędach innych, bo sam w całym życiu nie zdążysz wszystkich popełnić. Każde pokolenie pozostawia po sobie wiedzę i doświadczenie zdobyte przez wszystkich członków społeczności. Każde następne, wykazując swoją odrębność osobniczą i społeczną, neguje tę spuściznę przynajmniej w jej części. Wiąże się to z obserwacją zdobytych przez poprzedników doświadczeń nowymi zdobyczami nauki i techniki, ale także z potrzebą wskazania własnej drogi, własnego indywidualizmu osobniczego i społecznego.

Lekarze nie są w tym względzie wyjątkami. Podlegamy tym samym mechanizmom socjologicznym. Ale dodatkowo często nie prezentujemy dostatecznej pokory wobec medycyny, wystarczającej empatii wobec drugiego człowieka – zarówno pacjenta, jak i kolegi lekarza, a nadto każdy tyk wiedzy często czyni z nas koryfeusza, mędrca nad mędrkami, stojącego na drodze kolegów tzw. wielepa, co to wie lepiej itd. Nad tym wszystkim powiewa transparent „wolny zawód”.

A przecież były dawniej konsylia, kominki i narady klinicyстів, spotkania towarzystw naukowych, dyskusje, naukowe spory a nawet kłótnie, czasem bardzo emocjonalne. Wszystko po to, by znaleźć jak najlepszą metodę, najlepsze rozwiązanie. W tych działaniach ważna była relacja mistrz-uczeń oraz wspólna praca zespołu lekarzy.

Czy możemy zatem przesuwając granicę wolności naszego zawodu? Mimo powyższych wszystkich zastrzeżeń, odpowiadam: tak! Mamy prawo! Mamy prawo do wolności zawodu. Mamy prawo do indywidualnego zdania i wygłaszania własnych przekonań. Bacząc, by były oparte na rzetelnych naukowych podstawach i w zgodzie z etyką zawodową. Mamy także prawo do pomyłek. W tym ostatnim prawie istotne jest, aby błąd był w porę wykryty i naprawiony. Jeszcze lepiej do niego nie dopuścić, ostrzec kolegę lekarza przed jego popełnieniem na tyle

taktownie i skutecznie, by jego własne poczucie wolności nie zostało dotknięte.

Na koniec pointa, zastyszana, ale celna: dlatego każdy w medycynie ma inne zdanie na każdy temat, bo każdy z nas jest wyjątkowy, niepowtarzalny, jest „edycją limitowaną” i każdy z nas ma prawo do wzbogacania wspólnej medycznej wszechnicy własnym doświadczeniem i wiedzą. Wszak medycyna jest wiedzą skodyfikowaną i opartą na naukowych podstawach, ale uprawianie tej wiedzy jest sztuką, której uczymy się przez całe zawodowe życie.



Sławomir Badurek

diabetolog, publicysta, sekretarz Rady Programowej
„Gazety Lekarskiej”

Czy towarzystwa naukowe osiadły na mielźnie?

Trudno mi generalizować, bo nie znam działalności wszystkich towarzystw, a nie chciałbym posiłkować się zastyszanymi, niepełnymi opiniami.

Z uwagi na profil zainteresowań zawodowych, od wielu lat uważnie śledzę to, co dzieje się w Towarzystwie Internistów Polskich, Polskim Towarzystwie Diabetologicznym oraz Polskim Towarzystwie Nefrologicznym, w przypadku TIP także z pozycji członka zarządu lokalnego oddziału. Powiem tak: jest różnie. Najbliżej obszarów rozległej mielizny znajduje się w mojej ocenie TIP, nad czym bardzo ubolewam, bo czuję się przede wszystkim internistą i nie mam wątpliwości, że interna to nadal panująca królowa nauk medycznych. Niestety interna płaci słoną cenę za wyodrębnienie się z niej wielu wąskich specjalności. Dziś tych gałęzi jest tak dużo i rozwijają się one tak bujnie, że nieraz trudno zauważyć pień, z którego wyrosły. Nie chcę nikogo urazić, ale lekarze, którzy poszli ścieżką specjalności szczegółowych, nawet nie mają na to szansy. Przeciwny bieg to PTN. Zwraca uwagę, że nefrologi bardzo dobrze wykorzystali czas pandemii, organizując wiele wydarzeń na bardzo wysokim poziomie o dużych walorach praktycznych.

Brakuje mi w działalności towarzystw większego dopływu świeżej krwi w roli wykładowców. Sternicy towarzystw powinni bardziej otworzyć się zwłaszcza na doktorantów i świeżo upieczonych doktorów, bo trudno o lepszych ekspertów szczegółowych

**W latach 1934-1939 lekarska
składka członkowska
wynosiła 25 zł miesięcznie.**

zagadnień, z których wiele mogłoby zainteresować szersze grono odbiorców. Wyzwaniem dla towarzystw jest właściwe ułożenie relacji z sektorem farmaceutycznym. Zjazd tudzież konferencja naukowa nie powinny przypominać targowiska, gdzie w holu roi się od firmowych straganów, a na sali wykładowej serwuje się zamówione przekazy w ramach sesji sponsorowanych. Organizacja naukowego eventu przez towarzystwo naukowe zobowiązuje!

Podsumowując, pozwolę sobie przedstawić tezę stojącą w kontrze do zawartej w pytaniu. W mojej ocenie to my, lekarze, wiecznie zapracowani i nieznajdujący czasu na profesjonalną aktywność poza pracą, osiedliśmy na mieliźnie w o wiele większym stopniu niż towarzystwa lekarskie.



Wojciech Maksymowicz

neurochirurg, minister zdrowia 1997-1999, były sekretarz NRL i były red. naczelny „Gazety Lekarskiej”

Kto decyduje o postępie medycyny: naukowcy czy uczeni?

Postęp medycyny jest efektem stałego rozwoju nauk medycznych, biologii i nauk o zdrowiu. To, co wydarzyło się w zakresie tej wiedzy w XIX wieku, to niebываłe przyspieszenie badań i zwielokrotnienie wiedzy uprzednio zdobywanej przez całą wcześniejszą ludzkość.

Tak więc 100 lat przyniosło więcej niż ponad 200 tysięcy lat, liczone od pierwszych śladów gatunku *Homo Sapiens* na Ziemi. XX wiek to kolejne zwielokrotnienie liczby odkryć i wynalazków związanych z medycyną. Dla zilustrowania tego wykładniczego tempa wzrostu wiedzy przedstawiam liczbę publikacji dotyczących biologii nowotworów w poszczególnych przełomowych (dla naszej historii i dla mnie osobiście) latach. W 2020 roku (mimo pandemii COVID-19) na świecie opublikowano 35 116 prac zarejestrowanych w amerykańskiej bazie PubMed. Rok wcześniej: 33 154. W 1987 roku (gdy uzyskałem stopień naukowy doktora nauk medycznych) 778, a w 1980 roku (gdy ukończyłem studia medyczne) – 275. Gdy wybuchła II wojna światowa, była tylko 1 publikacja!

Postawienie pytania, czy o postępie medycyny decyduje naukowiec czy uczeni lekarz, dotyczy dwóch zbiorów danych, które częściowo na siebie zachodzą. A właściwie zbiór „uczeni lekarze” mieści się w większym zbiorze „naukowiec”. Jak widzimy na przykładzie biologii nowotworów, uczeni lekarze wcale aktualnie nie dominują w działalności naukowej powiększającej naszą wiedzę o istocie nowotworów, które jednak w końcu to właśnie lekarze diagnozują i leczą.

Oczywiście lekarze naukowcy zdecydowanie przeważają w pracach o klinicznej diagnostyce i leczeniu chorych. Ich udział w przypadku aktualnych prac dotyczących szeroko rozumianych nauk o zdrowiu jest mniejszy niż innych naukowców

(przedstawicieli zdrowia publicznego, pielęgniarstwa czy ekonomii i zarządzania).

Świat niebываłe gwałtownie się zmienia i my – polscy lekarze aktywni w pracy naukowej dla postępu medycyny – musimy stale się doskonalić, aby nadal się rozwijać. Wymaga to wsparcia ze strony państwa i instytucji międzynarodowych, głównie w ramach Unii Europejskiej. Inaczej nie nadążymy za tym pędzącym pojazdem postępu medycyny.



Joanna Sokołowska

pediatra, publicystka „Gazety Lekarskiej”, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku

Kto w medycynie jest hochsztaplerem?

Bardzo chciałabym napisać, że w medycynie nie ma miejsca na takie działania...

Hochsztaplerka to taki rodzaj oszustwa, który – ze swojej definicji – niesie spektakularny sukces finansowy. To przekręt na dużą skalę, świadome wprowadzenie w błąd, mające na celu odniesienie nielegalnego zysku. To działanie na granicy prawa i z pewnością wbrew przyjętym normom etycznym i społecznym.

Równie mocno chciałabym też wierzyć, że wszyscy decydenci, podejmujący się kolejnych reform polskiego systemu opieki zdrowotnej, działali w poczuciu misji, mając na względzie tylko i wyłącznie dobro „polskiego pacjenta”. Wystarczy jednak sięgnąć pamięcią do, choćby nieodległej przeszłości, aby wyłuskać przykłady wielkich interesów, które przyćmiły świetlane wizje ministerialnych urzędników i ich chlebobawców. Zakup fałszywych maseczek w dobie wybuchającej pandemii czy afera respiratorowa niech będą tutaj niechlubnymi, choć ikonicznymi, przykładami szachrajstwa.

Na szczęście założenia projektu, w którym zapytano mnie o to, kto jest w medycynie takim wielkoformatowym oszustem, nie pozwalają na zbyt rozwlekłe analizowanie problemu, bo coś mi mówi, że mogłoby się okazać, że cały system opieki zdrowotnej w naszym kraju to jedna wielka hochsztaplerka...

A czy poza superligą rządowych szalbierzy jest miejsce dla medycznych hochsztaplerów? Czy nie robiąc kariery politycznej, można zbić kapitał, lawirując na pograniczu lekarskiej etyki i medycznego prawa?

Otóż niestety – jak powiedziałby Józef Szwejk z Królewskich Vinohradów w Pradze – wprawdzie nie wolno, ale można... I jestem pewna, że każdy z nas potrafi wskazać w swoim bliższym lub dalszym otoczeniu takiego małego hochsztaplerka – kogoś, kto leczy nieistniejące choroby, praktykuje „medycynę alternatywną”, stosuje terapie o niepotwierdzonej skuteczności, zaleca – zdesperowanym i zagubionym w meandrach i korytarzach publicznej medycyny pacjentom – specyfiki sprowadzane z egzotycznych destynacji.

Często przyzymkamy na takiego błagiera oko, stając się tym samym współwinnymi jego paskudnego procederu.



Artur Drobnik

ginekolog-położnik, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Czy młodzi lekarze wiedzą, czego chcą?

Mam wrażenie, że młodzi lekarze w dzisiejszych czasach jeszcze lepiej wiedzą, czego chcą, niż było to dekadę czy dwie dekady temu.

Wyraźnie zaznaczyła się grupa lekarzy, i słusznie, którzy prócz zaangażowania i profesjonalizmu w swojej pracy, traktują ją tylko i aż jako element zapewniający komfort życia rodzinnego i społecznego. I nie chcą poświęcać swojego życia głównie dla wykonywanego zawodu i pacjentów, ale pragną mieć czas dla swoich najbliższych i siebie. Chcą być obecni w życiu swoich dzieci i małżonków, liczą na to, że ich związki nie będą rozpadały się tak łatwo, jak związki lekarzy w ciągu ostatnich 30 lat.

Wyraźnie też nastąpiła ogromna poprawa w zakresie świadomości prawa pracy, tego, co można, a czego nie można robić pracodawcom. Dlatego wyraźnie stawiają na to, że chcą się kształcić i szkolić, a nie być zapchajdziurą bez możliwości rozwoju zawodowego. Znacznie dokładniej wybierają miejsce kształcenia podyplomowego i odbywania specjalizacji, przygotowują research zarówno dotyczący odbywania poszczególnych specjalizacji, jak i miejsc, gdzie można je wykonać.

Niezwykle istotna staje się również kwestia warunków pracy: składu osobowego zespołu lekarskiego, liczby koniecznych dyżurów czy wreszcie tego, jak duża odpowiedzialność spoczywa na nich w pierwszych latach kształcenia, jakim sprzętem dysponuje oddział i czy wykonywane są wszystkie rodzaje nowoczesnych procedur.

Niepokojące jest, że coraz mniej osób decyduje się na wykonywanie trudnych i odpowiedzialnych specjalizacji zabiegowych, ale to powinien być główny sygnał dla decydentów, że młodych lekarzy trzeba zachęcać do pracy w najtrudniejszych warunkach,

W powstaniu warszawskim walczyło 1 210 lekarzy i 19 stomatologów oraz 6 800 pielęgniarek i sanitariuszy, którzy pracowali w 225 szpitalach, 120 jednostkach polowych i 200 punktach opatrunkowych.

bo sami z siebie nie chcą swoich najlepszych lat stracić przez nadmierną eksploatację zawodową przy złych warunkach pracy i dużym ryzyku prawnym.



Wojciech Celiński

chirurg, lekarz i współwłaściciel Centrum Medycznego BMC w Wyszogrodzie, działacz opozycyjny

Czy wiejski lekarz zrewolucjonizował myślenie Polaków o zdrowiu?

Rewolucja? Nie! W środowisku wiejskim i małomiasteczkowym nieprzerwanie trwa ewolucja postaw. Rola lekarza w tym procesie z roku na rok zdecydowanie maleje.

W 1990 roku w mojej gminie było 900 gospodarstw rolnych. Obecnie jest zaledwie 300, używając nowomowy, aktywnych uczestników rynku rolnego. Pozostali nie utrzymują się już z rolnictwa. Dojeżdżają do pracy w miastach, pracując za granicą lub korzystając z wypłat emerytur i zasiłków. Ziemię na ogół wydzierżawiają sąsiadom.

Wokół wsi zmienia się wszystko. Telekomunikacja. Kto pamięta, że na wioskach były pojedyncze telefony? Dostęp do internetu zrewolucjonizował przepływy informacji! Niestety znacznie gorzej jest z ich krytyczną oceną, a czasem nawet prostym zrozumieniem. Doktor „Google” święci jednak triumfy. Na niespotykaną skalę wzrosła mobilność mieszkańców. Praktycznie wszyscy mają samochody, a stan dróg systematycznie się poprawia. Pod koniec XX wieku wyjazd do pobliskiego miasteczka lub siedziby województwa był całodzienną wyprawą. Obecnie podróż, nawet odległa, do lekarza specjalisty jest normą. Wyraźnie widać emancypację, może nawet dominację, kobiet. Przede wszystkim jednak wzrosła zamożność polskiej wsi, co owocuje większą dbałością o higienę dzieci i własną, ubiór i otoczenie domu. Mniej jest zabobonów i medycyny ludowej, choć kolory przeszłości znów zyskują poklask. Pewnie dlatego, że paradoksalnie zwiększyły się różnice zarówno materialne, jak i mentalne. Chłop zagrodowy nie równa się z obszarnikiem, ale „żywemu nie przepuści”.

A co w tym czasie działo się w małym ośrodku zdrowia? Zwolniłem 2/3 pracowników. Doprowadziłem przychodnię do europejskiego standardu. Zamknąłem fizykoterapię, bo nie mogliśmy spełnić wymogów NFZ. Podobny los spotkał pracownię RTG i małe laboratorium.

Mimo reform ogólna zasada organizacji ochrony zdrowia na wsi nie zmieniła się od czasów carskich. Wiejski lekarz, obecnie nazywany lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, ma odróżnić chorego od zdrowego, chorego wysłać do specjalisty lub szpitala, a zdrowego do domu. Banalne przeziębienia, urazy przy pracach rolnych i bóle korzonkowe rozprzestrzeniają się

po wsiach niezmiennie. W miastach rodzą się dzieci, a w coraz nowocześniejszych chatkach umierają starcy. Możliwości diagnostyczno-terapeutyczne są wciąż ograniczone limitami, odległościami i zbyt późnym zgłaszaniem się po poradę. Zamożniejsi radzą sobie bez finansowego wsparcia państwa. Sprytniejsi znanymi sobie sposobami potrafią przyspieszać terminy. Nie dziwi nic! Do czego w takim razie potrzebny jest wiejski lekarz? A tym bardziej rewolucjonista. Sam nie wiem...



Jerzy Noszarzewski

internista, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego w latach 2006-2010

Czy błąd lekarski to wstyd, nauuczka, nauka, inwestycja w przyszłość?

Wszystkie stwierdzenia zawarte w pytaniu są prawdziwe, o ile mamy do czynienia z lekarzem pragnącym wykonywać swój wspaniały zawód z pełnym zaangażowaniem i przyjemnością z faktu niesienia pacjentom ulgi w cierpieniu i przywracaniu zdrowia.

Kiedyś podstawą prawidłowego rozpoznania był dobrze zebrany wywiad chorobowy od pacjenta oraz dokładne jego zbadanie i po przeprowadzeniu różnicowania postawienie najbardziej prawdopodobnej diagnozy, co nazywano sztuką lekarską. Każdy człowiek, a zatem i lekarze, wykonując swoją pracę, nie są w stanie ustrzec się przed błędami, jednakże powinni dążyć do maksymalnego ich eliminowania. Błąd lekarski to brak postępowania *lege artis*, czyli czynności lub zaniechaniu niezgodnym z nauką medyczną. Jak głosiło stare prześmiewcze porzekadło, „każdy lekarzyk ma swój cmentarzyk”, co przekładało się jako nauka przez błędy, chociaż nie dotyczyło to wszystkich w równym stopniu i powodowało, że jedni byli lekarzami przeciętnymi, a inni wybitnymi, potrafiącymi wykorzystać zdobyte wiadomości, co w połączeniu z „intuicją lekarską” stawiało ich w gronie najlepszych. Podejście do popełnianych błędów zależy od indywidualnego podejścia. Jedni wyciągają wnioski z tej przykłej nauki, przyjmują je z pokorą i starają się ich unikać w przyszłości poprzez stałe doszkadzanie się i w ten sposób eliminowanie deliktów medycznych. Inni, na szczęście nieliczni, podchodzą do nich niefrasobliwie i zdarza się, że wielokrotnie pojawiają się jako obwinieni w postępowaniach o przewinienia zawodowe.

Obecna medycyna, jak wspominałem wyżej, zmienia się na przestrzeni lat bardzo znacznie. Obserwując pracę młodych lekarzy, stwierdzam, że postęp techniczny i szeroki zakres badań obrazowych oraz laboratoryjnych doprowadził do innego postępowania lekarskiego, w którym już nie oko i szkiełko oraz doświadczenie zawodowe decydują o postępowaniu, a wykonanie szerokiego wachlarza badań i wychwycenie nieprawidłowości w nich zaznaczonych, wielokrotnie bez zebrania starannego

wywiadu lekarskiego i prawidłowego badania przedmiotowego, są podstawą do wdrożenia leczenia, często nie odpowiednio celowanego, a na zasadzie poliipragmazji, wprowadzając właściwie leczenie objawowe, zmuszające pacjenta do przyjmowania leków w dużych ilościach z niewiadomym efektem końcowym ze względu na ich interakcje, co również jest błędem lekarskim. Powstają także w wielu sytuacjach medycznych tzw. standardy postępowania, czego kiedyś nie było, a co znacznie ułatwia pracę i zmniejsza zagrożenie popełnienia błędu lekarskiego, ale jedynie wówczas, gdy ma się odpowiedni zakres wiadomości, jednak przy ich nieznanomości, błędy te są szybkie do wychwycenia i postawienia zarzutu błędnego postępowania. Każdy dostrzeżony błąd lekarski wymaga zastanowienia, jak można było go uniknąć i jak naprawić. Podstawowym czynnikiem zapobiegania błędom lekarskim jest systematyczne doszkadzanie się w różnych formach, co jest bezwzględną powinnością lekarzy i do czego ma zmuszać program zdobywania punktów edukacyjnych. I tu rodzi się duży problem – lekarze, których niewątpliwie brakuje, są przeciążeni nadmierną pracą, szczególnie na pierwszej linii pomocy medycznej, a więc w izbach przyjęć, często kosztem życia rodzinnego i brakiem systematycznego kształcenia się. Można by rozważyć, celem uniknięcia lub ograniczenia liczby błędów lekarskich, przeprowadzanie testów sprawdzających aktualną wiedzę medyczną u tych członków samorządu, którzy przez kilka lat nie wykazują zebrania wystarczającej liczby punktów edukacyjnych i w przypadku stwierdzonych braków, kierowanie ich na kursy doszkadzające.



Artur Zaczyński

neurochirurg, zastępca dyrektora ds. medycznych CSK MSWiA w Warszawie

Czego uczy lekarzy wojna?

Permanentny stan zagrożenia jest dla nas, lekarzy, od początku kariery medycznej codziennością. Studia, praca, dyżur, status Long Life Learning (3L), empatia, współuczucie i inne obowiązki wynikające z etosu zawodu sprawiają, że lekarze są orędownikami pokoju, który zapewnia im opanowanie sytuacji i możliwości rozwoju.

Przysięga Hipokratesa nakłada na nas również inny 24-godzinny dyżur oczekiwany przez rodzinę, przyjaciół albo znajomych bez względu na to, czy jest opłacony przez pracodawcę, czy nie. W trakcie tego, a co jeszcze ważniejsze w sytuacjach masowych zagrożeń i to bez względu na czynnik – czy kontaktowy (wojna konwencjonalna), czy biologiczny (pandemia), sytuacja nim powodowana daje możliwość pokazania całemu społeczeństwu, jak ważny jest dobrostan, jakim jest utrzymanie zdrowia.

Początkowo, jak każda sytuacja nagła, stan wojny paraliżuje każdego, ale daje również potężny zastrzyk adrenaliny napędzający pozytywnie ludzi znających powagę sytuacji i mających

świadomość, że tylko tu i teraz jest ich czas, aby pokazać siłę i potęgę medycyny. Podsumowanie i analiza zdarzeń po każdej sytuacji nadzwyczajnej powinna uczyć nas na przyszłość lepszego postępowania, jednak zawsze pozostaje niesmak, że można było zrobić więcej. Tak dzieje się zarówno w wojnach lokalnych z chorobą o zdrowie pojedynczego pacjenta, jak i w sytuacjach globalnych jak interwencje zbrojne.

W ostatnich wydarzeniach globalnych nie doceniliśmy w okresie po wojnach konwencjonalnych jednego ważnego czynnika warunkującego przeżycie, jakim jest dostęp do tlenu. Bardzo szybko sytuacja ta wymagała korekty i dostosowania się, organizacji szpitali wojennych przemianowanych ze względu na okoliczności na szpitale tymczasowe z zapewnieniem zaplecza tlenowego. Niepełne przygotowanie do tej sytuacji obserwowaliśmy na początku pandemii w Lombardii, gdzie jeszcze społeczeństwo włoskie nie było w stanie na czas zareagować, ale z pomocą międzynarodową zostało to opanowane i nie spowodowało przeciążenia systemu ochrony zdrowia w Europie. Moment ten nastąpił jednak w Indiach, gdzie sytuacja uległa przeciążeniu głównie z powodów demograficznych i niedostosowanej do tego infrastruktury, obnażając ułomność człowieka wobec potęgi pandemii.

Dlatego jako lekarze zawsze musimy być gotowi na krwotok, a wtedy – jak będziemy przygotowani – albo on nie nastąpi, albo następstwa jego będą kontrolowane i przewidywalne.



Łukasz Tyszler

lekarz dentysta, członek Krajowej Komisji Wyborczej i Komisji Stomatologicznej NIL

Do czego lekarzowi potrzebny jest pacjent?

Pytanie z kategorii filozoficznych i obszernych niczym wody oceanów. Można po nich pływać, zanurzać się w głębinie, sięgać dna lub ślizgać się po powierzchni.

I gdy po latach tej wędrówki powróci się na brzeg i poczuje stały ląd, niczym proza życia powrócimy do początku. Wszystkie nasze doświadczenia w tej materii wydadzą się niepełne. Jakakolwiek odpowiedź na to pytanie wyda się niekompletna, miętka lub prowokacyjna. No, chyba że pokusimy się o dzieło epokowe, wielkiej miary. Ja mam nieco mniej przestrzeni. Ale cóż. Spróbujemy?

Oczywistym wydaje się, że bez naszych ludzkich przywar i słabości skutkujących, czy to fizjologicznym procesem wzrastania, dojrzałości i starzenia się, czy to w wyniku kontaktów z naturą wszechobecnie nas otaczającą chorób nas dotykających, lekarz jako człowiek ratujący zdrowie i życie byłby zbyteczny. Tak nie jest. No może poza „rajskimi ogrodami”, które obiecano są tym, którzy w nie wierzą. Dlatego medycy (nieco szersza formuła lekarza) pojawili się wraz z początkiem istnienia człowieka. To fakt. Zatem można, a nawet chyba trzeba, sobie jasno powiedzieć,

że gdyby nie pacjent, czyli osoba chora, zawód lekarza byłby zupełnie zbyteczny. Tak samo jak przed nastaniem ery komputerów nie było informatyków, gdy nie lataliśmy w kosmos, nie było astronautów. Zupełnie naturalne. Jakże zatem prosta jest odpowiedź na to, jak wspomniałem na wstępie, obszernie pytanie. Pacjent jest dla lekarza sensem jego istnienia, jego pasji poznawania człowieka i procesów biologicznych nam towarzyszących, radością z niesienia pomocy, miarą sukcesów w podejmowanych terapiach, ale i walki o życie, która czasami jest przegrana. Z tym wiąże się chyba jeszcze mocniejsze emocje. Wtedy, gdy się nie uda, nie powiedzie. To, co czuje wtedy lekarz, wiedzą tylko ci, którzy ten wspaniały zawód obrali jako ścieżkę swojego życia. Okazuje się zatem, że pacjent jest nie tylko przedmiotem naszego zainteresowania, pracy i służby, ale i podmiotem, jednym z najistotniejszych, często na równi z rodziną, dostarczycielem tego, co pozwala powiedzieć, że żyjemy w pełni.

Dzięki pacjentowi lekarz realizuje to, co w każdej kulturze naszego świata jest cechą najwznioślejszą – humanizm. Śmiem zatem twierdzić, że to dzięki pacjentom lekarze stają się lepszymi ludźmi. Nawet jeśli w swym prywatnym życiu (choć znawcy zawodu wiedzą, że mają go niewiele) nie układa nam się najlepiej i popełniamy w nim błędy, jak każdy śmiertelnik, to właśnie pacjenci potrafią spowodować, że powracamy na prawidłowe tory naszej egzystencji. Gdyby nie pacjenci, wielu z nas nie sięgnęłoby szczytów zarówno tych zawodowych, jak i etycznych oraz społecznych.



Mieczysław Dziedzic

chirurg dziecięcy, torakochirurg, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

Kim jest „szary lekarz”?

„Szarym lekarzem” był mój ojciec, który po obronie doktoratu na Uniwersytecie Jana Kazimierza, zamiast kontynuować rozwój naukowy, przeniósł się na Śląsk, bo Spółka Bracka oferowała wyższe płace. Koledzy ze Lwowa po wojnie zostali purpuratami medycyny – profesorami wrocławskiej lub śląskiej Akademii Medycznej. Rezygnacja z kariery wynikała z traumy po KL Dachau.

Tak więc przed studiami na wydziale lekarskim miałem okazję zetknąć się z medycyną. W gabinecie ojca były kleszcze do zębów górnych, trzonowych, opaska na czoło z dziurawym lusterkiem, rurki Westergrena do odczynu Biernackiego, menzurki do analizy moczu, odczynnik Ehrlicha, instrumentarium małej chirurgii, kwarcówka na krzywicę, a w słoju 3 kg rtęci po rozbitych aparatach Riva-Rocciego. Z atrybutów połoźnika zostały stetoskopy toczone z bukowego drzewa, miednicomierz, kleszcze porodowe. Lekarz domowy, który nigdy nie był anonimowy, miał holistyczne podejście do chorych. Z perspektywy czasu pochwalam wybór ojca, bo spełniał się w wolnym zawodzie. Gdy przyjmuję pacjentów, to wielu z nich przypomina: „moja mama/ojciec – leczyli się u pańskiego ojca”.

Znamy luminarzy polskiej medycyny, ale pacjent zapytany: kto pana leczy, nabiera wody w usta. Obywatel deklaratorywnie wybiera lekarza POZ kierującego do specjalisty, specjalista na badania, do szpitala, inny odsyła na oddział, kolejny operuje, a jeszcze inny wypisuje do poradni. Chronicy znają nazwisko swojego lekarza tylko z racji powtarzalnych recept. Tak działa obecnie system ochrony zdrowia narzucający „szarość systemową” i bezmiennność lekarzy. Ze współczuciem obserwuję syna i lekarski prekariat: są super specjalistami w swojej, tak wąskiej dziedzinie, że można powiedzieć, iż wiedzą wszystko o niczym. A gdzie relacja z pacjentem?

Jedynym ratunkiem, aby uchronić się przed „szarością” w zawodzie, jest wartość dodana do naszej profesjonalnej wiedzy: empatia, autentyczna troska o dobro chorego bez względu na przepisy, czyli podstępna walka z NFZ i koleżeńskie zależności z innymi lekarzami, które ułatwiają leczenie.



Grażyna Śmiech-Słomkowska
ortodonta, była konsultant krajowa ds. ortodoncji

Lekarze: uzdrowiciele czy rzemieślnicy?

Lekarz łączy wiedzę i moc uzdrowiciela z manualną biegłością rzemieślnika.

Potocznie uzdrowiciel to ktoś, kto posiada moc uzdrawiania metodami niepraktykowanymi w oficjalnej medycynie. Rzemieślnik ręcznie wykonuje i naprawia przedmioty codziennego użytku, ma w pewnym zakresie sprawność techniczną. W jakim zakresie cytowane określenia mogą być używane w stosunku do lekarza?

Kim jest lekarz? Otóż lekarzem jest ten, kto uzyskał odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do zajmowania się zawodowo leczeniem. Umiejętność przywracania zdrowia (uzdrawiania) wymaga ciągłej aktualizacji wiedzy w praktykowanej dziedzinie, krytycznej oceny zmian uzyskanych (u każdego chorego) z wykorzystaniem środków stosowanych w oficjalnej medycynie oraz śledzenia postępu we wszystkich działach medycyny. Nie należy pomijać (zapominać o znaczeniu) sugestii w codziennej praktyce. Ważnym elementem procesu przywracania zdrowia jest umiejętność rozmowy. Często jest to dyskusja z poglądami dostępnymi w internecie. Dokładne (zrozumiałe przez chorego) przedstawienie zasad i sposobu działania proponowanych metod umożliwia przywracanie zdrowia z użyciem leków lub odpowiednich zabiegów. Wskazania do uzupełnienia, omawianego z chorym, planu leczenia innymi metodami często odnoszą się do zabiegów chirurgicznych. Każda decyzja o włączeniu do planu leczenia elementów zabiegowych jest zazwyczaj poprzedzona analizą wskazań, powiązaniem wiedzy z pokrewnych działów medycyny oraz oceną sprawności manualnej. W ten sposób lekarz ustala zakres i sposób przeprowadzenia zabiegu oraz prognozuje rokowanie.



Dariusz Hankiewicz
laryngolog, artysta fotografik, animator kultury,
przewodniczący Komisji Finansowo-Budżetowej NRL

Dlaczego boimy się kolegów ze Wschodu?

Mam dylemat. Czy powinno się zadawać pytanie z tezą? I to na dodatek taką wziętą wprost z łamów nie najwyższych lotów prasy, czy z ust nie do końca narodowych mediów?

Naszą rolą, jako samorządu lekarskiego, jest starać się dopilnować, by każdy, kto otrzyma w Polsce placet na możliwość udzielania pomocy i opieki lekarskiej, był wykształcony zgodnie z normami zaakceptowanymi w Polsce, postuluje się biegle w mowie i piśmie językiem polskim, a tym samym naszym obywatelom, a okresowo pacjentom, gwarantował bezpieczne leczenie i opiekę. Zapraszamy więc chętnych do pracy w Polsce, do nostryfikacji czy innej formy potwierdzenia dyplomów, na kursy językowe i staże. A potem... do wspólnego leczenia, dyżurów, operowania i pracy w poradniach. Ramię w ramię.

A strach przed kolegami ze Wschodu? W czymże są oni różni od nas, jako ludzie, więc niby dlaczego mielibyśmy się ich bać? Nasz zawód, zawód lekarza, jest dzisiaj zawodem wolnym. A cóż to znaczy? Otóż być wolnym to... niczego i nikogo się nie bać! Niby takie proste, a jakie trudne zarazem!



Jolanta Orłowska-Heitzman
patomorfolog, przewodnicząca Naczelnej Komisji
Rewizyjnej, NROZ 2010-2018

Dlaczego nie mamy do siebie zaufania?

Na przestrzeni ostatnich dwóch miesięcy kilkadziesiąt razy powtarzałam sobie to pytanie i za każdym razem odpowiedź była jedna – jak to nie mamy – musimy mieć do siebie zaufanie. I zawsze rodziło się następne pytanie – musimy czy mamy?

Zaufanie to podstawa naszego życia, naszego bytu, naszej pracy. Gdy byliśmy dziećmi, mieliśmy pełne zaufanie do naszych rodziców, dziadków czy innych bliskich nam osób, wierząc, że to, co robią, jest dobre. Wierzyliśmy, że chcą nas wychować na ludzi prawych, mądrych, na takich, którym inni będą ufać i takie cechy staraliśmy się przekazać naszym dzieciom. Próbowaliśmy znaleźć definicję zaufania – zadanie trudne, ba, nawet niemożliwe do

zrealizowania. Intuicja podpowiada, czym jest zaufanie – ale jak to zdefiniować? Czy da się opisać coś, co jest odczuciem osobistym i subiektywnym?

Do mnie najbardziej przemawia stwierdzenie, iż jest to przekonanie. Przekonanie i wiara w innego człowieka poparte autentycznością, prawdopodobnością, dyskrecją, cierpliwością, dotrzymywaniem danego słowa. Czytający te słowa może powiedzieć „górnolotne dyrdymały”. Otóż nie, żadne dyrdymały, to cechy, które powinien posiadać lekarz. W swojej pracy lekarz musi być autentyczny, nie może udawać kogoś, kim nie jest, musi wierzyć, że to, co robi, służy dobru innych ludzi. A jednocześnie mając zaufanie do kolegów po fachu, w razie potrzeby będzie się mógł z nimi skonsultować. Tak bardzo nam, lekarzom, tego brakuje – przyznania się, że czegoś sami nie wiemy i konieczna jest rada innych oraz często brakuje tych, z którymi możemy przedyskutować trapiące nas problemy. W tym miejscu szczególnie apel do najmłodszych stażem – nie wstyďte się, że czegoś nie wiecie, same książki nie uczą lekarskiego życia, korzystajcie z rad i pomocy starszych, miejcie do nich zaufanie.

Prawdopodobność jest cechą ludzi prawych, gdyż nawet najbardziej bolesna prawda jest lepsza niż kłamstwo. W tym zakresie nie ma półprawd, tu wszystko jest czarno-białe i to, co nie jest prawdą, jest zwykłym ordynarnym kłamstwem. Ileż to razy w działalności rzecznika odpowiedzialności zawodowej słyszałam od pacjentów, „dlaczego lekarz nie powiedział mi prawdy?”. Celowo nie odpowiadam na to pytanie – każdy ma swoją odpowiedź. Dyskrecja lekarska wiąże się nierozłącznie z tajemnicą lekarską. W wakacyjnym numerze „Gazety Lekarskiej” (7-8/2021) z uwagą zapoznałam się z artykułem Krzyska Madeja „Tajemnica dr. Poliszynela”. Tak, w świecie sprawozdawczości, informatyzacji, nowoczesnych technologii i możliwości śledzenia każdego kroku człowieka już nie tylko w sieci, ale „na żywo” (np. płacenie kartą czy logowanie telefonu) zgadzam się, że tajemnica lekarska to sformułowanie na potrzeby kodeksów, „... a posiadanie kontaktu (nie kontraktu) z obdarzonym pełnym zaufaniem lekarzem związanym tajemnicą lekarską jest luksusem”.

Ludzie bardzo lubią słuchać opowiadań o nieszczęściach innych, taka nasza (czasem wredna) ludzka natura i tym bardziej będąc w dużych grupach ludzi (komunikacja miejska czy między-miastowa) czy też w prywatnych kontaktach, starajmy się pamiętać o tym, że chory człowiek ufający lekarzowi, powierza mu swe najbardziej strzeżone tajemnice, a lekarz nie ma żadnego prawa, aby przekazywać je innym ludziom jak sensacyjne wiadomości.

„Cierpliwość jest cnotą ludzi wielkich”. W dzisiejszych czasach biurokracji, konieczności wypełniania tysięcy (zupełnie nikomu do niczego niepotrzebnych) formularzy, tabel etc., lekarska cierpliwość do pacjentów jest wystawiona na wielką próbę. Jak wykazać się cierpliwością dla człowieka chorego, któremu wreszcie (po 15 miesiącach czekania) udało się dostać do lekarza, który chce wszystko dokładnie lekarzowi opowiedzieć o swoich dolegliwościach i problemach życiowych, a lekarz ma dla niego nie więcej niż kwadrans? Znowu odwołam się do doświadczeń „rzecznikowskich”. Często słyszymy od pacjentów: „Nareszcie ktoś z lekarzy mnie wysłuchał” lub „Nareszcie lekarz miał dla mnie czas, nie spieszył się, nie patrzył nerwowo na zegarek, rozmawiał ze mną, a nie przegądał jakieś kartki”. Podobnie brzmią stwierdzenia „Pan doktor obiecał, że będzie mnie operował, a operował ktoś inny”, „Poród miał odebrać dr X, ale tak się nie stało”, „Wizytę miałam umówioną z dr. Y, ale wtedy był na urlopie. Jak tak można?”. Spełnienie żądań czy próśb chorych nie zawsze

jest możliwe, jednak gdy damy słowo, to mamy go dotrzymać. Jeśli mamy jakieś wątpliwości, czy będzie możliwe spełnienie obietnicy, to wstrzymajmy się z podjęciem takiej decyzji. Wiem że narażam się na komentarze o moralizatorstwo, nic bardziej mylnego. Powyższe refleksje to rozmowa z sobą. Właśnie tak rozumiem zaufanie. Gdy człowiek nie ma zaufania do siebie, to inni ludzie nie będą mu ufali. W dzisiejszym, jakże skomplikowanym i nieżyczliwym ludziom świecie, rządzone przez nieudaczników pochłoniętych żądzą pieniądza, mamy kryzys zaufania do wszystkich i wszystkiego, co nas otacza. Przesada? Tak, przesada, gdyż wystarczy niewielka grupa ludzi ufających sobie wzajemnie, aby świat stał się lepszy. Mozolnie zdobywane zaufanie można porównać do głazu toczzonego pod górę, a utracone zaufanie jest jak lawina kamieni spadających stromym zboczem.



Małgorzata Solecka

publicystka „Medycyny Praktycznej” i miesięcznika „Służba Zdrowia”

Jak przesuwa się szara strefa?

Niezaufanie, ruchem jednostajnie przyspieszonym. To jest jedna z immanentnych cech szarej strefy, w której granice między tym, co TAK a NIE, stają się niewyraźne, a potem – zanikają.

Na początku trzeciej dekady XXI wieku boosterem szarości w polskiej – ale czy tylko? – ochronie zdrowia stały się nowe technologie i narzędzia komunikacji. Lekarzowi nie wolno, w myśl Kodeksu Etyki Lekarskiej, reklamować produktów leczniczych? Więc może wpis w mediach społecznościowych nie spełnia znamion reklamy, a jest jedynie informacją. Cóż, że opatrzoną wygórowanym, ba – spekulacyjnym wręcz – cennikiem. Recepta, zaświadczenie o niezdolności do pracy to dokumenty, które powinno poprzedzić badanie lekarskie (a co najmniej wnikliwy wywiad)? Może wystarczy rejestracja na stronie internetowej, a reszta „robi się” niemal z automatu. Może nikt nie sprawdzi (i może rzeczywiście nie sprawdzi, bo jak wieść gminna niesie, reforma aparatu kontroli NFZ przyniosła spektakularny sukces w postaci paraliżu korpusu kontrolerskiego, hurra).

Szarość ma to do siebie, że w końcu gęstnieje i coraz bardziej przechodzi w czerń. Również w obszarze e-rozwiązań. Narodowy Program Szczepień otworzył wiele furtek do działań półlegalnych i nielegalnych. Na początku, gdy szczepionki były deficytowe, tajemnicą poliszynela było, ile trzeba „zainwestować”, by uzyskać zaświadczenie o chorobie, uprawniającej do przyspieszenia szczepienia. W ostatnich tygodniach – informacje trudne do zweryfikowania, ale pochodzące z dobrych źródeł – znów mowa o cennikach, tym razem za certyfikaty poświadczające szczepienie, którego nie było. Można się oczywiście próbować pocieszać, że po szerokim dopuszczeniu do szczepień oraz kwalifikacji do nich przedstawicieli innych zawodów wcale nie

Po zakończeniu II wojny światowej odnotowano w Polsce odpowiednio 39 proc. i 48 proc. spadek liczby lekarzy i stomatologów w porównaniu ze stanem sprzed 1 września 1939 r.

jest powiedziane, że takich fakszterstw dopuszczają się lekarze. Bo to już zdecydowanie nie jest szara strefa, tylko – czarny rynek. Nie działanie na granicy etyki zawodowej, tylko daleko poza nią.

Kiedyś mawiano: od rzemyczka do koniczka. Czasy się zmieniają, ale ludzie dużo wolniej. Tolerowanie szarości zwykle kończy się dość mrocznie.



Jerzy Friediger

chirurg, długoletni prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, członek Prezydium NRL

Co oznacza slogan: wolny zawód?

W polskim prawie wolny zawód oznacza zawód zaufania publicznego.

Na podstawie badań w Instytucie Wolnych Zawodów przy Uniwersytecie Aleksandra w Norymberdze wyszczególniono następujące cechy wolnego zawodu: wysokie kwalifikacje i kompetencje zawodowe poparte przygotowaniem praktycznym; czynności zawodowe wykonywane osobiście; szczególną więź o charakterze osobistym między wykonawcą a odbiorcą świadczenia opartą na zaufaniu, a nie tylko na wiedzy i kompetencjach, wysoki poziom moralny wykonawcy, wynikający z etosu zawodowego; samodzielność i niezależność w podejmowaniu decyzji; osobistą odpowiedzialność za należyte wykonanie świadczenia (zarówno materialną, jak i korporacyjną).

Zawody zaufania publicznego to zawody, w których od wykonujących je osób wymaga się nie tylko profesjonalizmu, ale także nieskazitelnego charakteru. Ufamy, że osoby je wykonujące są odpowiedzialne i kierują się zasadami etyki. Jednak wśród osób ankietowanych na ten temat rozumienie tego określenia nie zawsze pokrywa się z tym, jak chcielibyśmy, by było rozumiane. W badaniach dosyć często wskazywany jest np. zawód polityka. Respondenci wymieniali też zawody, których przedstawiciele zajmują się pilnowaniem praworządności, czyli policjantów,

a także nauczycieli. Natomiast zawód profesora uniwersyteckiego, księdza, inżyniera budownictwa, strażaka i żołnierza był bardzo rzadko wskazywany, jako zawód zaufania publicznego.

Godną uwagi jest definicja zaprezentowana przez jednego z sekretarzy KC PZPR do spraw propagandy, który na naradzie z dziennikarzami, kiedy padła uwaga, że „dziennikarstwo jest wolnym zawodem”, odpowiedział, że „oczywiście, bo w każdej chwili wolno z niego odejść”. Ta definicja odeszła już na szczęście do historii, choć nie całkiem.

W powszechnym rozumieniu pojęcie „wolny zawód” określa przede wszystkim niezależność w podejmowaniu decyzji zawodowych, praca bez szefa, który może nakazać sposób postępowania i wpłynąć na decyzje zawodowe. Najbliższa temu jest niewątpliwie definicja Uniwersytetu w Norymberdze.

Czy w takim razie nasz zawód jest rzeczywiście wolnym zawodem? Moim zdaniem na pewno nie zawsze i wszędzie, zwłaszcza w oddziałach szpitalnych. Ale jest do tego coraz bliżej.



Łukasz Jankowski

nefrolog, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Czego młodzi zazdrozczą starym lub odwrotnie?

Wszystkie systemy etyczne: religijne i laickie oraz teorie psychologiczne potępiają zazdrość, jako postawę i uczucie negatywne i destrukcyjne, zarówno dla jednostki, jak i społeczności. Wśród siedmiu grzechów głównych czwartym jest właśnie zazdrość.

Skoro jednak w naszej psychice zainstalowany jest odruch zazdrości, to znaczy, że pełni on jakiś, ewolucyjny przynajmniej, pozytywny cel. To by oznaczało, że są dwie zazdrości: zła i dobra. Zazdrość zła, grzeszna, ma na celu pozbawienie innych przedmiotu naszej zazdrości lub niedopuszczenie do osiągnięcia tych dóbr czy umiejętności. Dobra to ta, która mobilizuje nas do osiągania samemu tego, co u innych szczególnie cenimy, lub do cieszenia się z cudzych osiągnięć. Można by ją nazwać instynktem rodzicielskim, bo to rodzice z natury nie zazdrozczą dzieciom ich osiągnięć. Ta druga, dobra zazdrość, wymaga jednak heroizmu wyjścia poza własny, ciasny, biologiczny interes.

Jak je odnieść do lekarzy? – bo mam wrażenie, że zadający pytanie zapomnieli dodać w nim słowa „lekarze”. Starzy lekarze zapewne zazdrozczą młodym młodości, perspektyw na przyszłość, większych możliwości wyboru dróg rozwoju osobistego i zawodowego, przynależności do dużo nowocześniejszej medycyny niż była za „ich czasów” i lepszego startu życiowego i zawodowego: relatywnie lepszego zarobków, możliwości podróży, nieskrępowanego dostępu do wiedzy itd. Zaś młodzi lekarze, jak to młodzi, zazdrości będą pozycji zawodowej, umiejętności

i doświadczenia zawodowego, decyzyjności, statusu majątkowego i tego, że nierzadko mogą oni mniej pracować, a za to więcej konsultować, doradzać, kierować i cieszyć się różnymi zaszczytami. Zdaje się, że opisałem niektóre elementy tzw. konfliktu pokoleń. Czyli norma. Konflikt ten jest pogłębiany przez postępującą cyfryzację medycyny, która preferuje młodych lekarzy i gwałtownie postępującą biurokratyzację, która niszczy stosunki międzyludzkie.

Pytanie to nasuwa mi inne pytanie: co izba może robić, aby sprzyjać tej „dobrej zazdrości”? Jakie kryteria selekcji kandydatów do stanowisk kierowniczych przyjmując, aby sprzyjać możliwościom rozwojowym, a nie je ograniczać? Ale to temat na osobne rozważania.

Słyszałem kiedyś od starszego kolegi, że na sali konferencyjnej w klinice kierowanej przez prof. Jana Nielubowicza, patrona naszej izby, wisiał napis: „Naucz się godnie znosić sukces bliźniego”, powieszony tam przez samego patrona, jako zasada pomocna w budowaniu kreatywnego zespołu klinicznego.



Krzysztof Kordel

prawnik, medyk sądowy, wieloletni prezes WRL w Poznaniu, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

Czy lekarze potrzebują nadzoru zawodowego?

Na wykładach dla studentów, a zwłaszcza stażystów, zadają pytanie, czy chcieliby w przyszłości być szefami i czy wiedzą, że to nie tylko splendor, ale także duża odpowiedzialność? Nie tylko za siebie, ale przede wszystkim za innych. Kierowanie zespołem to przecież nadzór. Szef ma wiedzieć o wszystkim i za wszystko odpowiada. Oczywiście kwestią jest zaufanie do zespołu, lecz jego poziom nigdy jest nie oczywisty.

Z drugiej strony chcemy, by zawód lekarza był wolny, co oczywiście musi wiązać się z samodzielnością w podejmowaniu decyzji, lecz także z ryzykiem popełnienia pomyłek czy też błędów. Czasami tragicznych w skutkach.

Zdaję sobie sprawę, że z racji charakteru medycyny sądowej, którą się zajmuję, moje spojrzenie na kwestię nadzoru zawodowego, którego jestem gorącym zwolennikiem, może być odbierane jako mocno nieobiektywne. Tymczasem kontroli zawodowej nie można traktować jako prób ograniczenia swobody wykonywania zawodu, ale dbanie o jakość oraz swoisty rodzaj profilaktyki.

Warunki wykonywania zawodów lekarskich w polskich realiach to chodzenie po polu minowym. Zbyt mała ilość personelu medycznego i wiążące się z tym faktem przepracowanie, przy równoczesnym stałym wzroście oczekiwań ze strony pacjentów, wielokrotnie skutkuje niedopatrzzeniami czy nawet

błędami, których można by uniknąć przy dobrym nadzorze ze strony doświadczonych lekarzy.

W kształceniu medycznym nic nie zastąpi systemu mistrz-uczeń, w którym winna obowiązywać zasada (a sam byłem tak uczony), że kiedy nie wiesz, czy masz jakiś problem, pytaj innych, co robić. Nie ma ludzi wszytkowiedzących i nie ma głupich pytań. Przy ogromie współczesnej wiedzy medycznej nie ma możliwości, znać się na wszystkim. Dlatego od zarania medycyna korzystała z genialnego rozwiązania, jakim jest konsylium. Dobrą tradycją jest odprawa i omawianie trudnych przypadków oraz dogłębna analiza zgonów. Dawniej na sekcję przychodzili klinicyści, by uzyskać odpowiedź na pytanie, czy nie popełnili omyłki w diagnozie. Dzisiaj nie jest to niestety zbyt częste zjawisko.

Praca w zespole jest znacznie łatwiejsza niż samodzielna, kiedy nie ma kogo spytać o radę. Byłem tak szkolony i tak staram się kształcić specjalistów, że w pracy lekarza przydaje się „advokat diabła”, który zapyta: a dlaczego tak uważasz? Czasami po takim pytaniu okazuje się, że to, co w moim przekonaniu tworzyło logiczną całość, po analizie rozsypywało się jak domek z kart. Myślę, że takie działanie ma sens w obie strony. Nie raz przekonałem się po dyskusji z młodszymi koleżankami i kolegami, że nikt nie ma patentu na nieomyślność.

Myślę, że czasami nie zdajemy sobie sprawy z faktu, że nową formę nadzoru stanowią programy komputerowe, którymi się posługujemy. Osobiście jestem ich zwolennikiem, nie tylko z powodu rozwiązania problemu czytelności dokumentacji, ale także swoistej „protezy pamięciowej”, wskazującej o co zapytać w wywiadzie i co zbadać przedmiotowo. Znaczna część aplikacji zawiera tzw. pola wymagalne, bez których nie jest możliwe zamknięcie historii leczenia. Ułatwia to ewentualne wyjaśnienia wobec organów ścigania, które wyznają zasadę, że to, co nie jest napisane, nie było zrobione.

Najpopularniejszymi specjalizacjami w Polsce są obecnie: interna (31 226), pediatria (17 175), medycyna rodzinna (11 879), chirurgia ogólna (9 550) oraz położnictwo i ginekologia (8 500).

Praktyka medyka sądowego pozwala mi na sformułowanie tezy, że autor nie widzi swojego błędu i jest święcie przekonany, że wszystko robi dobrze. Zarówno pod względem technicznym, a zwłaszcza organizacyjnym. Czasem tylko inny specjalista jest w stanie wskazać błąd. Kluczową rolę w wyjaśnianiu organizacyjnych winni odgrywać konsultanci wojewódzcy i krajowi. Pełniąc nadzór z mocy ustawy, zbyt mało czasu poświęcają kontroli prewencyjnej, co zbyt często skutkuje gorączkowym poszukiwaniem winnych „post factum” niepożądanego zdarzenia medycznego.



Jarostaw Wanecki

USTAWY O IZBACH LEKARSKICH

Pierwszy samorząd lekarski założono w niemieckim Brunzwiku w 1865 roku. Do czasu odzyskania przez Polskę niepodległości izby lekarskie funkcjonowały w zaborach pruskim i austriackim. Ustawa C.K. Namiestnictwa z 1891 roku o utworzeniu Izby Zachodnio-Galicyjskiej otwiera historię samorządu krakowskiego.

Oficjalną datą rozpoczynającą działalność izb lekarskich w Polsce jest **2 grudnia 1921 roku**, kiedy Sejm uchwalił ustawę o **ustroju i zakresie działania izb lekarskich**. Przepisy zostały wprowadzone w życie rozporządzeniem ministra zdrowia publicznego z 15 marca 1922 roku zarządzającym wybory. Głównym komisarzem wyborczym został Zdzisław Lachowicz. Rozpoczęły wówczas swoją działalność izby: warszawsko-białostocka, krakowska, poznańsko-pomorska, lwowska, lubelska, łódzka oraz od 1924 roku wileńsko-nowogródzka i śląska (1935).

15 marca 1934 roku Sejm uchwalił **nową ustawę o izbach lekarskich**, która ograniczała samodzielność izb stanowiących jedynie uzupełnienie aparatu administracyjnego państwa, ale jednocześnie zmieniono tryb postępowania dyscyplinarnego w sprawach odpowiedzialności zawodowej.

Lekarze dentyści doczekali się swojego samorządu zawodowego piętnaście lat później. **Ustawa o izbach lekarsko-dentystycznych** została uchwalona **11 stycznia 1938 roku** wraz z izbami okręgowymi w Warszawie, Poznaniu, Wilnie i Krakowie.

Do 1935 roku izby korzystały albo z już istniejących ustaw eptycznych i kodeksów opracowanych przez swoje komisje, albo Kodeksu Deontologii Lekarskiej przyjętego w 1907 roku podczas X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we

Lwowie. 24 lutego 1935 roku po całodziennych obradach ostatecznie ustalono brzmienie, a po czterech miesiącach, 16 czerwca, Naczelna Rada Lekarska uchwaliła Kodeks Deontologii Lekarskiej.

26 stycznia 1940 roku doktor Paul Walbaum, Obefürer SA, szef Wydziału Zdrowia Rządu Generalnej Guberni w oparciu o rozkaz Hitlera zniósł działalność samorządu lekarskiego. Wcześniej, niemal natychmiast po zakończeniu kampanii wrześniowej, przeszukania w siedzibie NIL przy ul. Koszykowej w Warszawie dokonał w mundurze Wehrmachtu doktor Schrempf, który pełnił funkcję komisarza wojennego.

W lipcu 1945 roku po powrocie z obozu koncentracyjnego prezes prof. Mieczysław Michałowicz podjął się odbudowy struktur izbowych. Niestety nowej władzy nie odpowiadała przedwojenna formuła. Po przedłużającym się procesie legislacyjnym, 8 listopada 1946 roku został wydany **dekret o organizacji samorządu lekarskiego i lekarsko-dentystycznego**, ale obowiązywał tylko do 18 lipca 1950 roku, kiedy w wyniku działań przychylnego odebraniu autonomii lekarskiej prezesa NIL Jana Rutkiewicza, izby zostały rozwiązane. **Dekret o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych** wprowadzał mechanizmy umożliwiające niszczenie dotychczasowego porządku prawnego w środowisku lekarskim. Proces likwidacyjny był pasmem upokarzających działań wobec działaczy samorządu. Likwidując wraz z izbami instytucje ubezpieczeniowe, ustawa dała przyzwolenie na roztrwonienie zebranych środków. Likwidatorzy samowolnie wypłacali sobie specjalne premie. Majątek ruchomy otrzymał Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia kierowany przez Jana Rutkiewicza. Budynki przejął na własność skarb państwa, wprowadzając odpowiednie zmiany w księgach wieczystych.

Mimo wcześniej już wprowadzanych szykan Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna 1 sierpnia 1947 roku opublikowała Kodeks Deontologii Lekarsko-Dentystycznej oraz szereg zaleceń dla praktyk stomatologicznych.

Zniesienie izb uzasadniano następująco: „Z chwilą wejścia w życie ustawy z 1948 roku o zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, zawód lekarza

że jedynie Zarząd Główny PTL może wspierać podnoszoną bezskutecznie ideę. Rok później Nadzwyczajny Zjazd Delegatów PTL w jednej z uchwał kategorycznie domagał się utworzenia komisji ds. organizacji samorządu, której projekt miał powierzyć orzecznictwo i sądownictwo zawodowe bezpośrednio lekarzom. Niestety do realizacji planów nie doszło, a temat powracał sporadycznie podczas wykładów historycznych lub deontologicznych, czego owocem było wydanie w 1968 roku quasi-kodeksu lekarskiego przez PTL pod nazwą Zasady etyczno-deontologiczne polskiego lekarza. Namiastką samodzielności były wprowadzone w 1972 roku sądy koleżeńskie do statutu PTL.

Ważny był rok 1980 i następujący po nim Festiwal Solidarności. 12 lipca PTL zostało stowarzyszeniem wyższej użyteczności. NSZZ „Solidarność” ściśle współpracował z PTL, a na zebraniach naukowych podnoszono nie tylko temat reform w służbie zdrowia, ale również reaktywacji izb. I Zjazd PTL w 1985 roku podjął w tej sprawie odważną uchwałę.

Wiosną 1986 roku, pół roku po wyborach Sejmu PRL IX kadencji, Zarząd Główny PTL wystąpił o spotkanie z przewodniczącym Sejmowej Komisji Polityki Społecznej Zdrowia i Kultury Fizycznej. Do rozmów wyznaczono posła Zbigniewa Gburka ze Stronnictwa Demokratycznego, które podjęło uchwałę o upodmiotowieniu środowiska lekarskiego. Podczas obrad X Zjazdu i VIII Plenum Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej zapadła decyzja polityczna o rozwoju samorządności jako podstawowego składnika demokracji socjalistycznej. Po licznych dyskusjach 21 października 1986 roku powstał projekt w sprawie założeń do ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych z wnioskiem poselskim o uchwalenie ustawy o samorządzie lekarskim.

2 listopada 1988 roku Jerzy Woy-Wojciechowski wydał komunikat o rozpoczęciu działalności punktu konsultacyjnego, który zajmie się przyjmowaniem propozycji zmian i uwag do poselskiego projektu ustawy o izbach lekarskich. W połowie czerwca 1988 roku doszło do inicjatywy Klubu SD, który zebrał 100 podpisów i złożył projekt do łaski marszałkowskiej. Konsultowały go Komisja Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, Spraw Samorządowych, Spraw Ustawodawczych oraz Rada Społeczno-Gospodarcza. Pierwsze czytanie odbyło się 27 września 1988 roku.

Między lutym a kwietniem 1989 roku w Komisji Zdrowia Okrągłego Stołu zasiedli wiceprezesi PTL: Jacek Żochowski i Adam Czarnecki, którzy podnosili problem reaktywacji izb. Ale ustawa była już przygotowywana w Sejmie. O mały włos Zofia Kuratowska podczas negocjacji nie spowodowałaby blokady głosowania przez Sejm, proponując dodatkowe konsultacje społeczne, które z racji skrócenia IX kadencji nie mogły zakończyć się przed posiedzeniem **17 maja 1989 roku**. Ustawę blokował OPZZ. 26 kwietnia 1989 roku Komisja zatwierdziła projekt dokumentu i wybrała Janusza Szymborskiego na posła sprawozdawcę. W trzy tygodnie później, na ostatnim posiedzeniu Sejmu odbyło się trzecie czytanie i głosowanie. Przy nieobecności Klubu ZSL ustawę przyjęto jednogłośnie.

Uchwałą Rady Państwa z 19 czerwca 1989 roku powołano Komitet organizacyjny izb lekarskich. Wśród 177 jego członków, 73 pochodziło z PTL. Przewodniczącym został Jacek Żochowski, a sekretarzem Tadeusz Chruściel. Założenia

Art. 19. pkt. 1. ustawy o izbach lekarskich z 9 grudnia 2009 r.

Minister właściwy do spraw
zdrowia może zaskarżyć
do Sądu Najwyższego
uchwałę organu izby
lekarskiej pod zarzutem
niezgodności z prawem,
w terminie 6 miesięcy
od dnia jej otrzymania.
Sąd Najwyższy utrzymuje
zaskarżoną uchwałę
w mocy bądź ją uchyla
i przekazuje sprawę do
ponownego rozpoznania
właściwemu organowi
samorządu, ustalając
wytyczne co do sposobu
jej załatwienia.

i lekarza dentysty przestał być w zasadzie wolnym zawodem, a praktyka prywatna stanowi jedynie drobny fragment zatrudnienia tych pracowników”.

Wypadki poznańskie w 1956 roku spowodowały powrót nadziei na odrodzenie. Na Śląsku 20 grudnia powołano nawet Tymczasową Radę Lekarską z przewodniczącym Januszem Pawelcem. Wnioski reaktywacyjne złożone ministrowi zdrowia pozostały bez odpowiedzi. 21 marca 1957 roku lekarze z 10 województw, w czasie gasnącej „odwilży” uznają,

organizacyjne przewidywały powołanie „dużych” i „resortowych” okręgów powiązanych z Akademią Medycyną.

I Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie obradował między 10 a 12 grudnia 1989 roku w Filharmonii Narodowej, wybierając organy naczelne pierwszej kadencji.

Od czerwca 1990 roku obowiązuje nowe Przymierzenie Lekarskie, które każdy lekarz składa przed przystąpieniem do wykonywania zawodu, we wrześniu ukazują się pierwsze numery ustanowionej ustawą ogólnopolskiej „Gazety Lekarskiej”. Rok później podczas II Nadzwyczajnego Zjazdu lekarzy w Bielsku-Białej, nie bez kontrowersji ustanowiono Kodeks Etyki Lekarskiej, który stał się zarzewiem konfliktów wewnątrz środowiska lekarskiego.

1 stycznia 1999 roku wchodzi w życie **ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**, której przeciwne jest środowisko lekarskie. Powołano branżową i 16 regionalnych kas chorych. Jednocześnie rozpoczęła się reforma administracyjna kraju, będąc zagrożeniem likwidacji tzw. małych izb. W czerwcu 1999 roku Naczelna Rada Lekarska uchwałą 66/99/III rozwiązuje kilka okręgów, niebędących województwami. Ostre protesty oraz burzliwa dyskusja doprowadzają do uchylecia kontrowersyjnej uchwały 17 września 1999 roku i pozostawiają izby na dotychczasowych terytoriach.

Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu uchwała we wrześniu 2003 roku nowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

W związku z dyrektywami Unii Europejskiej, izba stała się samorządem dwóch zawodów: lekarskiego i dentystycznego. U części działaczy odrodziły się separatystyczne dążenia do autonomii stomatologów.

15 grudnia 2006 roku przy Naczelnej Radzie Lekarskiej powołano zespół ds. opracowania projektu zmian Ustawy o izbach lekarskich pod przewodnictwem Romualda Krajewskiego. 4 grudnia 2008 roku odbyła się konferencja w sprawie nowelizacji, podczas której Andrzej Włodarczyk zgłasza podział izb zgodny z podziałem na województwa, a więc likwidację 8 okręgów. Konstanty Radziwiłł przypomniał opinię Konwentu Przewodniczących ORL przeciwko narzucaniu samorządowi struktury geograficznej niezgodnej z wolą środowiska. Zmiana mimo to została przyjęta. W tym samym dniu próbę mediacji w sprawie małych izb podjął Jarosław Wanecki w rozmowie z minister Ewą Kopacz w salach Zamku Królewskiego w Warszawie. 8 grudnia Prezydium ORL w Płocku zgłasza projekt uchwały o nadzwyczajnej poprawce w regulaminie wyborów „nie dopuszczającej do mnożenia kadencji poprzez rotacje terytorialne”, którą 12 grudnia przyjmuje po poprawkach Naczelna Rada Lekarska. Zmiana obniża temperaturę sporu, a 20 marca 2009 roku wicepremier Waldemar Pawlak deklaruje utrzymanie autonomii terytorialnej izb. 15 maja „kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o dokonaniu zmiany brzmienia projektu ustawy zmierzającej do przyznania organom samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów kompetencji do określania liczby oraz zasięgu terytorialnego poszczególnych izb lekarskich”.

Obowiązująca ustawa o izbach lekarskich przeszła pełną ścieżkę legislacyjną. Została podpisana przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego **6 grudnia 2009 roku** i weszła w życie **1 stycznia 2010 roku**.





Jarosław Wanecki

TWARZE NIL

W ciągu ostatnich 100 lat zmieniały się nie tylko ustawy o izbach lekarskich, ale także ordynacje wyborcze, regulujące sposób wybierania przedstawicieli lekarzy i lekarzy dentyków w organach Naczelnej Izby Lekarskiej.

Niezależnie od sposobu wyboru, czy to poprzez głosowanie podczas obradującego wspólnie Krajowego Zjazdu Lekarzy, czy też z grona członków przedwojennej Naczelnej Izby Lekarskiej, na czele samorządu stali zawsze mężczyźni. Najpierw nazywano ich Naczelnikami lub zamiennie Przewodniczącymi, a od 1989 roku **Prezesami Naczelnej Rady Lekarskiej**. Dotychczas byli nimi: Jan Bączkiewicz¹ (1923-28), Witold Chodźko² (1929-34), Mieczysław Michałowicz³ (1935-40 i 1945-47), Jan Rutkiewicz⁴ (1947-50), Tadeusz Chruściel⁷ (1989-93), Krzysztof Madej⁸ (1993-2001), Konstanty Radziwiłł⁹ (2001-10), Maciej Hamankiewicz¹⁰ (2010-18) i obecnie Andrzej Matyja¹¹. W latach 1938-40 Julian Łączyński⁵ był pierwszym prezesem Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej. Po II wojnie światowej, aż do rozwiązania samorządu stomatologów funkcję tę przez krótkie okresy pełnili: Leon Walicki i Wiktor Perliński, których fotografii nie ma w archiwum NIL oraz Janusz Szajewski⁶.

Współczesna Naczelna Rada Lekarska liczy zgodnie z postanowieniami ustaw o izbach lekarskich z 1989 i 2009 roku, 75 członków, z których 24 jest prezesami okręgowych rad lekarskich. NRL wybiera 11-osobowe Prezydium, w skład którego wchodzi prezes, wiceprezesi i członkowie oraz sekretarz (nazywany przed wojną pisarzem NRL) i jego zastępca. We wszystkich organach samorządu lekarskiego zachowany jest parytet lekarzy i lekarzy dentyków. Pierwszym wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej jest lekarz dentyśta. Od 1993 roku funkcję tę pełnili: Andrzej Fortuna, Zbigniew Żak, Anna Lella, Agnieszka Ruchała-Tyszler, Leszek Dudziński, a obecnie Andrzej Cisko.

W pierwszej kadencji funkcję skarbnika objął orędownik wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy dentyków Włodzimierz Józefowicz.

Do 1950 roku **Rzecznik Dyscyplinarny** był powoływany przez przewodniczącego Sądu Lekarskiego (inaczej sądu zawodowego lub dyscyplinarnego), spośród grona sędziowskiego. W piśmiennictwie nie odnaleziono protokołów powołania rzeczników do 1948 roku. Możliwe, że była to funkcja rotacyjna. Jedynym znanym z literatury Rzecznikiem Dyscyplinarnym w powojennej Polsce był Wacław Chrzanowski. Od 1989 roku funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej pełnili kolejno: Stanisław Leszczyński (1989-97), Krystyna Rowecka-Trzebicka (1997-2006), Zbigniew Czernicki (2006-10), Jolanta Orłowska-Heitzman (2010-18) i obecnie Grzegorz Wrona. „Naczelnik”, jak potocznie jest nazywany NROZ, wybierany jest przez delegatów Krajowego Zjazdu Lekarzy i pełni funkcję jednoosobowo, a z jego upoważnienia działają wybierani także podczas KZL zastępcy.

W stuletniej tradycji samorządu Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu przewodniczyli: Adolf Kozerski, Stefan Hubicki, Wilhelm Czarnocki, Witold Zawadowski, Tadeusz Wencel (1989-93), Władysław Nasiłowski (1993-97), Romuald Krajewski (1997-2006), Jerzy Nosarzewski (2006-10), Wojciech Łacki (2010-18) i w VIII kadencji Jacek Miarka.

Przewodniczącymi Naczelnej Komisji Rewizyjnej od 1921 roku byli: Eugeniusz Wiszniewski, Michał Kurowski, Andrzej Bar, Kazimierz Bacia, Jarosław Zawiliński, Andrzej Morliński i obecnie Jolanta Orłowska-Heitzman.

Mimo że Krajowa Komisja Wyborcza powołana w 1993 roku nie należy do organów Naczelnej Izby Lekarskiej, jej przewodniczący są wymieniani w gronie najważniejszych przedstawicieli izb lekarskich. Byli nimi dotychczas tylko dwaj lekarze: Ładysław Nekanda-Trepka, a od 2018 roku Paweł Susłowski.

KODEKS DEONTOLOGII DENTYSTYCZNEJ

Art. 1.

Jesteś człowiekiem. Staraj się czynić dobrze dla dobra samego i poświęć część swego czasu dla ulżenia cierpieniom wydziedziczonych.

Art. 2.

Jako praktyk udoskonalaj się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia.

Art. 3.

Łącz się z kolegami zawodowymi dla ochrony i podniesienia swego zawodu. Nie pozostawaj sam, izolowany.

Art. 4.

Tajemnica, poświęcona ci, jest świętą. Nic nie może cię z niej zwolnić.

Art. 5.

Bądź łagodny z tymi, którzy cierpią. Pomagaj im. Ich interes góruje nad twoim.

Art. 6.

Powstrzymuj się od wszelkiej reklamy. Ona poniża praktyka i rzuca cień na cały zawód.

Art. 7.

Umiej żądać odpowiedniego wynagrodzenia od tych, którzy szukają twoich usług.

Art. 8.

Szanuj swych kolegów, jeśli chcesz, żeby oni cię respektowali. Bądź wstrzemięźliwy w krytyce, wypowiadaj ją tylko, jeżeli okoliczności do tego cię zmuszą.

Art. 9.

Otoczaj się higieną i komfortem. Nie nadużywaj swych sił. Przemęczenie szkodzi zarówno temu, który je wywołuje, jak temu, który mu się oddaje.

Art. 10.

Nie dozwól, by żaden człowiek niegodny wszedł do zawodu i wykonywał go. Kochaj swój zawód. Dbaj o to, by go szanowano.

II Zjazd Naukowy Lekarzy Dentystów
Sekcja Stomatologiczna
XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich,
Warszawa, lipiec 1925



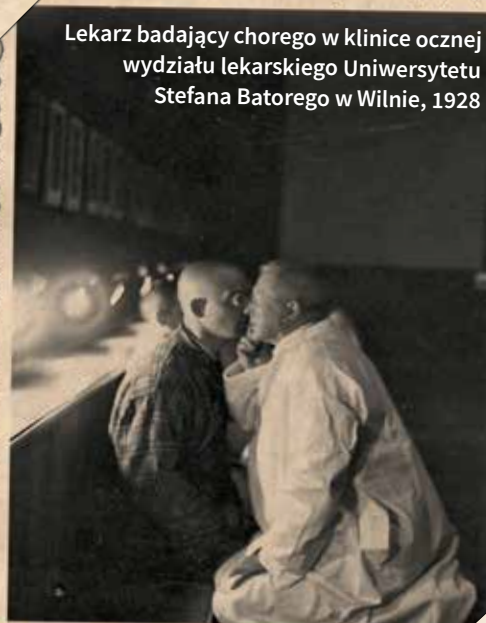
Polskie kodeksy deontologii i etyki lekarskiej

1. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”, Władysław Biegański, Warszawa 1899, reprint Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.
2. Kodeks Lekarski – zbiór ustaw i rozporządzeń wraz z Kodeksem Etyki Lekarskiej uchwalonym przez Naczelną Radę Lekarską w 1935 roku
3. Zbiór zasad deontologicznych polskiego lekarza, Polskie Towarzystwo Lekarskie, 1978
4. Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony podczas II Krajowego Zjazdu Lekarzy w Bielsku-Białej, 1991
5. Wydanie kieszonkowe Kodeksu Etyki Lekarskiej (wielokrotne wydania 1992-2016)
6. Wydanie limitowane Kodeksu Etyki Lekarskiej z okazji 25. rocznicy uchwalenia, zawierające tekst przyjęty podczas VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu w 2004 roku, Naczelna Izba Lekarska, 2017



Gabinet dentystyczny
w Klasztorze Franciszkanów
w Niepokalanowie,
lata 20 XX w.

foto: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Lekarz badający chorego w klinice ocznej
wydziału lekarskiego Uniwersytetu
Stefana Batorego w Wilnie, 1928

foto: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Stuletni album...



Dr Janina Czekalska prowadzi obchód lekarski podczas
strajku studentów Akademii Medycznej w Łodzi, 1981



Koncert chórów i orkiestr lekarskich, IX Kongres Polonii
Medycznej w Warszawie, Teatr Narodowy, 2016

foto: Archiwum Komisji Kultury NRL

foto: Archiwum Naczelnej Izby Lekarskiej



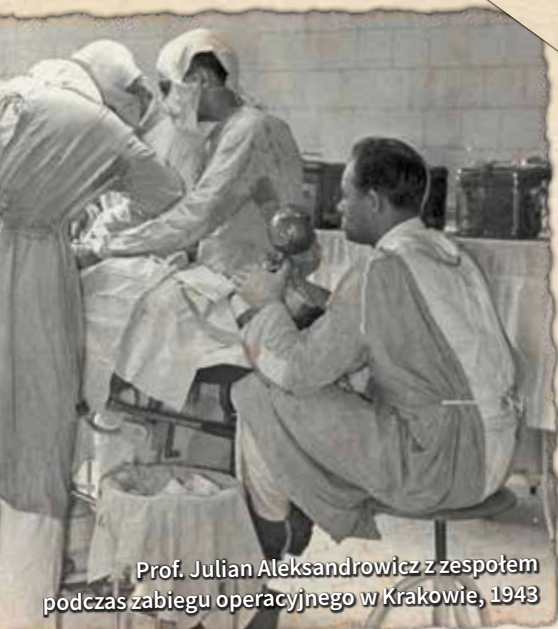


foto: Narodowe Archiwum Cyfrowe

Prof. Julian Aleksandrowicz z zespołem podczas zabiegu operacyjnego w Krakowie, 1943



foto: Archiwum Jaroslawa Waneckiego

Porwana w 1970 roku i nigdy nie odnaleziona pediatra Stefania Kamińska w przychodni miejskiej w Płocku, 1968

foto: Archiwum Marka Janaszkiwicz



foto: Krzysztof Miller / Agencja Wyborcza.pl

Prof. Zbigniew Religa na sali operacyjnej, Zabrze, 1991



foto: Marek Stankiewicz

Jeden z licznych w latach 1990-2021 ulicznych protestów lekarskich, Warszawa, 2007



Gala 30-lecia izb lekarskich w Polsce z udziałem najwyższych władz państwowych, Teatr Polski, grudzień 2019



foto: Iwona Burdzanowska/Naczelna Izba Lekarska

Szpital covidowy, Lublin, 2021



Krzysztof Madej

ORDER ORŁA BIAŁEGO

Odnaczenie przedziwne. Sama nazwa zatrzymuje doraźne – często niestety polityczne – emocje i budzi odruchowy, statyczny szacunek.

Przede wszystkim jest to wyróżnienie niestopniowalne. Albo jesteś wielkim, albo nie. Nie ma w przypadku tego odznaczenia sytuacji, że jesteś zasłużonym w zakresie III klasy orderu albo jesteś bohaterem na miarę krzyża V klasy (mankamentem jest to, że odznaczenia wyższej rangi otrzymuje się zazwyczaj, gdy ma się już odznaczenia niższej, ale to już jest ta ludzka słabość, że w życiu zbiorowym i społecznym szukamy hierarchii i je usilnie wytwarzamy). Tylko świętym można zostać od razu, np. podnosząc się z nizin bytu do chwały ołtarzy (o przepraszam, zapomniałem! – bywa jeszcze etap pośredni: błogosławiony). Zatem Order Orła Białego połowicznie przypomina mechanizm kanonizacji.

To bardzo polskie odznaczenie (pomijam nawiązanie do godła narodowego) i bardzo współgra ono z historią Polski. Odnaczenie to ustanowione zostało przez obcokrajowca i nadawane było zarówno przez królów z Zachodu, jak i carów ze Wschodu, bo akurat załatwiali swoje interesy w Polsce. Bywało, że nadawane było nie za zasługi dla państwa i narodu, tylko za zasługi dla obcego władcy, a był też i taki czas, że order ten można było po prostu kupić.

Polska to kraj, przez który – z racji naszego położenia – co chwila ze wschodu na zachód i z powrotem oraz z północy na południe przesuwają się fronty szermierzy światowej polityki, którzy walczyli w swoich, a nie naszych, sprawach. Po drodze ci wojujący na naszej ziemi o swoje interesy:

niszczyli, co chcieli; mordowali, kogo chcieli; i grabili, co im się wydawało, że warto było zagrabzić. Resztę też często niszczyli, bo po co ma tu pozostawać coś, co nie jest ich. Do nas należało, jeśli chcieliśmy pozostać na swoim miejscu, posprzątać zniszczenia, odbudować ruiny, odrobić straty biologiczne, odtworzyć zasoby kultury. Polska w krótkich momentach historycznych, kiedy odzyskiwała swoją wolność, odzyskiwała także swój Order Orła Białego.

Czy lekarz może równać się w tych zasługach ze zwycięskim wodzem czy choćby politykiem, który bez względu, czy był zwycięski, czy niekoniecznie, ale konsekwentnie działał w interesie rodzimym, albo był na przykład twórcą kultury? W czasie konfliktu zbrojnego liczy się sprawność militarna, a w czasie pokoju kreatywność w dziele tworzenia (odtworzenia) państwa i jego instytucji, i wzbogacaniu zasobów świadomości zbiorowej, czyli tworzeniu dóbr kultury.

Okazuje się, na przykładzie naszych kolegów i koleżanek lekarzy, ozdobionych Orłem Białym, że może, bo medycyna naukowa i społeczna, jak każda myśl i działalność twórcza, wpisuje się w interes państwa. A jeśli dodać do tego, że medycyna jest także sztuką, to tym bardziej może.

Pytanie tylko, czy gdy medycyna przestanie już być również sztuką, to czy order ten w dalszym ciągu nadawany będzie lekarzom? Nie daj Boże, aby był nadawany lekarzom-politykom, zasłużonym tylko dla jakiejś przyszłej władzy.

Dotychczas odznaczonymi Orderem Orła Białego lekarzami w latach 1921-2021 byli: Marek Edelman¹, Zbigniew Religa², Wanda Półtawska³, Mieczysław Choraży⁴, Hilary Koprowski⁵, Ryszard Gryglewski⁶, Grażyna Świątecka⁷, Andrzej Kułakowski⁸, Janusz Korczak⁹ i Franciszek Kokot¹⁰.

foto: archiwum prywatne/autor nieznany/Lech Polcyn/CC BY 3.0/Gazeta Lekarska, Mariusz Kubik, mariuszkubik.pl/CC BY 3.0/Mariusz Tomczak

POMNIK, KTÓREGO NIE MA

W Warszawie, tuż przed wybuchem II wojny światowej, miał stanąć Pomnik Lekarza. Pomysłodawcy, a byli nimi wysocy rangą lekarze wojskowi, chcieli, aby upamiętniał on „członków służby zdrowia poległych za ojczyznę”. Z takim zamówieniem zwrócili się do znakomitego rzeźbiarza, profesora ASP w Krakowie, Edwarda Wittiga.

W 1927 roku na czele komitetu organizacyjnego stanął gen. dr Stefan Hubicki, wówczas komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, która mieściła się w Warszawie, na Jazdowie, obok zamku ujazdowskiego. Zamierzeniu patronował gen. dr Stanisław Roupert, szef departamentu służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych. Kiedy w 1930 roku Hołubicki został ministrem pracy i opieki społecznej, jego funkcję w Komitecie budowy przejął inny lekarz w mundurze, gen. dr Jan Kołłątaj-Strzednicki.

Pomnik – od projektu po odlew i cokół – miał powstać w całości ze składek pracowników wojskowej służby zdrowia, którzy w 1927 roku zadeklarowali na ten cel 0,5 proc. poborów miesięcznych. Od początku ideę pomnika wsparły izby lekarskie, które zadeklarowały jednorazowe wpłaty na jego wzniesienie. Na tej pierwszej fali społecznego entuzjazmu zebrano 81 465 zł. Ówczesny kosztorys, który uwzględniał całość robót rzeźbiarskich oraz granitowy cokół i otoczenie (wstępną lokalizacją był pl. Starynkiewicza), opiewał na ok. 300 000 zł. Wtedy do wsparcia finansowego wezwwały wszystkich pracowników służby zdrowia izby lekarskie. W ciągu dwóch lat konto budowy powiększyło się do kwoty 220 000 zł, co starczało na pokrycie honorarium prof. Wittiga oraz na odlew w brązie. W 1937 roku gipsowy model trafił do krakowskiej giserni mistrza odlewnika Piotra Seipa. Później nastąpiła cisza. Dzisiaj nie ma śladu po dziele Wittiga! O jego losach nie wiedzą nic pracownicy Muzeum Narodowego w Krakowie. Rzeźba nie jest także notowana w zbiorach Muzeum Wojska Polskiego w Warszawie. Nie wspominają o nim katalogi strat wojennych kultury polskiej.

To nie zniechęcenie organizatorów i nie brak funduszy zdecydował o poniechaniu idei odsłonięcia pomnika. Na horyzoncie politycznym pojawiła się groźba wojny w Europie. Potrzebna była broń. Od połowy 1936 roku lekarze uczestniczyli w zbiórce pieniędzy na zakup samolotu sanitarnego.

Po pierwszej publikacji tekstu „Pomnik, którego nie ma” Zygmunta Wiśniewskiego w „Gazecie Lekarskiej” (10/2006) redakcja otrzymała list z Krakowa od pana Romana Kalicińskiego, który opisał dalsze losy odlewu:

„O pomniku dowiedziałem się już bardzo dawno, bo około 64 lat temu. W 1943 roku, po ukończeniu szkoły zawodowej, dostałem nakaz pracy do małej niemieckiej firmy na

terenie Krakowa w dzielnicy Podgórze. Jedną z pierwszych prac, do jakich mnie skierowano, było sortowanie złomu na złomowisku metali przy ul. Romanowicza (nieдалеко fabryki Schindlera). Na tym złomowisku zobaczyłem wiele małych fragmentów – części jakiegoś pomnika. Zainteresowało mnie to bardzo, bo był to okres burzenia wielu polskich pomników. Zapytany przeze mnie stary polski pracownik tego złomowiska powiedział, że był to pomnik sanitariusza przywieziony z Warszawy.

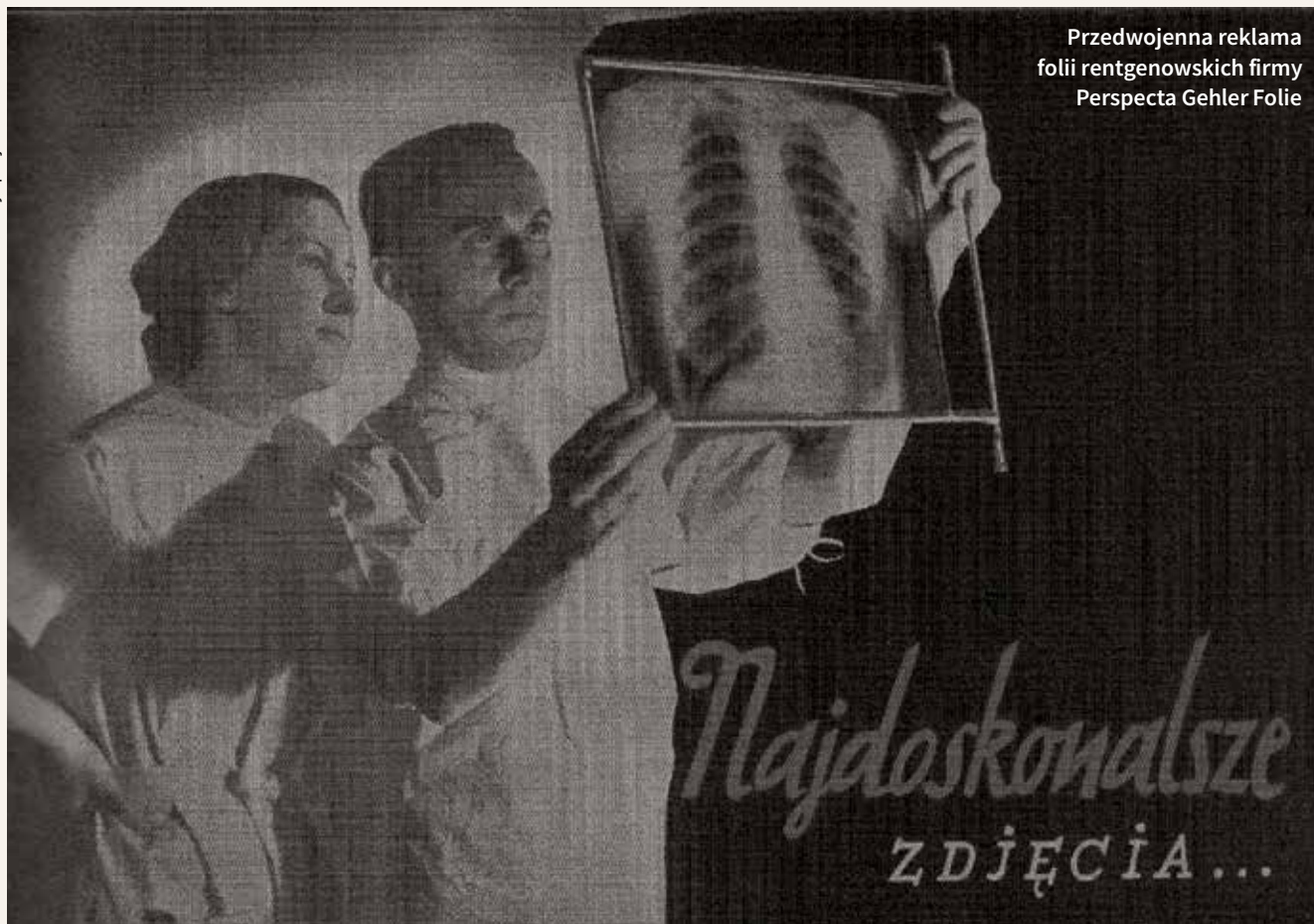
Pamiętam, że bardzo wtedy zdziwiłem się, dlaczego Niemcy przywieźli pomnik z Warszawy do Krakowa. Tak to już w mojej pamięci zostało, bo oczywiście wtedy historii pomnika nie znałem. Teraz chyba sprawa się wyjaśniała, jeżeli przyjąć, że pomnik nie wyjechał z Krakowa”.



domena publiczna

Edward Wittig w swojej krakowskiej pracowni kończy prace nad pomnikiem lekarza

Przedwojenna reklama
folii rentgenowskich firmy
Perspecta Gehler Folie



Ryszard Golański

REKLAMA I MEDYCyna

Choroby różnego rodzaju towarzyszą ludziom od zawsze. Od chwili funkcjonowania człowieka rozumnego szukano sposobów, aby pomóc współbratymcom w cierpieniu. Nie będzie przesadą stwierdzenie, że sztuka medyczna jest tak stara jak ludzkość. Aby uzyskać pomoc, chory osobnik musiał wiedzieć, do kogo się udać.

Źródła informacji o osobach znających sposoby uśmierzenia bólu i leczenia rozmaitych dolegliwości zmieniały się w ciągu tysiącleci. Najlepiej zawsze mieli ci najbogatsi. Wodzowie plemienni mieli własnych szamanów. Faraonowie, królowie i inni władcy mieli swoich nadwornych medyków. Wśród pospółstwa rodzina i sąsiedzi wskazywali możliwości leczenia.

Sytuacja zmieniła się z chwilą powstania mediów. Źródłem informacji stała się najpierw prasa, potem radio, następnie telewizja, a w ostatnich dziesięcioleciach internet. Z chwilą, kiedy w mediach zaczęły się ukazywać informacje o usługach medycznych, rozpoczęły się dyskusje, jakie są granice informowania. W wieku XIX popularne stało się reklamowanie przez lekarzy swoich usług. Oprócz informacji o miejscu, w którym lekarz przyjmuje oraz o godzinach

przyjęć, pojawiały się informacje dodatkowe, które miały zachęcić pacjenta do szukania pomocy u tego właśnie doktora. Takie postępowanie od początku budziło wątpliwości natury etycznej.

Na przełomie XIX i XX stulecia rozpoczęto prace nad zasadami reklamowania się lekarzy. Osobnym tematem, aktualnym do dzisiaj, było reklamowanie leków i sprzętu medycznego. W II Rzeczypospolitej opracowano przepisy prawne regulujące te sprawy, a nadzór nad reklamami lekarzy powierzono izbom lekarskim. W Polsce znaczące zasługi w tej kwestii położył prof. Olgierd Langer, który we Lwowie prowadził cykl wykładów poświęconych reklamie, a w roku 1927 ukazał się jego podręcznik „Zasady ogłoszania”. W tamtym czasie producenci sprzętu medycznego kierowali swoje reklamy głównie do indywidualnych lekarzy, aby wyposażyli swój gabinet.

O pacjentów zabiegali na różne sposoby lekarze i lekarze dentyści. Lucyna Krysiak w „Gazecie Lekarskiej” 6/2020 pisała: „Reklama dentyścyczna w okresie międzywojennym nie rządziła się żadnymi prawami. Wprawdzie powołany w 1938 r. samorząd lekarzy dentyistów chciał te sprawy

uporządkować i wprowadzić odpowiednie przepisy, które określałyby, co jest dozwolone, a co nie, ale wojna przerwała te plany. Często reklama była używana wymiennie z ogłoszeniem, miała charakter dwuznaczny i wybiegała poza jakiegokolwiek ramy deontologii”. Podobnie było z reklamowaniem się lekarzy. Było coraz mniej pacjentów, którzy decydowali się na leczenie w gabinetach prywatnych, bo wybierali placówki finansowane przez ubezpieczalnie – Kasy Chorych.

Cel reklamy zawsze był ten sam. Producentowi sprzętu zależało i nadal zależy na zwabieniu potencjalnego nabywcy. Przez lata zakupy sprzętu były domeną placówek publicznych. Obecnie coraz lepiej są wyposażone gabinety prywatne. Adresatem reklamy jest ponownie indywidualny lekarz. Osobnym tematem są reklamy leków i sposoby dotarcia przez ich producentów do lekarzy i pacjentów. Często w reklamach wyrobów medycznych występują osoby udające lekarzy, bo osoba w białym kitlu jest bardziej wiarygodna. Różne były sposoby wpływania na lekarzy, aby na receptę znalazł się konkretny preparat.

Art. 66. pkt. 4 KEL Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji...

Zgodnie z aktualnymi przepisami obowiązuje w Polsce zakaz reklamy usług medycznych i leków. Podstawowe przepisy są zawarte w Ustawie o działalności leczniczej (art. 14 ust. 1), Kodeksie cywilnym, Kodeksie wykroczeń i Ustawie o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 63 mówi: „1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. 2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów reklamowych”. Uchwała nr 29/11/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2011 roku w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyków świadczeń zdrowotnych precyzyjnie określa, w jaki sposób lekarz i lekarz dentysta może informować o swojej praktyce.

Lekarze i placówki medyczne mogą informować o zakresie i rodzajach swoich usług. Treść i forma tych informacji nie mogą jednak mieć cech reklamy. Niedozwolona reklama lekarza lub placówki jest traktowana jako czyn nieuczciwej konkurencji i może stanowić wykroczenie. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że granica między informacją, a niedozwoloną reklamą jest płynna. Pamiętać należy o tym, jak ważna dla pacjenta bywa informacja o lekarzu, który może mu pomóc w jego chorobie. Dostęp do takiej informacji to prawo pacjenta. Przepisy i wynikające z ich łamanie konsekwencje to jedna sprawa, ale chęć pozyskania pacjentów, i idące za tym przychody, nie powinny przesłaniać lekarzom zasad etycznych.



Rekonstrukcja reklamy firmy Ludwik Spiess i syn.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne „Ludwik Spiess i Syn. Sp. Akc. – Warszawa” to przedsiębiorstwo farmaceutyczne założone przez aptekarzy, działające w latach 1823-1944, którego zakłady produkcyjne mieściły się we wsi Tarchomin. W trzeciej dekadzie XX wieku spółka stała się największym krajowym producentem farmaceutyków i kosmetyków. Było to możliwe dzięki silnemu dokapitalizowaniu przez akcjonariat francuski. W 1937 roku oferta zakładu obejmowała 220 produktów, a wartość obrotów przekraczała 7 mln zł. Po nacjonalizacji (1945), na kanwie zniszczonego w czasie wojny przedsiębiorstwa utworzono Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”, które jako pierwsze w Polsce produkowały penicylinę i insulinę.



Jarostaw Wanecki

DAR PAMIĘCI

„Sto dat, sto spraw wciąga nas...”, a wszechogarniająca nie-pamięć staje się znakiem pośpiesznych czasów. Dlatego, jakby na przekór, odwiedzam groby mistrzów w zawodzie i przyjaciół po fachu.

Kogo zapamiętaliśmy? Czy wspomnienia są wyłącznie życzliwą modlitwą, a może raczej przemilczeniem złych chwil i wymazywaniem prawd, że każdy jest tylko człowiekiem, nie bogiem medycyny. Przecież nie raz, nie dwa, za strzelistymi życiorysami chowają się demony przeszłości, wstyd zachowań, hańba kłamstw, zdrada zasad i brak etyki na co dzień. Wszak historycy powinni zapisywać nie tylko blaski, ale także cienie zawodów lekarskich. Wówczas dopiero otrzymujemy pełną sekwencję zdarzeń: powodzeń i porażek osób, cudownych odkryć, bogatego piśmiennictwa, naukowych tytułów i eponimów przypisywanych do jednostek chorobowych rozpoznawanych u pacjentów. Oczywiście nie ma na takie gadanie miejsca podczas pogrzebowych uroczystości. Dobrze jednak, gdy wielowymiarowy obraz pojawia się, z biegiem lat, dni, anegdot, dokumentów i biografii. Próbuje je z całej mocy koloryzować, patynować i stawiać na postumentach dobrej sławy. Dzięki temu wielokrotnie zamiast pogłębionej refleksji, osiągamy modną współcześnie gloryfikację sukcesów w polityce historycznej. Nasi przodkowie byli idealni. Tacy będziemy i my.

Kto wspomni cokolwiek o nas? W konduktach żałobnych coraz mniej jest tych, którzy kojarzą Panią Doktor i Pana Doktora z pracy zawodowej. Długowieczność wyrwana śmierci przez medycynę skazała seniorów na infamię kolejnego pokolenia. Nie żegna ich dyrektor-menedżer ani ordynator, który spadł do oddziału znikąd i nie wie, jak to tam było po kolei. W ostatnią drogę wybierają się już tylko ci, co zostali, i najbliższa rodzina. Nikt nie wyrwa się na ambonę do przemówień, by dać świadectwo uzdrowicielskich mocy koleżanki czy kolegi i nawet

ksiądz, samymi tylko ogólnikami opisuje, jakim fajnym lekarzem był zmarły. No bo jaki mógł być, skoro wykonywał tak piękny i szanowany przez wszystkich zawód?

Inaczej jest, gdy umiera ktoś relatywnie młody, znany z korytarzy szpitalnych, lekarskich pokoi, sal operacyjnych, pracy ambulatoryjnej czy gabinetu stomatologicznego. Podobnie bywa, ale już przecież nie zawsze, z profesorami medycyny, szefami klinik i oddziałów, starymi nauczycielami akademickimi, zasłużonymi pionierami metod i specjalizacji. Wówczas ustawia się kolejka

„Wspomnienie jest formą spotkania”.

Khalil Gibran

mówców, a stos wieńców pokrywa świeżą mogiłę. Szczerść tej pielgrzymki najlepiej widać po kilku dekadach, gdy już nikt, poza społecznymi komitetami rewitalizacji cmentarzy, nie pamięta o zapaleniu świeczki, położeniu kwiatka lub kamienia. Bywa, że grosz do puszki i izbowa dotacja odnawia pomnik lekarza, podnosząc rangę miejskiej nekropolii.

Dzięki literom wykutym w marmurach i odlanym z brązu nasza pamięć o tych, którzy odeszli podczas wojen i pandemii, może być od czasu do czasu, choćby na małą chwilę przywrócona. Tysiącrotnie więcej jest jednak pojedynczych kwater z napisem: lekarz, lekarz dentysta, specjalista tej czy innej dziedziny, profesor, a nawet **doktor**. Każda i każdy z nich zasługuje, nie tylko z okazji okrągłych rocznic, na ciche wspomnienie, symboliczne zatrzymanie się, modlitwę i medytację.



Wiesław Jędrzejczak

internista, hematolog, transplantolog, onkolog,
współtwórca KEL i publicysta

44 Dlaczego specjaliści nie są holistykami?

Dlatego, że w samym pytaniu kryje się sprzeczność.

Albo patrzymy na całość i zwykle musimy to robić z pewnej odległości, aby ją ogarnąć, ale wtedy nie dostrzegamy szczegółów. Albo zajmujemy się coraz drobniejszymi szczegółami, ale wpa-
trując się w nie z bliska, nie mamy szans objąć wzrokiem całości.

Oczywiście lekarz musi w jakiś sposób łączyć te dwa punkty widzenia, gdyż musi zajmować się nie tylko chorobą, ale także człowiekiem, który jest nią dotknięty. W pierwszej roli jest głównie specjalistą, w drugiej holistyką. To, jak takie połączenie się udaje, zależy już od indywidualnych predyspozycji, talentu i chęci. Nie jest to łatwe, ale każdy z nas musi próbować.



Anna Lella

lekarz dentyista, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby
Lekarskiej, Światowa Federacja Stomatologiczna (FDI)

45 Ile lekarza jest w lekarzu dentyście?

100 procent. Taka odpowiedź może śmiało paść dziś, choć nie zawsze tak było.

Większość stomatologów to aktywni zabiegowcy, z bezpośrednim kontaktem z pacjentem, z niezbędną wiedzą ogólnomedyczną i praktycznie stosowanym pakietem kompetencji miękkich. Lekarz dentyista jest lekarzem, od którego wiedzy i umiejętności zależy nie tylko stan uzębienia, ale i szeroko pojęty dobrostan jego podopiecznych. Holistyczne podejście do zdrowia jest dziś szczególnym wyzwaniem w dobie rozdrobnienia medycyny do wąskich specjalizacji, dynamicznie rozwijających się nauk podstawowych i nowych technologii. Zdrowie jamy ustnej jest wskazywane jako determinanta zdrowia ogólnego i jakości życia. Dostrzega się również, jak ważną rolę w opiece zdrowotnej odgrywa lekarz dentyista. Często określa się go jako lekarza pierwszego kontaktu w wykrywaniu innych schorzeń manifestujących się w jamie ustnej.

Obraz stomatologów w Europie jest wciąż zróżnicowany, pomimo prób coraz większego ujednoczenia. Na forach międzynarodowych od lat mówi się, aby jeszcze bardziej medycznie ukierunkować kształcenie lekarzy dentyistów. Prezes Światowej

Federacji Dentystycznej FDI, Gerhard Seeberger, wielokrotnie podkreślał, że rozdzielanie stomatologii i medycyny było historycznym błędem.

Jak wiadomo, w Polsce omawiana kwestia nie jest niczym nowym. Program studiów stomatologicznych tradycyjnie uwzględniał w dużym stopniu przedmioty ogólnomedyczne.

O obecny status zawodowy stomatologów aktywnie zabiegali nasi mistrzowie. Wizjoner prof. Antoni Cieszyński już w 1923 roku składał wnioski, aby dentyista weszła w system nauczania medycyny ogólnej, że przyszły lekarz dentyista powinien kończyć studia medyczne na tych samych warunkach co lekarz. Pod przewodnictwem profesora stomatologia polska weszła na drogę integracji z naukami medycznymi.

Postulaty te zapadły w sercu prof. Włodzimierzowi Józefowiczowi, drugiemu po prof. Cieszyńskim autorytetowi, który przekonany o konieczności kształcenia ogólnomedycznego studentów stomatologii, był zarazem gorącym orędownikiem połączenia dwóch środowisk oraz zrównania praw i obowiązków lekarzy stomatologów oraz lekarzy. To jemu zawdzięczamy wspólny samorząd w obecnym kształcie.



Krzysztof Bukiel

internista, lekarz rodzinny, przewodniczący
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

46 Do czego są potrzebne związki zawodowe?

Związki są potrzebne do obrony odpowiednich warunków pracy i płacy pracowników lub do walki o nie. Czy są potrzebne lekarzom? To zależy od ustroju publicznego systemu ochrony zdrowia.

Jeżeli ustrój opiera się na mechanizmach rynkowych, to możliwe jest funkcjonowanie lekarza jako zawodu wolnego, który umawia się sam z dyrektorem lub właścicielem placówki medycznej w sprawie warunków zatrudnienia. Dyrektorowi zależy, aby wynagrodzenie lekarza było sprawiedliwe, bo – gdy konkuruje on z innymi podmiotami leczniczymi – chce, aby jego lekarze byli dobrzy, aby świadczyli usługi odpowiedniej jakości. Jeżeli jego koszty z tego powodu wzrosną, to podniesie on ceny za swoje usługi. W Polsce takiego systemu nie ma. Jest jego namiastka, której przejawem są tzw. kontrakty lekarskie, ale jest to karykatura systemu rynkowego. Jeżeli lekarzom udaje się wynegocjować niezłe warunki płacowe takich kontraktów, to tylko dzięki ogromnemu deficytowi lekarzy w Polsce, a dyrektorzy płacą za to zadłużaniem swoich szpitali.

W systemach publicznej ochrony zdrowia, w których płace są regulowane przez państwo, prawo zwykle przewiduje udział związków zawodowych lekarzy w ustalaniu poziomu płac. W Polsce tego nie ma, mimo że państwo ustala wszystkie najważniejsze czynniki determinujące wysokość pensji lekarskich. W Polsce jest dziwaczna hybryda różnych rozwiązań, na co nakłada się

dziedzictwo „komuny”, że pensje lekarzy w publicznych placówkach powinny być niskie, bo lekarze „sobie dorobią”. Znakomitym tego przykładem jest ustawa o płacach minimalnych w podmiotach leczniczych, w której przewidziano dla lekarza specjalisty pensję w wysokości 1,31 „średniej krajowej”.

Dlatego – niestety – związek zawodowy lekarzy jest jeszcze w Polsce potrzebny. Musi prowadzić działania na szczeblu krajowym o odpowiednie mechanizmy wynagradzania lekarzy: albo mechanizmy rynkowe, w którym lekarz będzie zawodem wolnym, albo o odpowiedni poziom płac gwarantowanych w systemie etatystycznym. Związek zawodowy lekarzy jest też potrzebny w zakładzie pracy, aby zorganizować lekarzy do „walki” o lepsze wynagrodzenia na tym poziomie. Niekiedy bowiem wzrost pensji jest możliwy, ale wymaga to wspólnego działania wszystkich lekarzy.



Zbigniew Brzezina

chirurg dziecięcy, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie

Czy leczenie szpitalne ma sens?

Pytanie z jednej strony retoryczne, z drugiej przewrotne. Parafrazując Winstona Churchilla, można powiedzieć, że lecznictwo szpitalne to nie najlepszy system, ale nie wymyślono nic lepszego.

Pacjent zostaje wyrwany ze swych „domowych pieleszy” i musi się zmierzyć z mało komfortową sytuacją. Jednak dziś nagromadzenie specjalistów i sprzętu medycznego w szpitalach jest takie, że z punktu widzenia logistycznego i ekonomicznego trudno wyobrazić sobie inną organizację leczenia, a jeśli już, stać by na nią było tylko najbogatszych.

Z drugiej strony – historia szpitalnictwa nie jest długa – co prawda znane były już w starożytnym Egipcie „domy życia”, a także valetudinaria budowane przez Rzymian, które miały formę zbliżoną do dzisiejszych szpitali. Zapoczątkowana w krajach arabskich idea opieki szpitalnej, przeniesiona na grunt europejski przez krzyżowców, rozwijana była przez zakony w formie przypominającej bardziej dzisiejsze hospicja, a nie miejsca leczenia chorych. Początki szpitalnictwa, które znamy w obecnej formie, sięgają zaledwie ostatnich lat XIX wieku.

W Polsce obecna polityka zdrowotna państwa nie zachęca finansowo do tworzenia ośrodków wysokospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej, które mogłyby zastąpić w dużej części lecznictwo szpitalne. Drugim problemem są szpitalne oddziały ratunkowe, w których jak w soczewce odbija się niewydolność systemu, co powoduje, że leczenie w tych oddziałach jest nadużywane. Dlatego idea najdroższego leczenia szpitalnego w Polsce ma się dobrze, choć z powodu niewystarczających finansów szpitale się zadłużają.

Rezygnacja z leczenia szpitalnego dziś i w przyszłości nie jest możliwa. Nie znam alternatywnej formy opieki nad chorymi w sytuacjach nagłych. Zmiany systemowe na bardziej przyjazne dla pacjenta należałoby zacząć od zmiany mentalności społeczeństwa, które musiałoby zrozumieć potrzebę prozdrowotnych zachowań i profilaktyki. W konsekwencji mogłoby to przyczynić się do zmniejszenia hospitalizacji do tych niezbędnych.



Jacek Krajewski

lekarz rodzinny, szef Porozumienia Zielonogórskiego

Czy POZ oderwał się od rzeczywistości?

Pytanie jest prowokacyjne i skłania do nieco głębszej refleksji dotyczącej nie tylko POZ, ale w ogóle systemu ochrony zdrowia. Warto zatem zdefiniować także otaczającą nas rzeczywistość.

Przed wprowadzeniem w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku podstawowa opieka zdrowotna funkcjonowała w postaci przychodni rozsianych na obszarze działania zespołów opieki zdrowotnej. Głównym miejscem pracy większości lekarzy tam zatrudnianych były szpitale. Kilka godzin poświęcanych na pracę w POZ nie znaczyło wiele, w porównaniu do czasu spędzanego na oddziałach i dyżurach.

Zmiana nastąpiła w momencie, kiedy w Polsce zlikwidowano ZOZ-y, a pierwsi lekarze rodzinni otworzyli swoje praktyki. Podstawowa opieka zdrowotna stała się fundamentem systemu ochrony zdrowia i rozpoczęła się jego transformacja.

Nowy płatnik, jakim stały się Kasy Chorych, upodmiotowił placówki POZ, kontraktując świadczenia w tym zakresie z każdym podmiotem z osobna. To spowodowało, że duża część lekarzy, którzy do tej pory pracowali w szpitalach i w przychodniach, zdecydowała zatrudnić się na pełnym etacie w POZ. Do tego dołączyła grupa specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej,

Od 1950 roku, włączając w to prawo UE, wyróżniono w Polsce 984 kodyfikacje specjalizacji lekarskich i dentystrycznych, które zgrupowano w 94 działach specjalizacji.

specjalizacji utworzonej w 1994 roku. Moment ten podzielił lekarzy na pracowników i pracodawców w systemie ochrony zdrowia. Ci, którzy wyszli ze starych struktur, podjęli ryzyko działalności gospodarczej na własny rachunek, rezygnując z managementu zapewnianego przez dyrekcje różnych placówek leczniczych, w których do tej pory pracowali. Reszta pozostała w dotychczasowym układzie, co wpłynęło także na ich sposób postrzegania rzeczywistości.

Najbardziej przedsiębiorczy lekarze wzięli sprawy w swoje ręce. Wielu z nich trafiło do podstawowej opieki zdrowotnej i to właśnie ta grupa odpowiada za istotną autonomię tego segmentu systemu ochrony zdrowia, nie tylko wpisując się w realia, ale przede wszystkim dążąc do ich pozytywnej zmiany.



Marek Szewczyński
radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej

Dlaczego lekarze emigrują?

Pytanie stare jak świat, na które jest również stara jak świat odpowiedź: w poszukiwaniu lepszego życia w sytuacji, gdy sobie uświadomiamy, że we własnej ojczyźnie nie mamy na to możliwości. Zwykle jako główną przyczynę emigracji wskazuje się kwestie finansowe, chociaż w wielu przypadkach motywacja emigrantów jest chyba trochę bardziej złożona.

Obecnie często widać, że powodem emigracji lekarzy są nie tyle finanse, co dążenie do lepszych warunków pracy bądź możliwości rozwoju zawodowego czy nawet potrzeba poznawania świata i innych ludzi.

Z punktu widzenia prawnika nie sposób nie dostrzec, że obecne regulacje prawne znacznie ułatwiają osobom wykonującym zawód lekarza albo lekarza dentystry podejmowanie pracy za granicą, szczególnie w ramach Unii Europejskiej i państw z nią, w taki czy inny sposób, stowarzyszonych.

Uprawnienia wynikające z prawa UE – w szczególności swobody przepływu osób, obejmującej dostęp do rynków pracy w innych państwach UE, i zasady równego traktowania w wielu aspektach życia bez względu na obywatelstwo, uzupełnionych w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystry unijnym systemem automatycznego uznawania kwalifikacji – znacznie polepszają sytuację prawną lekarzy decydujących się na podjęcie pracy za granicą. Choć można mieć czasem wrażenie, że niektórzy tego aspektu UE nie dostrzegają albo zdążyli już o tym zapomnieć.

Jeśli dodać do tego fakt, że w żadnym państwie europejskim nie brakuje w zasadzie miejsc pracy dla lekarzy, można powiedzieć, że emigracja jest równie prosta, a może i prostsza, niż zmiana miejsca zamieszkania i pracy we własnym państwie. Aktualne możliwości komunikowania się i podróżowania (okres pandemii jest, miejmy nadzieję, wyjątkiem od reguły) również temu sprzyjają.

Na szczęście, coraz częściej migracja ma charakter tymczasowy i wielu lekarzy po jakimś czasie wraca do Polski z nowymi doświadczeniami i kwalifikacjami.



Paweł Grzesiowski,
pediatra, specjalista ds. zakażeń szpitalnych
i szczeni, ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej

Czy lekarze są antyszczepionkowcami?

Pytanie jest inspirujące do przemyśleń, a odpowiedź tylko z pozoru prosta.

Z jednej strony jest oczywiste, że lekarze nie są przeciwnikami szczepień, bo największych odkryć w dziedzinie wakcynologii dokonali właśnie lekarze. Pionierem był Edward Jenner, który odkrył szczepionkę przeciw ospie prawdziwej, dalej Louis Pasteur, twórca szczepionki przeciw cholera i wąglikowi czy Albert Sabin, wynalazca szczepionki przeciwko polio. Wszyscy byli lekarzami. Wielu lekarzy wniosło wkład w odkrycie i wprowadzenie do powszechnego użycia innych szczepionek na przestrzeni ostatnich 220 lat. Bez lekarzy realizujących badania kliniczne nad nowymi szczepionkami, wakcynologia nie osiągnęłaby takiego poziomu rozwoju, jaki obserwujemy.

Populacyjne szczepienia uratowały miliardy istnień ludzkich, a są realizowane przez zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Obecna pandemia także jednoznacznie potwierdza, że lekarze są ważnym ogniwem łańcucha szczepień, co realizują w czynny sposób, także masowo przyjmując szczepienia. Według danych Ministerstwa Zdrowia z lipca 2021, 92 proc. lekarzy zaszczepiło się dwiema dawkami szczepionki przeciw COVID-19.

Trudno więc znaleźć argumenty potwierdzające, że lekarze są antyszczepionkowcami. A mimo to, od pierwszych szczepień wśród ich przeciwników pojawiali się lekarze. Pobudki ich działań były bardzo różne, począwszy od denialistów, którzy zaprzeczali istnieniu chorób zakaźnych, przez pseudonaukowców, którzy mieli własne pomysły na alternatywne metody zwalczania tych chorób, po przestępców dopuszczających się oszustw naukowych. Ikoną współczesnego ruchu antyszczepionkowego stał się pod koniec lat 90. XX wieku brytyjski chirurg, który opublikował w znanym czasopiśmie medycznym słynną pracę, opartą na sfalszowanych danych, o domniemanym wpływie szczepionki przeciw odrze, różyczce i śwince na autyzm. Dwadzieścia lat zajęto różnym grupom badawczym udowodnienie tego oszustwa i wycofanie publikacji z archiwów.

Jednym z efektów ubocznych pandemii koronawirusa jest silna polaryzacja środowiska lekarskiego. Szerząca się głównie dzięki mediom elektronicznym infodemia sprawia, że nieliczni lekarze, którzy mają poglądy antyszczepionkowe, są widocznymi i wpływowymi. Bardzo trudno temu przeciwdziałać, bo zwykle radzimy osobom, które mają wątpliwości, aby konsultowały się z... lekarzami.

Dlatego osoby z dyplomem lekarskim i treści przez nich rozpowszechniane, które podważają sens szczepień czy innych naukowo udowodnionych metod zwalczania chorób, powinny być jednoznacznie identyfikowane przez towarzystwa naukowe i izby lekarskie. Lekarze, którzy dezinformują z premedytacją, a co gorsza, nierzadko zarabiają na tym, powinni ponosić odpowiedzialność dyscyplinarną. Każdy lekarz, który rozpowszechnia nieprawdziwe informacje na temat szczepień czy pandemii, powinien wiedzieć o ryzyku zawieszenia lub utraty prawa wykonywania zawodu.



Paweł Sobieski
chirurg, zastępca przewodniczącej Naczelnej Komisji Rewizyjnej, prezes ORL w Płocku 2001-2009

51 Gdzie znikają pieniądze na zdrowie?

Od wielu lat słyszymy narzekania, jak bardzo zła jest opieka zdrowotna. Zgoda co do tego jest powszechna, ale czy na pewno jest to pogląd prawdziwy? Jak mawiał Seneka, „nie należy mylić rozpowszechnienia poglądów z ich prawdziwością”. Co znaczy zła lub dobra? Jakich parametrów użyć do oceny?

Weźmy za przykład słonia. Pytanie, czy słoń jest duży, należy doprecyzować – w porównaniu z czym? W porównaniu z człowiekiem słoń jest duży, ale przy wielorybie maleje. Bez zdefiniowania układu odniesienia ocena nie ma żadnego sensu. Jest to podstawowa wiedza z fizyki. Zatem zdanie, „polska służba zdrowia jest zła”, jest bezsensownym logicznym. Polska służba zdrowia jest zła w porównaniu do niemieckiej albo amerykańskiej. Jest także zła, gdy przymierzmy ją do naszych oczekiwań i aspiracji. Za to jest bardzo dobra w porównaniu do praktyki egipskiej albo ukraińskiej.

Do czego zatem należy porównać polską ochronę zdrowia? Najlepszą odpowiedzią jest odpowiedź najprostsza. Należy ją porównać do pieniędzy, które na nią wydajemy. Budżet NFZ jest jawny, więc znany. Od wielu lat co roku rośnie od 7 do 10 proc. Czyli zwiększenie środków nie jest wystarczającym warunkiem poprawy. Budżet NFZ w 2008 roku wynosił 49 mld, w 2010 – już 56 mld, a w 2021 – 103 mld. Wszystkie dane łatwo znaleźć w internecie. W porównaniu z Niemcami (budżet kas chorych to ok. 75 mld euro) mamy około 2,5 raza mniej pieniędzy na głowę obywatela. Nie można mieć mercedesa w cenie seicento. W ocenie samych Niemców polska służba zdrowia wykonuje 80 proc. świadczeń niemieckich, przypominam za 2,5-krotnie niższą stawkę. Nie może być więc mowy o niewydolności, a tym bardziej o totalnej niewydolności. Powstaje zatem podejrzenie, że w porównaniu do pieniędzy, które na nią wydajemy, polska służba zdrowia jest po prostu dobra.

Drugim mitem jest pogląd (zasadniczo wygłaszany przez polityków) o wycieku pieniędzy. Ponieważ „wyciekają”, to od

lat mamy ministrów „uszczelniających” system. Te porównania hydrauliczne potęgują wymowę wydarzeń. A ja się pytam, co, gdzie i w jakiej ilości wycieka? Jakoś nie mogę się doczekać odpowiedzi. Czy księgowi na spółkę z dyrektorami wynoszą gotówkę w walizkach? A może pielęgniarki kradną strzykawki, a lekarze lekarstwa? Czy prezes NFZ wyrzuca worki pieniędzy do Wisły? Odpowiedź ponownie jest prosta. Nic nigdzie nie wycieka, a więc reforma „uszczelniająca” jest z góry skazana na porażkę i dlatego się dotychczas nie udała i nie uda się nigdy. To jest jak leczenie pacjenta ze źle postawioną diagnozą. Szansa na sukces jest znikoma, a na tragedię duża. Niestety pacjent nie jest tylko jeden, bo potencjalnie wszyscy jesteśmy pacjentami.

Jak zatem powinna wyglądać reforma służby zdrowia. Po pierwsze, celem jej nie może być „wszystko dla wszystkich – quantum satis”, bo jest to cel kompletnie nierealny z powodu np. szczupłości budżetu, kadr, rosnących cen, szybkiego pojawiania się nowych, bardzo drogich technologii medycznych, nowych chorób. Nie ma zresztą takiego systemu nigdzie na świecie. W Arabii Saudyjskiej kilka lat temu wprowadzono dopłaty. Celem reformy musi być poprawa organizacji, tak aby jak najlepiej (w domyśle najwydajniej) wydawać każdą dokładnie obeerzaną złotówkę. Aby to zrobić, należy postawić prawdziwą diagnozę słabości polskiego systemu – bo z całą pewnością nie jest to mityczny wyciek znikających pieniędzy. Dokładna analiza zasadniczych problemów polskiej służby zdrowia daleko wykracza poza objętość tego tekstu. Można jedynie zasygnalizować, iż w szpitalnictwie jest to wycena świadczeń grubo poniżej kosztów. W podstawowej opiece zdrowotnej nadużywanie przez pacjentów i mnożenie niepotrzebnych, bo bezpłatnych wizyt. Różne środki zaradcze na te bóle są znane i były stosowane w wielu krajach.



Andrzej Fortuna
lekarz dentysta, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej 1993-1997

52 Co jest przyczyną złego finansowania stomatologii?

Nędza w naszej służbie zdrowia doprowadziła do tego, że w ZOZ-ach ograniczono w pierwszym rządzie spełnianie potrzeb, które nie niosły za sobą zagrożenia dla ludzkiego życia.

Koszty związane z opieką stomatologiczną nigdy w Polsce nie były liczone oddzielnie, co na całym świecie jest rzeczą normalną. W tej sytuacji łatwo było w kolejnych latach pozbawić właśnie stomatologię niezbędnych środków finansowych. Mieści się to w ogólnej filozofii działań ministerstwa przerzucania kosztów na pacjenta. (...)

Przeciwstawiono publiczną stomatologię prywatnej, winiąc nas za wszystko. A nam przecież wcale nie chodziło, aby wydrzeć dla siebie jak najwięcej z budżetu pieniędzy. Chodziło i w dalszym ciągu chodzi o sformułowanie, ile tych środków, które w ogóle są do dyspozycji, można przeznaczyć na opiekę stomatologiczną. Skoro budżet jest więcej niż skromny, skoro rząd nie jest w stanie zabezpieczyć tego, co deklaruje, to powinien się odważyć i powiedzieć na przykład, że zabezpiecza w 100 proc. opiekę dzieciom i młodzieży, bo oni są najważniejsi, a reszta społeczeństwa niech martwi się sama o siebie.

Wiele z tych (propozycji – przyp. red.), które dotyczyły ochrony zdrowia w Polsce, jest powszechnie znanych. Z tych zaś, które dotyczą opieki stomatologicznej, to – tak jak już wspominałem – chodziło nam o wydzielenie na nią z budżetu środków finansowych, i to z uwzględnieniem zarówno profilaktyki, jak i leczenia. Ważne jest też tu, o czym się często zapomina, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom, a więc kwestia sterylizacji narzędzi i końcówek stomatologicznych. Następnie należałoby określić standardy procedur, które za te środki powinny być stosowane. Istnieje bowiem ścisły związek między wielkością nakładów finansowych a standardem usług i ich liczbą.

Naczelna Rada Lekarska przygotowała katalog wartościowania pracy lekarza stomatologa. Od czegoś bowiem trzeba zacząć. Była to punktowa, zobiektywizowana ocena pracy lekarza, stosowanych przez niego procedur, czynności, zabiegów. Ale i tego naszego prezentu ministerstwo nie przyjęło.

„Na przełomie zdarzeń”, „Gazeta Lekarska” 11/1997



Ewa Kralkowska

internistka, toksykolog, członek Komisji Legislacyjnej NRL, była wiceminister zdrowia

Czy każdy menadżer zdrowia to nieudacznik?

Każdy nosi butawę w plecaku, ale czy potrafi jej używać, nie zależy to od dobrego samopoczucia i dobrych chęci, lecz musi być oparte na rzetelnej wiedzy o zarządzaniu.

Zarządzanie przedsiębiorstwem jest proste, mówiąc w skrócie: priorytetem jest wynik ekonomiczny, natomiast w zdrowiu walczą z sobą dwie opcje: czy najważniejszy jest wynik ekonomiczny, czy zaspokojenie potrzeb pacjentów. Niestety, te dwie racje są najczęściej sprzeczne ze sobą.

Innym problemem są interesy różnych grup zawodowych, które muszą współpracować dla dobra pacjenta, a często pozostają w konflikcie. Każdy menadżer, podejmując się tego zadania, wie, co powinien robić, ma głowę pełną dobrych pomysłów, które później weryfikuje rzeczywistość. Każdy zarządzający, niezależnie od stopnia zarządzanej jednostki, ma „szefa” (nawet minister), który może mieć inne priorytety i niestety „zawsze ma rację”, a jak nie „szefa”, to płatnika świadczeń, w którego interesie leży ograniczenie wypłacanych środków finansowych.

Zarządzający musi pogodzić te wszystkie racje, przy stałe rosnących kosztach i wielkim niedofinansowaniu ochrony zdrowia, pamiętając równocześnie, że nadrzędnym celem funkcjonowania jednostki jest ratowanie zdrowia pacjentów. Według mnie to lekarz, który przeszedł wszystkie szczeble awansu w pracy zawodowej i jest wykształcony w zarządzaniu, potrafi pogodzić te wszystkie sprzeczności, mimo bardzo trudnych warunków. Prawnicy, ekonomiści i inne osoby, które mogły znakomicie opanować sztukę zarządzania, niestety na ogół „nie czują” medycyny, bo co innego jest teoria, a co innego wiedza poparta praktyką. Menager zdrowia, który potrafi pogodzić te sprzeczne interesy i konsekwentnie realizować cele, które sobie wyznaczył, na pewno nie zostanie oceniony jako nieudacznik, zyska szacunek współpracowników i pacjentów.

Jeżeli do zarządzania zabiera się natomiast osoba do tego nieprzygotowana, która nie potrafi ocenić właściwej hierarchii, ważności problemów i bezkrytycznie wypełnia „wytyczne szefów”, będzie nieudacznikiem i oby takich menadżerów było jak najmniej.



Ryszard Golański

anestezjolog, wiceprezes NRL, 2006-2010 i redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” 2010-2018

Dlaczego system kompleksowej opieki ZOZ jest passe?

Na początek konieczne jest wyjaśnienie. Dotyczy to zwłaszcza młodszych czytelników. Skrót ZOZ rozwijamy obecnie jako Zakład Opieki Zdrowotnej. Skrót użyty w tytule oznacza Zespół Opieki Zdrowotnej.

W latach 80. XX wieku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał komisję ds. reformy ochrony zdrowia. Owocem prac komisji był Resortowy Program Badawczo-Rozwojowy „Optymalizacja opieki zdrowotnej w Polsce”. Podstawowym elementem reformy miało być powstanie kompleksowej opieki nad pacjentem. Bazą miały być Zespoły Opieki Zdrowotnej. W skład każdego z nich wchodziły poradnie rejonowe, poradnie specjalistyczne i szpital. W szpitalu miały funkcjonować podstawowe oddziały – interna i chirurgia. W dużych miastach ZOZ-y obejmowały jedną dzielnicę. W mniejszych miejscowościach był jeden ZOZ. Często zespół obejmował swoim działaniem cały powiat.

Ochrona zdrowia jest reformowana przez każdy kolejny rząd, bez względu na jego barwę polityczną, podobnie stało się po roku 1989. Z poprzedniej organizacji opieki zdrowotnej nie byli zadowoleni ani pacjenci, ani lekarze. Dlatego nasze środowisko entuzjastycznie przyjęło propozycję wprowadzenia w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych i zmiany zasad finansowania. Oczywiście następstwem były zmiany organizacyjne i własnościowe placówek medycznych. Gdyby odpowiedzieć jednym zdaniem na tytułowe pytanie, to moim zdaniem, system kompleksowego

leczenia w ramach Zespołów Opieki Zdrowotnej stał się passe z powodów politycznych. Został potraktowany jako relikwiny minionej epoki. Podstawą nowego porządku w ochronie zdrowia miała stać się medycyna rodzinna, z licznymi, indywidualnymi gabinetami. I tak w dużym stopniu jest. Codziennie tysiące pacjentów udają się do małych, prywatnych poradni, gdzie są skutecznie leczeni. Ale coraz więcej dużych firm medycznych zapewnia pacjentowi opiekę kompleksową. Posiadają poradnie POZ, specjalistyczne i szpital. Zespół Opieki Zdrowotnej?



Henryk Skarżyński

laryngolog, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Jak polska ochrona zdrowia jawi się na tle innych państw?

Jedną z podstaw rozwoju współczesnego społeczeństwa jest niebywały postęp w kontaktach międzyludzkich, wymiana informacji, rozwój technologii i narzędzi informatycznych. Integralną częścią tego rozwoju jest stopień wykształcenia i wykorzystania naszych zmysłów oraz umiejętności słuchu, głosu, równowagi, mowy oraz komunikacji językowej.

Najłatwiej o tym pisać przez pryzmat osobistych doświadczeń, w ramach kilku specjalności, które reprezentuję – otorynolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatrii. Na początku lat 90. ubiegłego stulecia w zakresie zaawansowanych technologii polska otolaryngologia była około 25-20 lat za światową czołówką. Po pierwszej operacji osoby niesłyszącej w Polsce w 1992 roku zmieniłem ten obraz. Gdy przeprowadziłem w roku 2002 pierwszą w świecie operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie dorosłej z częściową głuchotą wskazałem nową docelową grupę pacjentów obejmującą ponad 200 mln osób. Tym samym staliśmy się liderem światowej otologii. W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, który w tym roku obchodzi 25-lecie, od dwóch dekad wykonywanych jest rocznie najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch. W międzynarodowej literaturze pod hasłami „partial deafness” i „screening children” zajmujemy 1. pozycję i to odzwierciedla to, co dziś dajemy polskiej ochronie zdrowia. Ten wielki sukces to efekt pracy mojej i zespołu. Przeprowadziłem wiele pionierskich operacji, stworzyłem w nauce światowej „polską szkołę otolaryngologii”. Z mojej inicjatywy powstało Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach, pod opieką którego pozostaje obecnie ponad 11 tys. użytkowników implantów słuchowych. Do dziś w Instytucie przeprowadzono blisko 4 mln badań i konsultacji oraz zrealizowano ponad 516 tys. procedur chirurgicznych. I chociaż nie ma i nie będzie długo na świecie takiego systemu ochrony zdrowia, który zapewni każdemu pacjentowi dostęp do wszelkich świadczeń, nasi pacjenci mają

Przez 31 lat odebrano prawo wykonywania zawodu 25 lekarzom i 5 lekarzom dentystom. W 2020 roku zawieszono 135 PWZL.

dostęp – często jako pierwsi lub jedni z pierwszych w świecie – do najnowocześniejszych technologii. Takich zespołów w różnych obszarach polskiej medycyny jest zapewne więcej. Tworzący je ludzie zastępują na najwyższe oceny.

W polskiej ochronie zdrowia funkcjonuje nadal wielkie grono fantastycznych, oddanych, często niedocenianych lekarzy i członków innych zawodów medycznych. To, że są tacy, powoduje, że utrzymywany jest wysoki poziom usług pomimo niskich nakładów finansowych.



Marek Rudnicki

chirurg, prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago, działacz Kongresu Polonii Medycznej

Jak polską ochronę zdrowia oceniają polscy lekarze za granicą?

Odpowiedź nie jest łatwa i pozostaje na tę chwilę subiektywna. Subiektywizm wywodzi się z braku jakichkolwiek badań, ankiet czy nawet sondaży, a prezentowane opinie zależne są od bardzo zróżnicowanych informacji.

Z jednej strony powstają one w oparciu o kontakty ze środowiskiem lekarskim, kolegami ze studiów czy też spotykanymi podczas konferencji. Z drugiej, po zderzeniu się z problemami pacjentów, członków rodzin opisujących i proszących o pomoc w różnych, niekiedy podstawowych sprawach. Na ten obraz nakłada się ogólnie dostępny, ale bardzo heterogeniczny przekaz medialny, który podaje często obrazy negatywnych aspektów funkcjonowania systemu albo też bardziej lukrowany wizerunek, w którym problemy stają się mniej widoczne.

Te najbardziej podstawowe sprawy pacjentów pojawiają się w kulturalowych dyskusjach. Tam odmówiono leczenia, gdzie indziej chory z ewidentnym problemem wymagającym dość szybkiej interwencji musi czekać w kolejce na miejsce, powodując opóźnienie leczenia. Powszechna jest za granicą wiedza o niedoinwestowaniu systemu w ramach budżetu państwa, o problemach struktury systemu, długach szpitali, problemach braku lekarzy i personelu medycznego, o krańcowo niskich płacach

w ochronie zdrowia, protestach, działaniach samorządu lekarskiego i planach rządu dotyczących poprawy tych warunków.

Nasze oceny są też oparte często o pracę w zupełnie innych systemach, w których pewnych problemów po prostu nie ma (ale są inne, często o wiele poważniejsze, których nie ma w Polsce). Lekarze z natury rzeczy starają się bronić systemu, w którym pracują, w obliczu nawet najbardziej delikatnej krytyki z zewnątrz.

Zdecydowana większość lekarzy polskiego pochodzenia pracujących za granicą chciałaby widzieć Polskę w jak najlepszym świetle. Niektórzy dostrzegają przy tym pewnego rodzaju niechęć krajowych środowisk (nie tylko medycznych) do wykorzystania doświadczeń osób, które pracując w różnych systemach, mogłyby przekazać wiele uwag, które po zaadaptowaniu do polskich warunków, mogłyby być wykorzystane w kraju.



Michał Kozik

radca prawny, szef Zespołu Radców Prawnych
Naczelnej Izby Lekarskiej

Czy ubezpieczenie lekarza ma sens?

Co to jest ubezpieczenie? W uproszczeniu umowa ubezpieczenia oznacza z jednej strony zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do ponoszenia ryzyka zapłaty pewnej kwoty w razie zajścia określonego w umowie tzw. wypadku ubezpieczeniowego, z drugiej strony umowa ta rodzi obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej, czyli ceny za to, że ubezpieczyciel przejmuje ryzyko ubezpieczeniowe i zdejmuje z nas ciężar zapłaty z własnych środków.

Po co nam ubezpieczenie OC – jak sądzę, w pytaniu chodzi właśnie o ten typ ubezpieczenia? Zawieramy umowę ubezpieczenia OC z trzech istotnych powodów – po pierwsze, gdy liczymy się z tym, że naprawienie szkody wyrządzonej naszym wadliwym działaniem może przekraczać nasze zdolności finansowe (aby do końca życia nie być „więźniem” swoich długów). Po drugie po to, aby dać osobom poszkodowanym pewność, że należne im odszkodowanie zostanie wypłacone. Wreszcie po trzecie, gdy ustawodawca uchwalił, że jest ono obowiązkowe.

Wiemy, że naprawienie szkody wyrządzonej tzw. błędem medycznym często przekracza zdolności finansowe lekarza, który błąd popełnił. Najwyższe odszkodowania przyznawane w Polsce z tego tytułu dawno przekroczyły barierę miliona złotych. Mimo że ostatnio wysokość odszkodowań za błędy medyczne przestała rosnąć, to wciąż ryzyko wykonywania zawodu lekarza jest ogromne. Czy wobec tego lekarz ma się ubezpieczyć? W pewnym zakresie dylemat ten rozstrzygnął za lekarza ustawodawca – czyniąc obowiązkowym ubezpieczenie OC podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych. Jeśli więc lekarz prowadzi praktykę lub podmiot leczniczy, to musi się ubezpieczyć. Wobec rosnącej skali roszczeń i kwot odszkodowań, jedynym jego dylematem jest, czy się „doubezpieczyć”, tj. czy kupić polisę OC na wyższą

sumę gwarancyjną. Nie ma natomiast obowiązku ubezpieczenia OC dla pozostałych lekarzy (np. zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w szpitalach, przychodniach) – ich chroni art. 120 §1 Kodeksu pracy, który stanowi, że w razie wyrządzenia przez pracownika szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca.



Andrzej Sawoni

chirurg, były prezes ORL w Warszawie i skarbnik
Naczelnej Rady Lekarskiej VI kadencji

Czy kontrakt z NFZ wart jest paktu z diabłem?

Tak postawione pytanie odruchowo budzi odpowiedź – nie. Żadne pieniądze nie są warte takiego paktu. Ale jeśli pytanie zmienimy na takie: co jesteśmy w stanie zrobić w zamian za wyleczenie pacjenta z chorobą nowotworową? A, to już budzi inne emocje, bo do tego potrzebny jest już kontrakt z NFZ.

Dlaczego jesteśmy skazani na NFZ? Tu potrzeba trochę historii. NFZ stworzyli postkomuniści, którym nie minął zachwyt nad dziełami twórców socjalizmu, ale grunt pod powstanie tego tworu dał kto inny. Reforma służby zdrowia to jedna z wielkich reform rządu Jerzego Buzka. Głównym jej założeniem było stworzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Powstały państwowe kasy chorych, jak w niemieckim pierwowzorze. Ustawa przewidywała stworzenie również prywatnych. Ich powstanie zablokował ówczesny wicepremier, znany reformator naszego życia gospodarczego. Ten grzech pierworodny umożliwił centralizację, dalej powstanie NFZ i odciska się piętnem do dzisiaj na naszym systemie ochrony zdrowia. Obecnie rządząca zjednoczona prawica w swoim pierwotnym programie wyborczym postulowała likwidację Funduszu, bo zbiurokratyzowany, bo nie reprezentuje interesów pacjentów zwanych w nowomowie świadczeniobiorcami, bo toczy wojny z lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami medycznymi, zwanymi świadczeniodawcami, bo źle gospodaruje składkami. I co? I nic. Do likwidacji nie doszło, a „rozwój” NFZ poszedł w kierunku dalszej centralizacji. Dzisiaj NFZ to w zasadzie departament w Ministerstwie Zdrowia, w zarządzaniu którym, podobnie jak i w samym ministerstwie, niewielką rolę odgrywają lekarze czy pielęgniarki. A przyszłość, jak słyszymy, to „świetlana” droga do „socjalistycznej” w pełni państwowej służby zdrowia.

Kolejne pokolenie Polaków stanie przed dylematem paktowania z diabłem, aby zachować zdrowie, a często życie. Powstaje pytanie, czy nad systemem wisi jakieś fatum, które nie pozwala stworzyć ubezpieczeń zdrowotnych, w których pacjenci zyskają podmiotowość, a lekarze, pielęgniarki i ratownicy będą mogli leczyć, mając godziwe warunki pracy i płacy. Przecież innym się udało. Najbliższy przykład: Czechy. Przekleństwo „równych żądań” nie pozwala rządzącym z różnych opcji politycznych

stworzyć sprawiedliwego, obowiązkowego systemu solidarnościowych ubezpieczeń uzupełnianych przez dodatkowe polisy prywatne, które napędzałyby stworzenie silnego, konkurencyjnego sektora. Może kolejna, moim zdaniem nieunikniona, katastrofa, doprowadzi do tego, że fatum się odwróci, oszukamy diabła i zniknie codzienny dylemat.



Wojciech Marquardt

internista, lekarz medycyny pracy, długoletni członek prezydium i skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej

Czy budżet NFZ powinien być zrównoważony?

Rozwiązaniem problemów ekonomicznych służby zdrowia nie musi być plan deficytu w wydatkach płatnika, ale skuteczna restrukturyzacja zobowiązań finansowych.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do sporządzenia projektu budżetu w sposób zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Swoje kalkulacje opiera na wieloletnich prognozach oraz propozycjach przesłanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie. Z prawnego punktu widzenia nie ma tutaj żadnej dyskusji. Porównanie prawej i lewej strony rachunku, jak w każdej dobrze prowadzonej księgowości, powinno być zatem cyfrą równą lub większą od zera.

Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2017-2020 wzrosły z 87,5 do 123,7 mld zł, a mimo to w dalszym ciągu brakuje środków na właściwą wycenę świadczeń zdrowotnych uwzględniającą podwyżkę wynagrodzeń lekarzy i innych pracowników medycznych, likwidację kolejek, a także zmniejszenie zadłużenia wielu placówek. Zobowiązania szpitali publicznych w 2020 roku zwiększyły swoją wartość z 14,1 do 18,9 mld zł. Wynika to przede wszystkim z faktu, że obecny system ubezpieczeń zakłada finansowanie wyłącznie kosztów świadczeń zdrowotnych, nie uwzględniając potrzeb inwestycyjnych podmiotów.

Teoria budżetu cyklicznego dopuszcza legalne, ale tylko czasowe deficyty w okresach recesji gospodarczej, równoważone przez nadwyżki z lat prosperity. Ale nie trzeba przecież zbyt wielkiego doświadczenia, aby stwierdzić, że takie założenie jest bardzo trudne, o ile nawet niemożliwe do zastosowania w praktyce.

Nie spodziewam się, aby jakkolwiek Prezes NFZ, ale także szef izby lekarskiej czy przedsiębiorstwa, przede wszystkim jednak dyrektor instytucji wydającej środki publiczne, zdecydował się na sporządzenie deficytowego planu finansowego. Nie zmienia to faktu, że w polskiej ochronie zdrowia od dwudziestu z górą lat równoważymy słupki cyfr, które przy dotychczasowej polityce wyceny świadczeń nie zrównoważają się nigdy. Matematyki nie można oszukać. Mimo księgowych kruczków i przesuwania środków, kołdra i tak w pewnej chwili okaże się zbyt krótka.



Wojciech Domka

laryngolog, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie, szef Ośrodka Współpracy Zagranicznej

Dlaczego lekarze lubią chaos?

Kraje, które znalazły się w okresie powojennym w orbicie Moskwy, nie miały szans, aby poprzez zarządzanie, ustawodawstwo i ciężką pracę uporać się z powojennym chaosem. Zależne rządy mniej lub bardziej świadomie chaos ten podtrzymały.

Podczas II wojny światowej zginęło około 39 proc. polskich lekarzy oraz co trzeci wykładowca szkół wyższych, w tym 700 profesorów. Autorytetów. Dlatego z takim trudem odbudowano uczelnie medyczne. Żle pojęta równość klasowa i walka z wrogami ludu przyczyniły się do obniżenia wymagań. Lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte to planowe pozbywanie się naukowców i artystów. Wystarczy prześledzić losy tych, którzy musieli opuścić Polskę z jednorazowym paszportem do Tel Awiwu. Warto poszukać niektórych nazwisk wśród laureatów wielu konkursów, z nagrodą Nobla włącznie.

A dalej, mimo obietnic sekretarzy PZPR, było już tylko gorzej. Polityka i gospodarka planowa zderzały się z rzeczywistością i zdrowym rozsądkiem. W przewlekłym chaosie żyli także lekarze, przyzwyczajając się, a czasem ze zdumieniem zauważając, że im bardziej chaos tolerują, tym lepiej im się żyje. Duża część środowiska korzystała z okazji. Ci, którzy nie mogli pogodzić się z realiami, byli odważni i mieli możliwości, opuszczali Polskę. Aby zobaczyć skalę exodusu, wystarczy przejrzeć listę polskich lekarzy w Chicago.

Powojenna władza szybko zorientowała się, że nie panuje nad umysłami niesfornych Polaków. Celowy brak przejrzystości i jasnej granicy między tym, co państwowe i prywatne, uzależnianie stanowisk od przynależności partyjnej przy limitowanym dostępie do wielu usług, w tym medycznych wraz z systemem ordynatorskim, podtrzymywał chaos. Władza „puszczała oko” do lekarzy, tolerowała nieformalne dochody czy alkohol w pracy. W zamian oczekiwała spokoju. Lekarze, chcąc pomagać chorym i realizować powołanie, coraz bardziej żyli się z chaosem. Kombinowali, w tym dobrym i złym tego słowa znaczeniu.

Aż przyszła wolność. Euforia. Reaktywowano samorząd. I miało być tylko lepiej. Niestety okazało się, że nie wszyscy zrozumieli, czym jest wolność. Niektórym zaczęła przeszkadzać. W nowym rządzie, tak bardzo wyczekiwany przez Polaków, ścierały się różne koncepcje. Jednym ze spornych tematów była ochrona zdrowia. I choć od tego momentu minęło ponad trzydzieści lat, również dzisiaj nikt nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, kto i w jakim zakresie powinien dbać o zdrowie Polaków. Częste zmiany, skrajne poglądy oraz doraźne cele polityczne przekreślają szanse na wyeliminowanie chaosu. A lekarze ciągle się dostosowują. Próby opanowania niekorzystnych zjawisk zawsze kończą się niepowodzeniem. Przygotowywane bez konsultacji, na kolanie, bez polityki informacyjnej, przy słabnącym

zaufaniu do ministrów zdrowia. W większości przypadków intuicja nas nie zawodzi. Można odnieść wrażenie, że duża część wprowadzanych zmian ma na celu nie uporządkowanie systemu, ale zwiększenie kontroli nad lekarzem. Jesteśmy często traktowani jak potencjalni złodzieje. Wystarczy prześledzić procesy, w których NFZ oskarża lekarzy o wypisywanie recept, sugerując, że refundacja jest prawem lekarza, a nie pacjenta.

Od kilku lat trwa dyskusja dotycząca elektronicznej dokumentacji medycznej. Termin jej wprowadzenia był wielokrotnie przesuwany. Jestem pewien, że kiedy nadejdzie godzina zero, będzie kolejny chaos, system zawiedzie, lekarze będą się denerwować, pacjenci, którzy nie rozumieją EDM, będą obarczani winą lekarzy. Rząd zatrze ręce i wskaże winnego. Winnym chaosu zawsze przecież jest lekarz.

Kolejnym problemem jest brak rekomendacji w specjalnościach. I choć z roku na rok ich przybywa, a zawód lekarza jest sztuką, coraz łatwiej oskarżyć medyka o błąd, który nie wynika ze złej woli czy zaniedbania, ale z niskiego finansowania ochrony zdrowia.

Jestem przekonany, że lekarze nie lubią chaosu. Większość musi z nim żyć i mniej lub bardziej akceptować. Mam jednak nadzieję i mocno wierzę, że niebawem nadejdzie dzień, kiedy większość z nas zacznie z nim walczyć. Wówczas albo dojdzie do zapaści systemu, który już jest w złym stanie, albo zostaną podjęte właściwe, czasem bolesne, decyzje, które ograniczą zamęt.

Ostatni plan rządzących, aby w dużej mierze lekarze finansowali ochronę zdrowia (wyższa składka zdrowotna dla lepiej zarabiających) jest typowym zabiegiem władzy, której zarządzanie chaosem sięga zenitu. Niektórzy ten stan bardzo polubili.



Janusz Szulik
prezes Towarzystwa Ubezpieczeniowego INTER
Polska S.A.

Jakie jest idealne ubezpieczenie dla lekarza?

Jeden z naszych zacnych klientów powiedział, że „ubezpieczyciel najpierw pobiera składkę, a potem robi wszystko, żeby nie doszło do zdarzenia i szkody. Jak to jest?”

Odpowiedziałem uprzejmie, że tak jak nie jesteśmy w stanie zapewnić bezpieczeństwa, tak i nie jesteśmy w stanie wpływać na to, czy komuś sponie dom, kto inny złamie nogę, zachoruje czy wręcz umrze.

Czy ubezpieczenie idealne to takie, które daje polisę od wszystkiego?

Takiego ubezpieczenia oczywiście nie ma. Powiem więcej. Ubezpieczyciel nie gwarantuje bezpieczeństwa, tak jak lekarz nie jest cudotwórcą i nie może obiecać zdrowia, tak ubezpieczyciel nie daje poczucia pewności, że się nic losowego nie zdarzy.

Ubezpieczyciel ma za zadanie rzetelnie wywiązać się z zawartej umowy ubezpieczenia. I tak jak nie powinniśmy poszukiwać idealnego lekarza, tak nie powinniśmy szukać idealnego ubezpieczenia. Trzeba mieć dobrego lekarza i dobre ubezpieczenie.

Dobry lekarz przeprowadza proces diagnozy i terapii z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zaś dobre ubezpieczenie ogranicza skutki zdarzeń losowych, w tym poprzez pomoc prawną, a w aspekcie materialnym – niweluje te skutki.

Dobrym ubezpieczeniem dla lekarza może być tylko takie, które jest wynikiem przeprowadzonej z nim przez profesjonalnego doradcę diagnozy (analizy potrzeb) i zawarte ze świadomością tego, co obejmuje i czego nie obejmuje. To lekarz decyduje w efekcie końcowym o tym, do jakiej sumy chce mieć zapewnione pokrycie materialnych następstw nieumyślnego błędu, czy suma gwarancyjna wystarczy na zapłatę orzeczonej przez sąd renty dla osoby poszkodowanej oraz refundację kosztów prawnika w przypadku ataku w mediach na jego dobre imię. To lekarz mający kontrakt decyduje, czy chce mieć zabezpieczony przychód, gdy nie będzie mógł pracować wskutek choroby bądź nieszczęśliwego wypadku.

Lekarze i lekarze dentyści na całym świecie się ubezpieczają. Im więcej zarabiają, im lepiej są wyspecjalizowani, im bardziej skomplikowane wykonują zabiegi, tym wyższe płacą składki. Jestem przekonany, że czynią to w myśl zasady, że lepiej potencjalną stratę zamienić na opłacenie ubezpieczenia. Banal? Wszyscy wiemy, że we współczesnych realiach nikogo nie stać na taką pensję.



Anna Marek
historyk, Wydział Medyczny Uczelni Łązarskiego
w Warszawie

Czy badanie historii i biografii ma sens?

Jako historyczka medycyny oczywiście powiem, że tak. Należy znać dzieje swojego zawodu, historię osób, które budowały prestiż i jego znaczenie, które często z narażeniem życia dążyły do wprowadzenia nowych metod leczniczych czy preparatów medycznych. A poza tym są to fantastyczne historie, często czyta się je jak najlepsze powieści, a nawet kryminały.

Jednak młode pokolenie rzadko widzi w poznaniu tych historii jakieś korzyści. Dla młodych historia raczej nie jest nauczycielką życia*. Zwykle uważają, że historia do niczego nie jest im potrzebna, nie umieją czy nie chcą czerpać z niej wiedzy. Odnoszę wrażenie, że każde pokolenie popełnia te same błędy i niewiele osób chce wyciągać wnioski z przeszłości. A do tego panujące często przeświadczenie, że starsi może i mają wiedzę,

* Historia magistra vitae est, Cyceron.

ale jest ona przestarzała i trudno ją wykorzystać w dzisiejszych czasach. Nawet tych młodych trochę rozumiem – przeładowani programem, koniecznością wchłonięcia ogromnej wiedzy, kolokwiami, egzaminami, potem pracą i kredytami, nie mają czasu i ochoty, aby te dzieje poznawać i rozsmakowywać się w tych niezwykłych historiach.

Jak fantastyczne może być badanie historii medycyny, pokażać choćby film „Bogowie” czy serial „The Knick”. Nietuzinkowi bohaterowie, a obok nich zwykli lekarze i pielęgniarki, wspólnie pracujący dla dobra pacjentów. Takich bohaterów w historii medycyny mamy naprawdę dużo. Niezależnie, czy mieszkali w dużych, czy mniejszych miastach, zawsze poświęcali swoim podopiecznym czas i wiedzę, aby im ulżyć w cierpieniu. Angażowali się w działalność społeczną i polityczną, często ponosząc najwyższą cenę za swoje poświęcenie. Ale jest też grupa lekarzy, która posunęła się do przeprowadzania czynności niegodnych tej profesji. Ich biografie powinny być dla nas ostrzeżeniem przed przekraczaniem granic nieprzekraczalnych. Poznanie ich historii powinno być dla nas nauką, jak niewiele często potrzeba, aby ze zbawców ludzkości stać się katami.



Andrzej Kierzek

laryngolog, historyk medycyny, działacz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

Czy polska ochrona zdrowia jest pozaborowa?

Kontynuacją przemian drugiej połowy XVIII stulecia była rewolucja przemysłowa i techniczna; z tego zatem powodu XIX wiek bywa nazywany „wiekiem pary i elektryczności” lub „wiekiem odkryć i wynalazków”. Niepomniernie wzrósł prestiż nauki i uczonych; z wolna nauka stawiała się taką, jaką jest dzisiaj – zorganizowaną, profesjonalną, wspieraną przez państwo i osoby prywatne. Wielu historyków medycyny sądzi, że w medycynie XIX wieku działo się więcej niż we wcześniejszych stuleciach razem wziętych.

W wieku XIX dochodziło do kolosalnych zmian w opiece zdrowotnej Europy, jednakże Polska rozdarta między zaborców, nie-suwerenna, niesamodzielna, nie nadążała za tymi zmianami. Które z założeń ówczesnych zmian w systemie polityki zdrowotnej przetrwały i zostały zaimplementowane do współczesności?

Systematyczny rozwój poszczególnych działów gospodarki wymagał ograniczenia czasu pracy, poprawy jej warunków i urealnienia wysokości płacy. Uregulowano kwestie pracy dzieci i młodzieży. W aspekcie zdrowia publicznego poprawiono warunki sanitarne i ograniczono znacznie szereg zagrożeń epidemicznych. Mimo to obecna pandemia COVID-19 ukazuje słabość systemu opieki zdrowotnej w niespotykanej dotychczas skali.

Ujednolicono wprowadzone w czasie zaborów dla wszystkich grup zawodowych przymusowe zabezpieczenie społeczne pracowników od utraty zarobków z powodu choroby, wypadku przy pracy, inwalidztwa czy śmierci.

Wprowadzono powszechność opieki zdrowotnej. Zmiany systemu opieki zdrowotnej w Polsce doprowadziły do objęcia powszechną opieką zdrowotną, tak ambulatoryjną, jak i szpitalną, wszystkich obywateli. Nieprawdopodobny rozwój nauki w wielu dziedzinach wpłynął na systematyczny wzrost liczby lekarzy i lekarzy dentyków. Kształcenie kadr medycznych jest jednak obciążone wysokimi kosztami realizowanymi z budżetu państwa. Niestety, niedostateczne finansowanie i wieloletnie zaniedbania związane z kształtowaniem poziomu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia powodują emigrację zarobkową części z wykształconych ze środków publicznych lekarzy nie tylko do ościennych krajów Unii Europejskiej. Daleko nam do przeznaczania 1/3 budżetu krajowego Galicji z 1890 roku na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, daleko nam również do 7% PKB ustalonych przez WHO jako minimalnego poziomu finansowania opieki zdrowotnej na poziomie zabezpieczającym potrzeby zdrowotne Polaków.

U schyłku zeszłego wieku, podczas tzw. transformacji ustrojowej, wdrożony został ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej oparty m.in. na reformach kanclerza Bismarcka z 1883 roku. Jednakże współczesna centralizacja systemu opartego o NFZ w znacznym stopniu zmienia pierwotne założenia, a brak zgody politycznej na ponadpartijną reformę opieki zdrowotnej nie jest najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce.



Janusz Legutko

historyk medycyny, wieloletni redaktor naczelny „Galicjijskiej Gazety Lekarskiej”

Dlaczego „Dekret” zniszczył izby lekarskie w 1950 roku?

Po II wojnie światowej nastąpiło odrodzenie przedwojennych izb lekarskich. Początkowo sprzyjały im władze, które w 1946 roku wydały dekrety, sankcjonując już istniejące izby lekarskie, lekarsko-dentystyczne i aptekarskie.

Dokonywano weryfikacji i rejestracji lekarzy, angażowano się w pośrednictwo pracy, działały kasy zapomogowo-pożyczkowe oraz pierwsi rzecznicy i sądy lekarskie. Jednak ciężkie czasy pierwszych lat po wojnie wywarły szczególnie niekorzystny wpływ na środowisko lekarskie i jego działalność samorządową. Brak uregulowań ustawowych powodował, że działalność izby lekarskiej miała nadal znamiona tymczasowości. Istotnym czynnikiem był problem niedoboru kadr lekarskich. Władze próbowały go rozwiązać poprzez przymusowe przesiedlanie lekarzy, nie licząc się przy tym z opinią izby lekarskiej.

Najistotniejszym czynnikiem w nowych czasach była jednak deprecjacja pozycji społecznej wolnego, jak dotychczas, zawodu lekarzy, który zaliczono dopiero do trzeciej kategorii pracowników działających w usługach z pensją poniżej średniej krajowej. Tymczasem upaństwowiono jednostki służby zdrowia i wprowadzono etatową pracę lekarzy, którzy stali się jedną z wielu grup pracowników socjalistycznej służby zdrowia. Nic też dziwnego, że już w 1946 roku zaczęto szeptać o likwidacji izby lekarskiej. Dotrwała ona do 1950 roku z malejącym prestiżem i możliwością realizacji statutowych celów przez Naczelną Izbę Lekarską. Przetomowe znaczenie w tej procedurze miało utworzenie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia (ZZPSZ), który został stworzony na tzw. zasadach leninowskich współpracy wszystkich zawodów medycznych. Związek przenikał coraz bardziej do izby lekarskiej, wchodząc w jej kompetencje, w jawnym przymierzu z władzą. Wyłączenie wydziałów medycznych z uniwersytetów od 1 stycznia 1950 roku i stworzenie wyższych szkół zawodowych kształcących lekarzy (Akademie Medyczne) było kolejnym sygnałem deprecjacji zawodu lekarza i zapowiadającym likwidację izb lekarskich. Dekret z 18 lipca 1950 roku usankcjonował tylko to, do czego zmierzano wcześniej.



Jan Zygmunt Trusewicz

chirurg dziecięcy, ortopeda, przewodniczący Ośrodka Historii Medycyny Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej



Marek Krawczyk

chirurg, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 2008-2016

Jak repatrianci budowali akademie medyczne?

Określanie przemieszczenia ludności polskiej ze wschodnich terenów II Rzeczypospolitej na ziemię poniemieckie „repatriacją” jest błędne. Migrację z Wilna i Lwowa historycy nazywają obecnie „ekspatriacją”. Była to zaplanowana akcja „oczyszczania” tych ziem z Polaków po II wojnie światowej.

Przesiedlenia były realizowane na zasadzie przemieszczeń równoleżnikowych – mieszkańcy Wileńszczyzny byli kierowani na tereny dawnych Prus Wschodnich, a woj. lwowskiego głównie do Wrocławia i na Śląsk.

Kadra wydziałów lekarskich Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie i Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie znalazła się w nowej rzeczywistości geopolitycznej i musiała podjąć trudną decyzję wyjazdu do „nowej” Polski. Większość środowiska akademickiego została zmuszona do opuszczenia swoich uczelni, klinik i domów.

Ogromny potencjał naukowy profesorów został jednak doceniony i wykorzystany w powstających wydziałach lekarskich (z oddziałami stomatologii) akademii medycznych powojennej Polski.

Na przykładzie naukowców wileńskich, można śmiało stwierdzić, że stanowili oni znaczne wsparcie intelektualne

dla tworzonych uczelni. Między innymi, do Gdańska dotarli *pociągami uniwersyteckim* i rozpoczęli organizację, obejmując jednocześnie kierownictwo, katedr, klinik i zakładów, piastując funkcje dziekanów i rektorów. Wspomnieć tu należy profesorów, m.in.: Kornela Michejdę, Michała Rejchera, Witolda Sylwanowicza, Wilhelma Czarnockiego, Stanisława Hillera oraz Stanisława Mahrburga, Sergiusza Schilling-Siengalewicza (Lublin); Edwarda Czarnckiego i Adama Wrzoska (Poznań). W Łodzi: Jana Szmurło i Stefana Bagińskiego, a w Białymstoku: Stanisława Legeżyńskiego i Zygmunta Kanigowskiego. Do Warszawy przyjechali: Anna Kaulbersz-Marynowska i Czesław Ryll-Nardzewski. W Krakowie podjęli pracę: Stefan Bąk, Władysław Bujak i Stanisław Januszkiewicz, w Katowicach: Bruno Antoni Nowakowski i Tadeusz Ginko. Zatem wszystkie niemal uczelnie kształcące lekarzy mogły poszczycić się osobowościami, talentami, doświadczeniem i potencjałem intelektualnym dawnych profesorów, docentów, asystentów i absolwentów Almae Matris Vilnensis i Almae Matris Leopoliensis.

Kolegia medyczne Wilna i Lwowa, ich kadra naukowa i wychowankowie są świadectwem naszej historii. Powinni pozostać w pamięci następnych pokoleń, jako dziedzictwo, symbol tożsamości i ciągłości dziejowej korporacji lekarskiej.

Kiedy dokonał się największy postęp w polskiej medycynie?

Jeszcze w XIX wieku leczenie ograniczało się do stawiania baniek, przykładania plastrów, masaży, podawania środków napotnych, wymiotnych i przeczyszczających.

Wiek XX przyniósł niezwykle rozwój medycyny. Świat docenił znaczenie szczepień ochronnych. W 1920 roku w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie rozpoczęto prace nad surowicami i szczepionkami. Systematyczne rozszerzanie się Programu Szczepień Ochronnych zaczęło się w 1963 roku, chroniąc ludzkość przed chorobami zakaźnymi.

Ogromnym postępem w nefrologii było wprowadzenie pierwszych hemodializ (Poznań 1958 i Warszawa 1959). Rewolucją stało się przeszczepienie nerki – 1966 r. (Warszawa i Wrocław). Dalsze kroki w rozwoju transplantologii to przeszczepienie szpiku (1984), serca (1985 r.), symultaniczne przeszczepienie trzustki i nerki (1988), wątroby (1990), płuc (1996), wątroby od żywego dawcy (1999), górnej kończyny (2006), wysp trzustkowych (2008), twarzy (2013), jednoczasowe serca i wątroby oraz płuc i wątroby (2019).

W 1962 roku wprowadzono w Polsce pierwsze działania prewencyjne w zakresie chorób układu krążenia. Na szerszą skalę prowadzono badania od 1983 roku w programach POL-MONICA, PolScreen i POLKARD. Oprócz profilaktyki rozpoczęła

się intensywny postęp zabiegowy – zaczęto wykonywać koronarioplastykę, operacje na naczyniach wieńcowych i zastawkach, leczenie wad wrodzonych i nabytych serca.

Rzecz nie w tym, czy pamiętamy o gigantach polskiej medycyny, lecz na ile ta pamięć jest dana świadomości zbiorowej, a także, co równie ważne, do jakiego stopnia potrafimy i chcemy z niej korzystać.

Podsumowując, postęp w polskiej medycynie toczy się podobnie jak na świecie.



Ryszard Gryglewski

historyk, Katedra Historii Medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Czy pamiętamy o gigantach polskiej medycyny?

Rzecz nie w tym, czy pamiętamy o gigantach polskiej medycyny, lecz na ile ta pamięć jest dana świadomości zbiorowej, a także, co równie ważne, do jakiego stopnia potrafimy i chcemy z niej korzystać.

Na tak postawione pytanie trudno dać jednoznaczną odpowiedź. Z pewnością uczyniono wiele, by utrwalić w ludzkiej pamięci postaci Józefa Strusia, Józefa Dietla, Ludwika Hirszfelda, Rudolfa Weigla, Napoleona Nikodema Cybulskiego czy Antoniego Kępińskiego, by wspomnieć ledwie tylko tych paru spośród gigantów polskiej medycyny. Co więcej, zainteresowanie historią polskiej medycyny jest żywe, o czym świadczą liczne publikacje, w tym również te o charakterze monograficznym. Ich autorami są nie tylko zawodowi historycy nauki, lecz również lekarze, dla których pamięć o tradycji polskiej medycyny ma trwać wartość, a także osoby zafascynowane i odkrywające dla siebie i innych nowe źródła inspiracji w przeszłości nauki i sztuki lekarskiej. W przestrzeni publicznej nie brak wydarzeń świadczących o potrzebie przywoływania i czerpania z dorobku wielkich lekarzy. Uchwałą Senatu RP w roku 2020 uczczono postać znakomitego chirurga Ludwika Rydygiera. Trzy lata wcześniej zgodnie z wolą Sejmu RP uroczysto obchodzono „Rok Władysława Biegańskiego”, jednego z najwybitniejszych logików i filozofów medycyny. Można zatem powiedzieć, że nie brakuje przykładów, które pozwalają twierdząco odpowiedzieć na postawione powyżej pytanie.

W moim przekonaniu przywołanie z przeszłości tych rodaków, którzy swoim życiem i osiągnięciami wpłynęli znacząco na bieg medycyny, nierzadko otwierając nowe przestrzenie poznania, nie powinno ograniczyć się tylko do należącego im hołdu,

a dla współczesnych być wyłącznie źródłem słusznej skądinąd dumy. Nasza o nich opowieść powinna wpisać się w historię powszechną nauki i sztuki lekarskiej, być punktem odniesienia dla najnowszych zdobyczy medycyny, pozostawać stale obecną, tu i teraz, na równi z pamięcią o innych wielkich Polakach, być integralną częścią narracji o dziejach narodu.



Grzegorz Opala

neurolog, były minister zdrowia 2000-2001

Czy lekarze stanu wojennego leczyli po dwóch stronach barykady?

Tak, leczyli po obu stronach barykady. Pytanie nie precyzuje jednak, czy lekarze świadomi złożonej przysięgi Hipokratesa z największym wysiłkiem i wiedzą leczyli każdego, kto ich pomocy potrzebował, nie interesując się, kim jest i co robił? Czy sami lekarze byli po różnych stronach ostrego konfliktu tak w sensie fizycznym, jak i psychologicznym? Czy ta sytuacja mimo wszystko pozwalała postępować zgodnie z etyką w przypadku każdego leczonego pacjenta?

Odpowiedź pierwsza.

Wszyscy lekarze jako grupa zawodowa zawsze, w każdym przypadku i w każdej sytuacji udzielali pomocy zgodnie z etyką i ze swoją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Odpowiedź druga.

Byli lekarze, którzy w sytuacji ograniczonej dostępności świadczeń zachowywali się nie do końca etycznie, bo odpowiednio do swoich przekonań politycznych, uzależnienia od pracodawcy, podległości związanej z etatowym zatrudnieniem w wojsku lub milicji, korzyści niekoniecznie finansowych, ale związanych z różnymi formami apanaży, np. awansu w hierarchii zawodowej lub akademickiej.

Odpowiedź trzecia.

Część lekarzy, jako TW (Tajny Współpracownik), KO (Kontakt Operacyjny) czy KS (Kontakt Służbowy) uczestniczyła w przesładowaniu przez SB innych lekarzy, co miało wpływ na jakość udzielanej pomocy. W tej grupie byli również studenci, późniejsi lekarze medycyny.

Lekarze wydawali zaświadczenia pozwalające sprawcom różnych form represji na uniknięcie kary. Oto przykłady.

Przygotowany atak na KWK „Wujek” był związany z zabezpieczeniem odpowiedniego zaplecza szpitalnego. Te szpitale zmilitaryzowano, by podporządkować wojskowo pracownikom szpitala. W Katowicach oba zmilitaryzowane szpitale (Górnicy i MSW) nie dysponowały oddziałami neurochirurgii i torakochirurgii, a szereg ran postrzałowych w trakcie pacyfikacji to urazy głowy i klatki piersiowej. Przewidywane potrzeby w zakresie

szpitali opracowali lekarze z wydziału zdrowia. To przykład użycia lekarzy. Najpewniej to był błąd w ocenie sytuacji i ewentualnych konsekwencji, ale jego następstwa były tragiczne.

W procesie członków Plutonu Specjalnego strzelającego do górników oskarżeni nie stawiali się na rozprawy, przedstawiając zaświadczenia lekarskie. Ponieważ proceder stał się zbyt częsty, sąd dopuścił do weryfikacji stanu zdrowia przez powołanego przez sąd lekarza. W większości zakwestionował przedstawiane zaświadczenia. Wspomniany lekarz był prawdopodobnie zastraszony, w konsekwencji czego popełnił samobójstwo.

Jest oczywiste, że pogląd wyrażony w tezie pierwszej jest niemożliwy. Lekarze, jak każde inne środowisko, posiadają zróżnicowane poglądy i wywodzą się z różnych środowisk. Funkcjonowanie w komunistycznym, totalitarnym systemie powodowało dodatkowo występowanie postaw prowadzących do większego lub mniejszego uzależnienia od partii komunistycznej. Lekarze pełniący funkcje kierownicze: ordynatorzy i szefowie klinik, w znacznym procencie byli członkami partii, co powodowało, że stanowiska te nie zawsze obejmowali najbardziej kompetentni. W środowisku lekarskim, podobnie jak w całym społeczeństwie, istniał często nieakcentowany podział na „my” i „oni”. W okresie legalnego działania „Solidarności”, wiele spraw zostało nazwanych po imieniu, co pogłębiło istniejące różnice. W tych warunkach stan wojenny postawił przed lekarzami zadania, w których musieli wyjść ponad istniejące podziały, ponad zaangażowanie polityczne czy związkowe, a często wbrew oczekiwaniom władz i bezpośrednich przełożonych. Wystarczy wymienić catość, wręcz bohaterkich, działań lekarzy i pielęgniarek w czasie pacyfikacji kopalni „Wujek” oraz organizację ucieczki z warszawskiego szpitala Janka Narodzińskiego. To był czas próby, często wobec samego siebie. To były często działania wykraczające poza obowiązki, poza czas pracy. Pojawiły się zadania, które wiązały się z różnymi formami pomocy rannym, poszkodowanym, uwięzionym czy internowanym.

Zgodnie z odpowiedzią drugą i trzecią, w oparciu o dostępną wiedzę uważam, że postawy niegodne wykonywanego zawodu stanowiły margines. W zdecydowanej większości lekarze niezależnie od swoich poglądów, przynależności czy podległości postępowali zgodnie z etyką zawodową. Jednak w miarę upływu czasu, w stanie wojennym i później po roku 1989, pojawiło się więcej zachowań karierowiczowskich i nieetycznych opisanych w tezie trzeciej. Ofiarami lekarzy, donosicieli i współpracowników SB, byli przede wszystkim inni lekarze. Jednakże sprawcy nie ponieśli konsekwencji i byli tolerowani w środowisku, a nawet wybierani do samorządu lekarskiego.

Mimo że lekarze stanowili niemałą grupę internowanych i prześladowanych w różny sposób, włącznie z utratą pracy lub wymuszeniem wyjazdu z kraju, to jednak wiele wskazuje, że mimo znacznego zaangażowania w działalność antykomunistyczną, w porównaniu z innymi grupami zawodowymi, lekarze byli traktowani łagodniej. Jedną z sugerowanych przyczyn to fakt, że prześladowcy też potrzebowali lekarzy.

**„Gazeta Lekarska”
ukazała się, wliczając numery
podwójne, 277 razy.**



Jacek Woszczyk

lekarz dentysta, sekretarz Wojskowej Rady Lekarskiej i redaktor naczelny „Skalpela”

Czy lekarze są niegrzeczni?

Oczywiście. Lekarze są niegrzeczni, bo nie akceptują, poza małymi wyjątkami, dziewiętnastozłotowych podwyżek, nie odpowiada im troskliwy mecenas Ministerstwa Zdrowia i kolejnych ministrów nad organizacją ich pracy i rozwojem zawodowym.

Wiele jest w ostatnich latach, a nawet dniach, tych niegrzeczności. Lekarze nie zaakceptowali zgody posłanki Hryniewicz na wyjazd za granicę, gdzie wysyłała młodych lekarzy, oraz słów pewnego marszałka, który chciał dyscyplinować lekarzy itp., itd.

Pozostaje jeszcze niegrzeczność lekarzy wobec własnego samorządu. Kontestują obowiązek członkostwa w izbach, słabość działania i prawie żadną siłę przebiecia w rozmowach z przedstawicielami rządu czy NFZ. Bo gdyby izby posiadały większą siłę, decydowałyby o zasadach choćby specjalizacji, odbywania staży podyplomowych czy egzaminów po ukończeniu studiów. Można odnieść wrażenie, że opinie wydawane przez samorząd są tylko pro forma, a i tak nikt z ich zdaniem się nie liczy.

Zdrowa niegrzeczność to raczej cecha pozytywna. Świadczy o przekonaniu do własnych racji, ambicji i dążeniu do zaspokojenia potrzeb, nie tylko zawodowych. Jak widać bycie niegrzecznym w naszej rzeczywistości wcale nie jest łatwe.

Czy niegrzeczność lekarzy odbierana jest tak sensu stricto, czy jako prowokacja? Każdy z nas musi sam odpowiedzieć sobie na to pytanie.



Paweł Wróblewski

chirurg, prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, były Marszałek Woj. Dolnośląskiego

Czy młody lekarz to arogant?

Arogancja nie jest przymiotem pokolenia lecz indywidualną cechą konkretnego człowieka.

W okresie stu lat funkcjonowania samorządu lekarskiego, przez niemal osiem dekad podstawą przekazywania wiedzy medycznej i życiowych nauk były relacje mistrz – uczeń. Przez pokolenia młodzi asystenci czerpali z doświadczenia i wiedzy asystentów, ci kłaniali się starszym asystentom, a ostatnie słowo należało

do najbardziej doświadczonego i odpowiadającego za całość procesu leczniczego ordynatora oddziału lub kierownika przychodni. Ustalona hierarchia, polegająca na podległości opartej głównie na kryterium wiedzy nabytej dzięki doświadczeniu, z jednej strony umożliwiała bezpieczne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, z drugiej dawała stojącym na jej szczytach niemal nieograniczoną władzę. Przypadki jej wykorzystywania choćby przez legendarnych, XX-wiecznych profesorów czy ordynatorów są dziś tematem wielu anegdot i wspomnień o różnym zabarwieniu: od humorystycznych po pejoratywne.

Wiek XXI zrewolucjonizował sposób dostępu do informacji: dziś, dzięki internetowi i nowym technologiom, możemy czerpać wiedzę niemal bezpośrednio z badań, filmów instruktażowych czy telekonferencji, a do nauk praktycznych coraz częściej wykorzystywane są symulatory i fantomy. Zależność hierarchiczna nie jest już elementem niezbędnym do pozyskania wiedzy i umiejętności, a okres kształcenia znacznie przyspieszył i uległ uproszczeniu: nie jest już wyłącznie zależny od bezpośrednich przełożonych czy najbliższych współpracowników. Znacznie łatwiej i szybciej można osiągnąć poziom wiedzy umożliwiający samodzielne prowadzenie procesu leczniczego. Dziś liczy się uzyskana specjalizacja, a celem jest jak najszybsza samodzielność lekarska – system ordynatorski odchodzi powoli do lamusa historii.

Sprawny w nowoczesnych technikach informatycznych młody lekarz może łatwo zapędzić w kozi róg „starego” profesora. Ale to, jak wykorzysta chwilową przewagę, zależy od tych samych cech osobniczych, które kierowały kiedyś postępowaniem „starych” profesorów – bohaterów wspomnianych anegdot.



Roman Budziński
chirurg, były prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku

Jak się krytykujemy nawzajem?

Pamiętam, jak podczas rejsu żaglowcem „Dar Młodzieży”, podczas ciężkiego sztormu, siedzący przy nawietrznej burcie smutny student powiedział: „Karma wraca”. Przypomniałem sobie ten epizod, ponieważ dobrze ilustruje zjawisko, jak w środowisku lekarskim działa destruktywna krytyka.

Powodów do krytyki może być wiele: wyładowanie frustracji, poczucie wyższości lub niższości czy jeszcze inne. Zawsze jednak jest to krytyka Tego-Tam, zgodna z zakorzenioną w nas mentalnością plemienną dzielącą ludzi na „my” i „oni”. Wydaje się również, że powściągliwość w słowach nie należy do naszych narodowych zalet. Również w relacjach lekarskich, może nie wprost, ale chętnie za plecami, do osób trzecich, w złudnym poczuciu anonimowości dajemy upust emocjom, krytykując działania koleżanek i kolegów.

Krytykujący zazwyczaj nie wie, w jakich warunkach, na podstawie jakich danych podejmował decyzję krytykowany. Oceniając post factum popełnia też zazwyczaj błąd poznawczy opisywany przez psychologów, a wynikający ze znajomości wyniku diagnostyki czy leczenia. Tym samym prawdopodobieństwo, że jego zarzuty są prawdziwe, jest małe. A jednak krytykuje. Pamiętam, że kiedy pracowałem w gdańskiej izbie jako rzecznik odpowiedzialności zawodowej, około 1/3 skarg zgłaszanych przez pacjentów inspirowana była przez lekarzy krytykujących innych lekarzy. Czyli „karma wraca” i w opiniach naszych pacjentów umacnia stereotyp „złego lekarza”. Szkodzi bez wątpliwości wszystkim, łącznie z wygłaszającym krytykę.

Krytyka może być też konstruktywna. Mówi o tym artykuł 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym uwagi o postępowaniu innego lekarza należy przekazywać przede wszystkim jemu samemu. Zapewne znamy liczne przykłady takich poufnych rozmów, które w efekcie pomogły w doskonaleniu zawodowych działań. Nawet jeżeli spotykamy się niekiedy z niezrozumieniem intencji czy agresją, warto dyskretnie, obiektywnie i z szacunkiem przekazywać informacje o dostrzeżonych błędach. Wszystkim to wyjdzie na zdrowie.



Damian Patecki
anestezjolog, członek NRL, były przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL

Czy konflikt personalny jest cechą zawodu lekarza?

Z całą pewnością nie! Lekarze powinni wystrzegać się jak ognia konfliktów personalnych. Musimy robić wszystko, co w naszej mocy, by traktować pozostałych lekarzy i lekarki jak kolegów i koleżanki w procesie terapeutycznym.

Konflikty będą nie do uniknięcia zarówno na polu zawodowym, jak i na polu samorządowej, publicznej czy politycznej działalności lekarzy. Nie powinny one być jednak personalne, to jest związane z osobistymi sympatiami czy też antypatiami, ale wiązać się z nieuniknioną różnicą poglądów i prowadzić do znalezienia najlepszego rozwiązania.

W procesie terapeutycznym konflikt może wynikać z odmiennej wizji leczenia pacjenta, dyskusji na temat najbardziej prawdopodobnej diagnozy. Psychologowie na całym świecie są zgodni, że pod kątem znajdowania rozwiązań i efektywności najbardziej skuteczne są płaskie struktury, w których to pod uwagę bierze się zdanie wszystkich członków zespołu. W idealnym świecie szef oczywiście podejmuje decyzje i bierze na siebie odpowiedzialność, ale liczy się ze zdaniem swoich asystentów, stażystów, studentów, pielęgniarek czy też innych pracowników medycznych. Podobnie anestezjology i operatorzy wspólnie rozmawiają na temat optymalnego leczenia danego pacjenta,

zastanawiają się, czy zabieg trzeba przeprowadzić natychmiast, czy też można odroczyć.

Osobiście, nawet w trakcie protestów i dyskusji pełnych emocji i gniewu, starałem się, by spotkania z politykami przebiegały w konstruktywnej atmosferze, w których lekarze prezentują się jako profesjonalści zdolni trzymać swoje emocje na wodzy. Tego samego uczyłem zespół Porozumienia Rezydentów i zachęcałem do jak najbardziej partnerskiego i uprzejmego traktowania dziennikarzy, wiedząc, że musimy dotrzeć do opinii publicznej i dbać o to, żeby nie przyprawiono nam gęby krzykaczy i awanturników.

Dużą nadzieję na przyszłość budzi fakt, że samorząd lekarski organizuje szkolenie dotyczące podstaw psychologii, pracy w zespole, rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie ze stresem. Ponadto w niektórych izbach lekarze mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy psychologa lub psychiatry w formie interwencji kryzysowej.



Artur Płachta

ginekolog, prezes Wojskowej Rady Lekarskiej

Gdzie są lekarskie autorytety?

Zmiana systemu edukacji w medycynie, najpierw zasad specjalizowania się poprzez stworzenie rezydentur i ośrodków akredytowanych do kształcenia, a potem kolejne, w samych stażach specjalizacyjnych, spowodowały oddalenie uczniów od mistrzów.

Zabranie możliwości edukacyjnych specjalistom z dowolnych ośrodków, a zwłaszcza małych, gdzie pracuje się na „pełnym gazie” i bliżej jest uczniom do mistrzów pozbawiło poniekąd bycia autorytetem wielu doskonałych lekarzy, pozostawiając pole wyłącznie tym „ze świeczników”. Placówki akredytowane mają możliwości, ale często nie mają chęci, a już na pewno nie dla wszystkich. Młodzi adepci widzą, jak przyjmowani są pacjenci „nasi” i inni, i to często właśnie w wykonaniu tych, którzy aspirują do takiego określenia. Widzą, jak można ominąć obowiązujące przepisy, zwiększając zakresy i ilości wykonanych procedur, by na nich zarobić więcej funduszy. Widzą, jak tworzy się zależności i nieformalne układy w obrębie placówki i widzą polityków, którzy są lekarzami, a głównie nie są.

Kto więc jest autorytetem? Czy autorytetem może być lekarz, który był oskarżony za przewinienia zawodowe bądź za mobbing lub molestowanie w miejscu pracy? Czy fakt objęcia stanowiska w rządzie lub samorządzie, tudzież towarzystwie daje inną wartość? Czy jakoś konferencji naukowych, gdzie w końcu są same autorytety, musi opierać się na wielokrotnym powtarzaniu tych samych wykładów? Czy po to, by być autorytetem, trzeba odpowiednio wyglądać?

Dla mnie autorytet wciąż powinien opierać się na wartościach i wiedzy, ogładzie i szacunku dla innych oraz braku uprzedzeń i otwartym umyśle, a nie posiadanych tytułach czy zajmowanej

pozycji. Na swojej drodze spotkałem takich osób wiele, od zwykłych prowincjonalnych lekarzy do utytułowanych profesorów akademickich – wszystkich noszę w sobie i choć niektórych już nie ma wśród żywych, to przecież wciąż są we mnie i to jest wystarczający argument, że byli autorytetami.

Czy aż tak dużo się zmieniło, że tak trudno wskazać lekarskie autorytety? Czy może za dużo widziałem i wciąż widzę wokół siebie złych przykładów, czy może o tych dobrych nikomu nie chce się mówić, a oni sami przez grzeczność nikomu się nie naprzykrzają? Czy lata pracy w różnych miejscach, a może wśród różnych ludzi pozbawiły mnie chęci dostrzegania takich? Czy to stąd wzięły się u mnie wnioski o braku autorytetów w dzisiejszych czasach? Czy może w tym czasie sam powoli stałem się dla siebie autorytetem?

Nie wiem. Zawodowo się nie wypaliłem, zdrowie jeszcze mam, ciężko pracuję na pierwszej linii frontu, gdzie w końcu trafia wszystko, bo jest za darmo i bez skierowania, gdzie widać wszystkie porażki i sukcesy innych, gdzie można i gdzie należy mieć swoje zdanie. I takie właśnie mam. Zakończę klasycznie.

Lepiej to już było... a szkoda.



Anita Pacholec

lekarz dentysta, członek Naczelnej Rady Lekarskiej i Komisji Stomatologicznej NIL

Czy emancypacja innych zawodów medycznych jest frustrująca?

Emancypacja zawodów medycznych powinna prowadzić do rozwoju nauki, wiedzy fachowej i umiejętności, i tylko wtedy warto ją wspierać. Nie można jednak zapominać o towarzyszących jej obawach i możliwych konfliktach interesów.

Każda zmiana w ogólnie przyjętym porządku rzeczy może powodować frustracje. Z doświadczenia wiemy, że najszczytniejsze idee i hasła nie gwarantują osiągnięcia spodziewanych i zapowiadanych efektów. Emancypacja, jak każda zmiana, również niesie za sobą takie ryzyko, ale jednocześnie jest największym motorem rozwoju cywilizacji i postępu społecznego. Proces ten musi być jednak prowadzony z poszanowaniem praw wszystkich zainteresowanych stron. Nieodzownym elementem emancypacji jest odpowiedzialność za swoje czyny i decyzje, której świadomość musi przyświecać całemu procesowi. W innym przypadku działania takie nieuchronnie doprowadzą do anarchii lub ponownego zniewolenia pod innym sztandarem.

Każda grupa zawodowa charakteryzuje się specyficznym dla niej wykształceniem, umiejętnościami i ścieżką rozwoju zawodowego. Z tym związany jest jej zakres działania, faktyczne i rzetelne umiejętności i idąca za tym wszelka odpowiedzialność

zawodowa. Wyobraźmy sobie, jak czułby się pacjent, gdyby do operacji przystąpiła sama instrumentariuszka albo sam chirurg bez tradycyjnej asysty. Jaką pewność o jakości i wpływie na układ stomatognatyczny uzupełnienia protetycznego miałby pacjent, gdyby było ono wykonane tylko przez technika dentystycznego lub samodzielnie przez lekarza dentystę? Te zawody, jak wiele innych w ochronie zdrowia, od lat ze sobą współdziałają i choć zakresy ich działań są różne, tylko wspólnie tworząc zespół, są w stanie sprostać stawianym im wyzwaniom. Współpracując musimy darzyć się wzajemnie szacunkiem, akceptować swoje odmienne umiejętności i uprawnienia zawodowe, a przede wszystkim uczyć się od siebie nawzajem. Tylko tak jesteśmy w stanie wykonywać naszą pracę z pasją i osiągać efekty na najwyższym poziomie, a to jedyny sposób, by dać nam wszystkim satysfakcję.

Pracujmy tak, aby rozwój nie prowadził nas jednak do nadmiernej frustracji.



Jerzy Bralczyk
językoznawca

75 Dlaczego prasa nie kocha lekarzy?

Żeby dobrze odpowiedzieć na pytanie, trzeba je przeanalizować.

Po pierwsze, czy rzeczywiście chodzi tylko o prasę, czy o media w ogóle. Być może prasa, i to tylko niektóra, nie kocha, ale telewizja kocha bardzo. A radio jak kocha! Przecież pełno jest lekarzy w telewizorze, w odbiornikach radiowych, wszędzie ich słyszymy, oglądamy, podziwiamy, cenimy, i myślę, że nawet jeśli w prasie zdarzy się jakiś artykuł czy felietonik, który by wskazywał na mniejszą miłość, to i tak jest to równoważone.

Po drugie, w zadanym pytaniu jest założenie, że nie kocha. Ale przecież prasa woli nie kochać, niż kochać, bo to jest – rzecz jasna – atrakcyjniejsze. Krytyka jest chętniej czytana i oglądana, a pochwały chyba rzadziej.

Ponadto, lekarze są WŁADNI. Myślę, że nie mamy czterech władz – jak wiadomo, czwarta władza to media – ale jest ich co najmniej pięć. Jedną z nich jest władza medycyny. Coraz bardziej jesteśmy od niej zależni. Przy tym jest to władza specyficzna, bo nierestrykcyjna. Władza – czy to ustawodawcza, czy wykonawcza, czy sędziowska, czy nawet medialna – jest restrykcyjna (w odniesieniu do trzech pierwszych – to oczywiste; a ta czwarta ma bardzo silną broń – może skrytykować). Władza lekarzy jest niewątpliwa, a władzę dobrze jest krytykować, dodatkowo – tej nierestrykcyjnej nie trzeba się bać.

Wreszcie, prasie wydaje się (a w każdym razie wielu dziennikarzom), że dobrze jest dać w tę dudkę, w którą dmą odbiorcy. Jak się zdaje, lekarze nie cieszą się (nawet wśród swoich pacjentów) nadmierną estymą. Idziemy do nich, kiedy jesteśmy chorzy, a więc gdy jest nam gorzej. Wtedy nie jesteśmy skorzy do

pochwał. Gdy jest nam lepiej, wtedy lekarzy sławimy. Ale często lekarz niewiele może poradzić, chociażby dlatego, że człowiek się starzeje i z naturą się nie wygra. Wtedy o medycynie myśli się, że ona niewiele może, a prawdopodobnie ma duże aspiracje.

Myślę więc, że stosunek pacjentów do lekarzy – pewnie nawet w społeczeństwach, gdzie jest ona dobrze zorganizowana – zawiera sporo krytycyzmu, a media lubią mówić to, co chce usłyszeć odbiorca, czy też napisać to, co odbiorca chce przeczytać.

Do tego dochodzi jeszcze jedna sprawa, mianowicie postać lekarza, która coraz częściej pojawia się w mediach. Na przykład lekarze w reklamach, którzy rzekomo wykazują się dobrą wolą i intencją, jednocześnie nie pokazują się z tej najlepszej strony. Wyglądają na osoby, które są pozbawione umiejętności przekazywania wiedzy. W reklamach lekarzom – jak się może wydaje reklamodawcom – wiarygodności dodaje pewna nieporadność czy to językowa, czy intonacyjna, czy też wygląd wskazujący, że są to osoby kompetentne, ale nie bardzo umiejące nawiązać kontakt z odbiorcą.

Jest więc wiele przyczyn, które powodują, że czasem bardzo chcemy przypiąć jakąś łatkę komuś, kto ma nad nami tak nieograniczoną władzę, jaką ma właśnie lekarz, ale poza tym myślę, że zadane pytanie nie jest oparte na prawdziwej supozycji. Po prostu niektóre media niektórych lekarzy niekiedy lubią mniej.



Zofia Małas
prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

76 Czy lekarze szanują pielęgniarki?

Lekarze i pielęgniarki to najliczniejsze grupy wśród zawodów medycznych. Najściślej także ze sobą współpracują w sprawowaniu opieki nad pacjentem.

W preferowanym obecnie modelu holistycznym istotna jest współpraca, zaufanie pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. W przeszłości duży wpływ na te relacje miały czynniki uwarunkowane historycznie i społecznie, które wskazywały na dominację zawodu lekarza nad zawodem pielęgniarki. Mowa tu o odmienności płci, tradycji, innym przebiegu procesu kształcenia i socjalizacji, strukturze szpitala. Współcześnie ulega to ogromnej modyfikacji. Zmienił się system kształcenia – szczególnie w zawodzie pielęgniarki. Na obu kierunkach obowiązuje zbliżona liczba godzin w cyklu kształcenia. Nie można już także mówić o dominacji płci męskiej w zawodzie lekarza. Z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że kobiety wykonujące ten zawód stanowią zdecydowaną większość. Dotyczy to także zawodu pielęgniarki.

Najgłębiej dzielił nas odmienne perspektywy działania, zarobki i status społeczny, a przede wszystkim głęboko zakorzenione stereotypy, zgodnie z którymi lekarz postrzegany jest jako „szef”, pielęgniarka jako „pracownik”. Te relacje uległy rozluźnieniu i powinny

zostać zastąpione partnerstwem, co już się dzieje – obserwujemy to wyraźnie w ostatnich trudnych miesiącach walki z COVID-19.

Co ciekawe, w wielu badaniach lekarze wyżej pozycjonują zawód pielęgniarki w hierarchii zawodów medycznych, niż czynią to same pielęgniarki. Ankietowani lekarze uważają, że współpraca między pielęgniarką i lekarzem może być lepsza, a problemy wynikają z braku otwartości i zakorzenionych w potocznej świadomości stereotypach. Zmiana takiego wizerunku wymaga podjęcia działań już na etapie kształcenia w obu zawodach. Jednym z bardzo ciekawych i już realizowanych sposobów jest wspólne działanie zespołów pielęgniarsko-lekarskich w czasie obozów naukowo-szkoleniowych czy zajęcia dla studentów obu kierunków. Pozwala to poznać wzajemne kompetencje i przez to kształtować partnerskie relacje w modelu pracy opartym na szacunku i docenieniu.

Pomimo autonomii zawodu, pielęgniarki większą część czasu pracy poświęcają na wykonywanie licznych zleceń lekarskich przy małej obsadzie pielęgniarskiej w szpitalach. Lekarze doceniają wysokie przygotowanie zawodowe pielęgniarek. Cenią u nich kompetencje, uprzejmość, odpowiedzialność, sprawność manualną i przez to postrzegają je jako partnerów godnych zaufania. Zaczynają dostrzegać i akceptować samodzielność zawodu pielęgniarki, co pozytywnie może wpłynąć na poprawę relacji.



Krystyna Rowecka-Trzebicka
pediatra, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej 1997-2001

Kiedy kwitnie przyjaźń, miłość i braterstwo zawodowe?

Uważam, że słowo miłość nie powinno określać relacji lekarz – lekarz. Należałoby je zastąpić słowem empatia, czyli zdolności odczuwania stanów psychicznych, umiejętności przyjęcia sposobu myślenia oraz spojrzenia na otaczającą rzeczywistość z pozycji innego człowieka. Empatia jest niezbędna w życiu młodego człowieka, który jest lekarzem, bo to on ma dyżur lekarski przez całe życie.

To z empatii wynikają niezbędne w naszym zawodzie cechy, które tak pięknie i wyczerpująco opisał w „Myślach Lekarza” wydanych w 1958 roku prof. Władysław Szenajch, jeden z najznamienitszych pediatrów polskich, działacz odrodzonego samorządu lekarskiego w latach 1926-1931, członek sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. W swych rozważaniach napisał: „Dobre koleżeństwo, dobre współzycie, harmonijna współpraca rozwijająca się we właściwym klimacie moralnym, w atmosferze wzajemnej życzliwości, gdy starsi koledzy służą młodszym przykładem, zachętą, pomocą, mądrym i spokojnym kierownictwem, a młodzi umieją cenić wartość wiedzy i doświadczenia starszych – jest dobrodziejstwem dla członków zawodu, dla instytucji, w której pracują oraz dla tych, którzy ich opieki i pomocy potrzebują...”.

Uważam, że empatia pozwala również na zwrócenie uwagi na nieprawidłowości w postępowaniu innych lekarzy przy zachowaniu, godności, przyjaźni i braterstwa zawodowego. Ich rozwój jest uzależniony od osobowości i wychowania lekarza, ale nade wszystko od przykładu, jaki powinni dawać młodszym starsi koledzy, szefowie i autorytety medyczne. Powyższe zasady współzycia zawodowego lekarzy zostały ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Trudne warunki pracy wynikające z niedofinansowania ochrony zdrowia czy nadmiaru obowiązków nie mogą usprawiedliwiać łamania zasad deontologii lekarskiej. Samorząd powinien być zawsze wsparciem w trudnych sytuacjach dla środowiska. Szczególnie w dobie informatyzacji, pośpiechu, pogoni za dobrami materialnymi nie można zapomnieć, że współpraca między lekarzami zawsze musi być oparta na wzajemnym szacunku.



Włodzimierz Bednorz
internista, długoletni prezes DIL we Wrocławiu
i były wiceprezes NRL

Czy doświadczony lekarz jest niedostępny?

Pytanie jest oczywiście przewrotne, lekarz chce pracować – z tego żyje, więc musi być dostępny dla swoich pacjentów.

Może wybrać jakąś strategię w kontaktach z chorym: w szpitalu lub przychodni pod niedbale zarzuconym fartuchem są przesadnie eleganccy, noszą muszki lub krawaty, modne garnitury, eleganckie buty, kobiety zwiewne apaszki, inni zaś zawsze w ubrankach, często jednorazowych. Kiedyś spytałem chorego o nazwisko lekarza i dlaczego zgodził się na operację. Odpowiedział: jak mogłem odmówić, profesor był taki elegancki, używał trudnych słów, na przemian mówił coś po łacinie lub po angielsku!

Inne elementy strategii postępowania to zatroskana twarz, mina, jakby mu przed chwilą umarł ktoś bliski. Pacjenci to lubią, uśmiech na twarzy lekarza może być odebrany jako lekceważenie pacjenta! Małomówność zaś może być wynikiem niechęci do powiedzenia całej, często niewygodnej prawdy. Albo, niestety, niewiedzy.

Po drugiej stronie łóżka lub biurka jest pacjent o nieznanym nam wiedzy medycznej, często nie znamy jego środowiska domowego i zawodowego. Nie wiadomo, jak przyjmie wiadomość o chorobie i co zrozumie z naszych zaleceń. Trzeba mówić wolno, prosić o powtórzenie, często nie pomaga nawet zapisanie na kartce, wszak w domu nie przeczyta!

W moim przekonaniu określenie „arogancja” nie przystaje do zawodu lekarza, jednak coraz częściej spotykamy się z bezprzekładną agresją albo chorych, albo ich rodzin. Są niegrzeczni, pragną wymusić przeprowadzenie, naszym zdaniem, niepotrzebnych badań, żądają zwolnienia lub korzystnego orzeczenia. Wiedza pacjentów uzyskana często z internetu lub od sąsiadów jest kuriozalna. Wówczas trudno zachować olimpijski spokój...



Magda Wiśniewska
nefrolog, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej
w Szczecinie, przewodnicząca Konwentu Prezesów ORL

Dlaczego nie umiemy rozmawiać?

Rozmowa, czyli dialog bądź konwersacja, to podstawowy sposób komunikacji międzyludzkiej, której środkiem jest przede wszystkim język mówiony, a mówionym treściami towarzyszą gesty oraz mimika, które w przyjętym kodzie kulturowym potwierdzają komunikaty zwerbalizowane, czyli mówione.

Tyle teorii. W praktyce zaś do rozmowy, jak i do tanga, trzeba co najmniej dwojga. Monolog rozmową nie jest. Aby jednak dialog mógł mieć miejsce, musimy mieć nadawcę i odbiorcę przekazywanych treści. Plus obustronną chęć do nawiązania kontaktu.

Dlaczego więc nie umiemy rozmawiać? Trochę dlatego, że nie chcemy, nie umiemy, odwykliśmy, że się obawiamy, co też jest powodem nieumiejętności rozmowy w każdej płaszczyźnie życia: zawodowej, przyjacielsko-koleżeńskie, prywatnej i rodzinnej.

Charakter pracy stawia nas raczej w roli nadawcy treści, stąd też tak łatwo odwyknąć nam od roli odbiorcy. Przyzwyczajenia z pracy przenosimy później na płaszczyznę domową. Każdy z nas lubi mieć rację, a rozmowa zwiększa ryzyko konieczności jej przyznania drugiej stronie. Poza tym coraz bardziej odzwyczajamy się od form „analogowych”. Nowoczesność i cywilizacja na czele z internetem i mediami społecznościowymi odciągają od rozmowy twarzą w twarz. Nie da się ukryć, że pandemia utrwaliła zdalne schematy i z powodów epidemiologicznych mamy

W Polsce pracują 76 463 lekarki i 29 152 lekarki dentystki. Najliczniejsza grupa mężczyzn miesi się w grupie wiekowej 40-45 lat (8 820). Lekarze i lekarze dentyści obojga płci, którzy ukończyli 65 rok życia stanowią 19% ogółu aktualnych członków izby. Podwójne PWZ mają 602 osoby.

mniej szans na rozmowę bezpośrednią. Nie mam nic przeciw postępowi i kontaktom internetowym, jednak nie mogą one stanowić większości naszej komunikacji, bo wtedy tracimy coś bardzo ważnego – emocje, które stanowią, że jesteśmy ludźmi. Dodatkowo digitalizacja doprowadza do postępującej utraty „kompetencji miękkich”: asertywności, empatii, komunikatywności, kreatywności i umiejętności współdziałania w zespole, które w rozmowie z innymi są niezbędne.

Gdy nie rozmawiamy bezpośrednio, narastają nieporozumienia i niezrozumienie, utrudniając pracę w zespole. Samorząd opiera się na relacjach. Najlepsze pomysły rodzą się i szlifują w rozmowach. Gdy zapominamy o podstawowej formie komunikacji, nawet najlepszy sprzęt i najszybsze łącze komputerowe nie pomogą.

Nie bez powodu od ładnych kilku lat na spotkaniach różnorodnych gremiów samorządowych powtarzam: „komunikacja, komunikacja i jeszcze raz komunikacja”.



Antonina Ostrowska
socjolog medycyny, Polska Akademia Nauk

Dlaczego tracimy zaufanie?

Wiadomo, że zaufanie lub jego brak jest podstawą relacji międzyludzkich.

Szczególnej wagi nabiera wtedy, gdy relacje te dotyczą istotnych dóbr dla naszego życia i zdrowia. Idąc do lekarza, ufamy więc, że posiada on kwalifikacje umożliwiające właściwą diagnozę i skuteczne leczenie, wnikliwie nas zbada i wysłucha, okaże zainteresowanie i zaangażowanie. Wyposażeni w wiedzę z internetu stajemy się coraz bardziej aktywnymi pacjentami. Oczekujemy od lekarza klarownych informacji o chorobie i leczeniu – i na ile to możliwe – uczestnictwa w decyzjach nas dotyczących. Z ufnością przyjmujemy skierowania na badania, wykupujemy nie raz kosztowne leki, stosujemy się do zaleceń, bo wierzymy, że działa on w naszym interesie. Lekarz, który spełni te warunki, zyskuje w naszych oczach wiarygodność.

Ten podręcznikowy obraz dobrego lekarza nieczęsto realizowany jest w praktyce, podważając zaufanie zarówno do możliwości, jak i zaangażowania lekarzy. W atmosferze pośpiechu, pobieżnego badania, zdawkowej uprzejmości – trudno liczyć na właściwe relacje. Pacjenci oczywiście biorą pod uwagę społeczny i instytucjonalny kontekst pracy lekarzy. Wiedzą, że wyposażenie placówek i organizacja praktyki lekarskiej przyczynia się do braku czasu, pośpiechu, że ograniczona dostępność i długi czas oczekiwania na badania czy zabiegi nie wynika ze złej woli lekarzy. Widzą jednak także różnice w sposobie traktowania pacjentów w prywatnej i publicznej służbie zdrowia – gdzie wiele tych przeszkód zdaje się zniknąć. A więc można inaczej.

Generalny obraz funkcjonowania systemu medycznego, jego deficyty organizacyjne i infrastrukturalne przyczyniają się więc także do całokształtu wizerunku lekarza, a w konsekwencji do

zaufania, jaki w nim pokładamy. Społeczeństwo docenia zdarrające się niezwykle osiągnięcia medyków czy ich heroiczne porywy (vide COVID-19), jednak w codziennej praktyce liczą się zwyczajne, powszednie doświadczenia.



Marek Balicki

psychiatra, polityk, minister zdrowia w gabinetach Leszka Millera i Marka Belki

Czy szum informacyjny miesza w lekarskich głowach?

Słownik języka polskiego PWN definiuje szum informacyjny jako nadmiar informacji utrudniający wyodrębnienie informacji prawdziwych i istotnych. Zjawisko to ma charakter uniwersalny, dotyczy więc również ochrony zdrowia. Może nawet w większym stopniu niż wiele innych sfer życia społecznego. Widzieliśmy to chociażby i nadal obserwujemy w sprawach związanych z pandemią COVID-19 i akcją szczepień.

Narastaniu szumu informacyjnego sprzyja szybki rozwój internetu i sieci społecznościowych. Można powiedzieć, że zniesione tu zostały wszelkie ograniczenia dotyczące ilości i tempa docierających do nas komunikatów. Przekracza to możliwości ich przetwarzania przez człowieka. Nie poprawia sytuacji coraz powszechniejszy brak poczucia odpowiedzialności za przekazywane treści czy ich prawdziwość.

Czy powstały szum miesza również w lekarskich głowach? Odpowiedź nie jest prosta. Bez wątplenia kompetencje informacyjne lekarzy w swojej dziedzinie są z reguły wysokie. Myślę o umiejętności wyszukiwania informacji, ich selekcji i odpowiedniego wykorzystania. Im bardziej jednak odchodzi się od dziedziny, w której poruszamy się sprawnie, tym łatwiej możemy ulegać różnym zagrożeniom związanym z szumem informacyjnym. Dotyczy to także kształtowania polityki zdrowotnej, organizacji i finansowania systemu.

Brakuje nam na poziomie krajowym instrumentów w obszarze zdrowia publicznego, które zapewniłyby warunki łatwego dostępu przez wszystkich uczestników życia publicznego do informacji uporządkowanej, wiarygodnej i udokumentowanej. To sprzyjałoby zwiększeniu transparentności procesów politycznych i budowania atmosfery między stronami społecznego dialogu, a przede wszystkim zredukowało narastający szum. Taka instytucja zdrowia publicznego o statusie naukowym musi być jednak niezależna od administracji rządowej. Pytanie, czy jest to teraz możliwe, pozostawiam bez odpowiedzi.

Mamy wiele publikacji mówiących, jak sobie radzić z szumem informacyjnym na poziomie jednostkowym. W zdrowiu publicznym potrzebne są także rozwiązania systemowe. Trudniej będzie wówczas mieszać w niektórych głowach.



Halina Ey-Chmielewska

lekarz dentyści, członkini Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Lekarze: analfabeci czy intelektualści?

Pytanie przewrotne. Na początek trzeba zdefiniować: analfabeta i intelektualistę.

Analfabeta to ktoś, kto nie umie czytać i pisać, a ktoś, kto umie czytać i pisać, nie jest analfabeta. Jednak sama umiejętność czytania i pisania nie jest jednoznaczna z byciem intelektualistą. Kogo zatem możemy nazwać intelektualistą? Z definicji wynika, że jest to osoba, która ma bogatą wiedzę, szczególną zdolność do krytycznej oceny sytuacji. W życiu kieruje się raczej intelektem niż emocjami. Powyższe cechy wykorzystuje do wykonywania zawodu. Stanowi autorytet publiczny.

Zatem czy lekarze i lekarze dentyści to intelektualści? Na pewno potrafimy czytać i pisać, często w różnych językach. Posiadamy bogatą wiedzę zdobytą w trakcie wieloletnich studiów, która powinna być stale aktualizowana. Wykonując swój zawód, skupiamy się na zadaniach, więc musimy mieć zdolność do krytycznej oceny sytuacji. Bez tej umiejętności nie ma dobrego diagnosty, a prawidłowa diagnoza to klucz medycznego sukcesu. W pracy nie możemy kierować się emocjami, ale rozumowaniem i aktualną wiedzą. Nasz zawód umieszcza nas w zawodach zaufania publicznego.

Mimo to, w mojej być może subiektywnej ocenie, to, że wykonujemy taki zawód, który nakłada określone zadania i obowiązki, nie wystarcza do stwierdzenia, że jesteśmy intelektualistami. Sama wiedza zawodowa to nie wszystko, a bycie lekarzem i lekarzem dentyścią zobowiązuje. Nasz zawód jest jak szlachectwo. Intelektualista to człowiek erudyty, twórczo myślący, o rozległych horyzontach, nielekąjący się stawiać trudnych pytań i szukać na nie odpowiedzi. Czy tacy jesteśmy?



Aleksandra Bakun

internistka, animator chórów lekarskich Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej

Kogo obchodzi, że lekarz śpiewa?

Mowa ludzka jest śpiewna, zwłaszcza gdy mówimy o miłości lub mamy w sobie empatię. Tego potrzebują wszyscy, lekarze i pacjenci. Moi pacjenci z dumą mówią „nasza śpiewająca pani doktor” i pytają, kiedy następny koncert.

Muzyka towarzyszy nam w życiu niemal w każdej jego chwili. Zaawansowane technologie elektroniczne spowodowały, że słyszymy ją wszędzie, czasem oddziałuje na nas instynktownie, czasem świadomie chcemy związać z nią swoje przeżycia. Wtedy idziemy na koncert lub pielęgnujemy własne pasje muzyczne.

Mimo że wielu z nas przygodę ze śpiewem rozpoczynało od wykształcenia muzycznego, na całe lata odstawiamy swoją pasję w kącie, gdy priorytetem jest spełnianie się w medycynie. Przychodzi jednak taki moment, że powracają marzenia i idąc za głosem duszy, odnajdujemy drugie ja, otwierając się ponownie na sztukę. Zaczynamy przygodę z chórem, orkiestrą, kapelą.

Pierwszy chór lekarzy Medici pro Musica, działający przy Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej, powstał w 1991 roku, dwa lata po reaktywacji odrodzonego samorządu lekarskiego. Jego wzorem posypały się następne. Dziś mamy 11 chórów, zespół Operacja Muzyka, Polską Orkiestrę Lekarzy, kilkanaście zespołów rockowych i liczne grono solistów.

Do rozwoju człowieka sztuka jest niezbędna, zarówno ta uprawiana przez profesjonalistów, jak i amatorów. Pokazał to smutny czas pandemii. Lekarze to humaniści, ich zawód jest sztuką, ale w sercu mają także inne Muzy patronujące malarzom, fotografikom, rzeźbiarzom, prozaikom i poetom. Aby owe talenty rozwijać, konieczne jest wsparcie izb lekarskich, bo wizerunek lekarza kształtowany jest nie tylko przez profesjonalizm zawodowy, ale także rolę w kulturze.

Muzyka pomaga zatrzymać na moment gonitwę umysłu, zatopić się we własnej wyobraźni, uruchomić nowy zmysł. Jednocześnie wykonawców i słuchaczy. A mamy ich wielu wśród kolegów, ich rodzin, przyjaciół, pacjentów, miłośników muzyki. Bo obchodzi ich, że lekarz śpiewa.

Apłauz, z jakim oklaskiwano lekarzy podczas koncertu inauguracyjnego IX Kongresu Polonii Medycznej w Teatrze Narodowym w Warszawie, dowiódł, jak bardzo potrzebni są lekarze-artyści.



Jolanta Małmyga

lekarz dentyista, długoletnia prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim

Czy lekarze potrafią chorować?

Spośród wielu sentencji najchętniej powtarzamy „Lekarzu, lecz się sam!”. Dzięki tej starej maksymie żyjemy krócej, wstydząc się przyznać do najbłahszej i najcięższej choroby.

Nie wiem, na ile świadomie lekceważymy pierwsze symptomy niedyspozycji swojego ciała i umysłu. Głównym motywem jest prawdopodobnie lęk znalezienia się po drugiej stronie biurka, parawanu, stołu operacyjnego i dentyistycznego fotela. Stając twarzą w twarz z koleżeństwem po fachu, podobnie jak zwykli pacjenci chcemy być w pełni wysłuchani, uzyskać niezbędne wsparcie, z odrobiną zawodowej empatii, należytego szacunku...

i kompleksowej opieki. Jednocześnie zaczynamy zastanawiać się, jak sami traktujemy chorych.

Chorowanie wymaga czasu, którego zawsze mamy jak na lekarstwo. Poza wszelkim rozsądkiem wierzymy tylko sobie. Własne zdrowie może przecież poczekać w kolejce. Najtrudniej wykonać telefon do przyjaciela w sprawie osobistej, przetrknąć uprzejmą lub grubiańską odmowę i wysłuchać gorzkich słów o latach zaniedbywanej kondycji. Na koniec trudno zmobilizować się do tych wszystkich zaleceń, które tym razem trzeba zastosować samodzielnie.

Z moich obserwacji wynika, że trochę inne podejście prezentują zabiegowcy, preferujący szybkie cięcia. Ale nie wszystkie problemy można rozwiązać przy użyciu skalpela, tym razem utrzymanego przez kolegę lub... ucznia. Stąd wyczekiwanie z podjęciem decyzji o kontakcie z lekarzem ogólnym. Dajemy sobie czas do ostatniej chwili. Na ratunek bywa już wtedy za późno.

Wykształcenie pozwala na wstępną ocenę rozpoznanej samodzielnie choroby. W pierwszym odruchu potrafimy zlecić sobie dobre leki i na chwilę wyzdrowieć. Dalej są już tylko schody. Chorujemy i cierpimy naprawdę, z trudem uświadamiając sobie, że wymagamy pomocy specjalisty. Z bólem słuchamy, jak szybko w zapomnienie odchodzi rozpoznawalne dotąd nazwisko z tytułem i stanowiskiem, zamieniane w PESEL chorego. Dumne „jestem lekarzem” słabnie i już nie tylko do choroby wstydzimy się przyznać, płacąc w prywatnych gabinetach młodszych kolegów: zdrowych i nieświadomych odwracalności ról.



Joanna Solska

publicystka Tygodnika „Polityka”

Co lekarz ma w garażu?

„Pokaż lekarzu, co masz w garażu!” – w wolnej Polsce po raz pierwszy zakrzyknął Ludwik Dorn, polityk PiS, w czasach koalicji PiS, LPR i Samoobrony. W domyśle – po aucie poznamy, ile bierzesz. Wystawimy cię na osąd publiczny, poszczujemy pacjentów.

Wtedy jeszcze sytuacja, że lekarz może zarabiać dużo i legalnie, była nie do pomyślenia. Medycy i pielęgniarki wynagradzani byli marnie, zgodnie z zasadą z czasów PRL, że i tak sobie dorobią. Łapówkami.

Dzisiaj czytam, że lekarz może „wyciągnąć” miesięcznie nawet 80 tys. zł. Pacjentów znów zalewa krew. Na pazerność lekarzy. Kiedy prowokacyjnie pytam kardiologa: „pokaż lekarzu...”, pokazuje nie tylko dobrej klasy samochód, ale też „wypasiony” rower, szpanerską kosiarkę, samorozkładający się namiot, którego od czasu zakupu nie sprawdził na obiecanej dzieciom wędrownie po górach. Nielicho za to zabulił, tylko brakuje mu czasu, żeby korzystać. Nie narzeka na zarobki, ale nadal jest sfrustrowany. Od lat nie miał urlopu dłuższego niż tydzień, bo jest potrzebny. W szpitalu, w poradni. Nawet w prywatnej klinice nie może przyjąć tylu pacjentów, ilu jest zapisanych, bo zawsze przychodzi więcej. 250 zł za wizytę już nie jest barierą, bo idzie o zdrowie

i życie. Płacą, bo w publicznym leczeniu nie otrzymali pomocy. Są nagrzani na lekarzy.

To bardzo wygodna sytuacja dla rządzących, odwraca uwagę od winowajców. Pokazuje, że nie ma takich pieniędzy, których publiczne leczenie nie zmarnuje. Czyny pacjentów odpornymi na nasilające się protesty lekarzy i pielęgniarek. W razie czego TVPIS pokaże, co mają w garażu. Nawet pandemia nie zmusiła rządu do refleksji, że system ochrony zdrowia musi być naprawiony. Polscy politycy nie są do tego zdolni, boją się, że prawdziwa reforma oznaczać będzie dla partii, która ją zaproponuje, przegrane wybory.

Dlatego lekarze będą emigrować, bo chcą nie tylko zarabiać, ale pracować w sprawnym systemie, w którym mają szansę pacjentowi pomóc. W obecnym są one coraz mniejsze, frustracja medyków i pacjentów narasta. Politycy będą ich nadal szczuć na siebie, żeby nie zwrócili się przeciwko prawdziwym winowajcom. Hasło „pokaż lekarzu...” ma kolosalną przyszłość.



Marcin Wojnar

psychiatra, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Czy jesteśmy większymi alkoholikami niż pacjenci, których leczymy?

Pacjenci są narażeni na podwyższone ryzyko szkody zdrowotnej lub zaniedbania ze strony lekarza, gdy ten znajduje się pod wpływem alkoholu albo walczy z uzależnieniem. Nie wiem, dlaczego tak wielu naszych kolegów ignoruje to ryzyko.

Uzależnienia są powszechne w wielu profesjach. Podobnie jak większość pracowników służby zdrowia, lekarze są szczególnie narażeni na używanie substancji psychoaktywnych, a w szczególności nadmierne picie alkoholu.

Wiadomo, medycy obciążeni są w pracy wyjątkowo wysokim poziomem stresu oraz zmęczeniem związanym z nielimitowanym czasem pracy i emocjami obcowania z cierpieniem i śmiercią podopiecznych. I podobnie jak większość ludzi w sytuacji przeciążenia, lekarze zwracają się w kierunku używek, szukając sposobów radzenia sobie czy wręcz „samoleczenia”, aby jak najszybciej rozładować napięcie.

Badania jednoznacznie pokazują, że produkty spirytusowe, spośród innych substancji odurzających, należą do najczęściej wybieranych przez lekarzy. Alkohol nadużywa około 14 proc. lekarzy mężczyzn i aż 22 proc. lekarzy-kobiet, ponad dwukrotnie więcej niż w populacji ogólnej. Blisko 70 proc. lekarzy przyznaje, że pije, aby „złagodzić stres i ból emocjonalny”. Intensywnie piją anestezjolodzy, chirurdzy, ginekologdy, lekarze medycyny

ratunkowej. Uzależnieni zaczynają pić zazwyczaj jeszcze przed podjęciem studiów medycznych. Stąd wynikają kolejne statystyki. Alkoholizm i zażywanie środków psychoaktywnych związane jest z wysokim wskaźnikiem samobójstw wśród lekarzy – o 40 proc. wyższym wśród lekarzy mężczyzn i aż o 130 proc. wyższym wśród lekarzy w porównaniu z rówieśnikami innych zawodów.

Takie są fakty albo przynajmniej dane ujawniane przez specjalistów. Lekarze należą do grup zawodowych najczęściej ukrywających i maskujących istnienie problemu picia alkoholu. Nie potrafimy przyznać się do jakiegokolwiek słabości.

Lekarze pijący należą z reguły do grupy tzw. alkoholików wysokofunkcjonujących. To pojęcie oznacza osoby spożywające regularnie nadmierne ilości alkoholu, a równocześnie cały czas będące w stanie sprawnie pracować, wypełniać swoje obowiązki zawodowe, kontynuować karierę i życie osobiste. Bardzo trudno jest wytać istnienie problemu z alkoholem u takiej osoby, gdyż potrafi ona znakomicie ukryć picie i jego konsekwencje. Oczywiście jest także wypieranie problemu.



Lidia Sulikowska

dziennikarka, sekretarz redakcji „Gazety Lekarskiej”

Jak umierają lekarze?

Życie nieuchronnie prowadzi do śmierci. Lekarze wiedzą o tym najlepiej, bo na co dzień podejmują walkę o swoich pacjentów, w wielu przypadkach niełatwą i nierówną. I nie raz widzieli śmierć.

Jak zatem lekarze umierają sami? Czy umierają inaczej niż ich pacjenci? Szczęśliwi i spełnieni? A może przepracowani i sfrustrowani? Każdy człowiek pisze swoją własną historię. Każdego droga do śmierci jest jego własną.

Czasem umierają w zupełnej samotności, bo przez brak czasu (z powołania? poczucia obowiązku? potrzeb finansowych?) pokiereszowały się ich relacje z bliskimi. Zdarza się, że tak jak ich pacjenci giną w wypadku albo zostają pokonani przez chorobę. Coraz częściej odchodzą na obczyźnie – bo w kraju nie znaleźli swojego miejsca, nie akceptowali warunków, w jakich przyszło im wykonywać zawód, bo nie mogli rozwijać się zawodowo, nie mogli godnie żyć.

Niestety, czasem umierają też za życia, pokonani przez uzależnienia, które przez lata zdawały się być jedynym ratunkiem po morderczym dniu w szpitalu, po skomplikowanej operacji albo po rozmowie z matką małego chłopca, któremu nie można było pomóc. Z bezradności wobec śmierci, która zagarnia życie.

Umierają wypaleni zawodowo, choć wciąż żyją. Na niekończącym się dyżurze i w pracy na granicy wytrzymałości ludzkiego organizmu. Umierają, lecząc.

O lekarzach zwykło się mówić, że umierając, odchodzą na wieczny dyżur. Kiedyś pewien lekarz powiedział nam w redakcji: Kiedy umrę, tylko nie piszcie mi „odszedł na wieczny dyżur”. Ja za życia już tak się nadyżurowałem, że po śmierci chciałbym odpocząć.

Wierzę, że większość odchodzi w poczuciu spełnienia, dożywszy sędziwego wieku, w otoczeniu rodziny i przyjaciół. Do końca zachowując świadomość, bez cierpienia i odzierającej z godności choroby. I że pozostają na długo w pamięci tych, którym ratowali zdrowie i życie, często kosztem własnego. I że są na tyle mądrzy za życia, że kiedy przychodzi jego kres, nie żałują, jak ich pacjenci – co wykazały pewne amerykańskie badania – że nie żyli tak jak chcieli, że rezygnowali z siebie, bo zawsze coś było ważniejsze.



Krzysztof Makuch

ginekolog-położnik, długoletni prezes ORL w Warszawie i były wiceprezes NRL, animator sportu

Jak lekarz wypoczywa?

Wypoczynek zajmuje dalekie miejsce w hierarchii naszych potrzeb i ustępuje sprawom zawodowym, potrzebom materialnym, a w przypadku lekarek obowiązkom rodzinnym.

Wydawać by się mogło, że o potrzebie wypoczynku naszej grupie zawodowej nie powinno się przypominać, to jednak fakt, że oczekiwana długość życia lekarzy jest istotnie niższa od średniej krajowej, zespół wypalenia zawodowego, kłopoty w walce ze stresem i obciążenie czasem pracy, skłania do zastanowienia się nie tylko, czy chcemy, ale czy potrafimy wypoczywać. Rodzaj wypoczynku uzależniamy od swoich możliwości fizycznych; aktywny sportowo wyjazd, poszukiwanie nowych miejsc atrakcyjnych kulturowo i turystycznie, odosobniony relaks z ulubioną lekturą lub w gronie rodziny i przyjaciół.

Na początku naszej drogi zawodowej czas urlopu zamieniamy na naukę, zaległe staże, a czasem dodatkową pracę. Po założeniu rodziny na plan pierwszy wysuwamy potrzeby dzieci, odkładając swoje plany na później. Obawiam się, że również w naszych planach budżetowych środkami na wypoczynek dysponujemy co najmniej oszczędnie. Duże znaczenie przy planowaniu urlopu mają przyjaciele, znajomi, w towarzystwie których lubimy przebywać, z którymi mamy wspólne zainteresowania. Jednak nawet najbardziej udany urlop nie zapewni nam sukcesu, jeśli nie nauczymy się regularnego sposobu efektywnego korzystania z wolnego czasu.

Zaledwie kilka procent Polaków utrzymuje poziom aktywności fizycznej zapewniający zachowanie zdrowia, a ponad 60 proc. nie podejmuje żadnej aktywności sportowo-rekreacyjnej i dotyczy to również niestety lekarzy. Mamy obowiązek, aby tę sytuację zmienić.

Osobiście preferuję i wszystkim zachęcam do wprowadzenia do kalendarza różnych form wysiłku fizycznego, który jest możliwy w każdym wieku, jednak oczywiście z uzależnieniem jego skali od aktualnego stanu zdrowia. Zachęcam do udziału w organizowanych przez samorząd wydarzeniach sportowych i rekreacyjnych integrujących środowisko, gdzie sportowa rywalizacja staje się najlepszym lekarstwem. Życzę wszystkim udanego

wypoczynku z dala od codziennych zmartwień, komputera, telefonu. Ten wypoczynek będzie regularnie doładowywał nasze życiowe akumulatory dla dobra nas samych, naszych najbliższych i potrzebujących naszej niezawodnej kondycji pacjentów.



Anna Wilmowska-Pietruszyńska

neurolog, długoletni naczelny lekarz ZUS, prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego

Czy medale, apanaże i nagrody mają dla nas znaczenie?

Dla nas, środowiska lekarskiego, nieobce są słowa: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu (...)”.

Tak znane, jednak czy oznacza to, że wynagrodzenie, uznanie i satysfakcja nie mają być dla nas ważne? Nie są najważniejsze, ale mają ogromne znaczenie dla zawodu, który należy wykonywać z pełnym zaangażowaniem i poświęceniem. Bo czy nie łatwiej podejmować się uczestnictwa w kolejnych kursach, szkoleniach i specjalizacjach, gdy wiemy, że prócz wiedzy zdobędziemy również słowa uznania od naszych pacjentów i przełożonych? Nie jest tajemnicą, że wśród nas są osoby, które na swój zawód patrzą już tylko w sposób biznesowy, ale zdrowie ludzi to nie biznes, bo gdy nim się staje, zapominamy o naszej przysiędze, którą złożyliśmy

**Lista obcokrajowców
praktykujących w Polsce
liczy obecnie 2 133 lekarzy
i 576 lekarzy dentystów.
Tylko 4 osoby mają podwójne
prawo wykonywania zawodu.
56 lekarzy i 11 lekarzy
dentystów z obywatelstwem
innym niż polskie
nie pracuje w zawodzie.**

raz na całe życie (przynajmniej zawodowe), a co najważniejsze cierpią ludzie, którzy nie mają środków na leczenie.

A ordery, nagrody... – nie można deprecjonować tych form uznania, za całe lata poświęcenia i wyrzeczeń na rzecz służenia życiu i zdrowiu ludzkiemu. Jako lekarze uczymy się przez całe życie, ponosimy ogromną odpowiedzialność za to, co bezcenne. Dla wielu z nas czas zastężonej emerytury to nie wygodny hotel, ciepłe kapcie i dobra herbatka w zaciszu domowym, ponieważ jest to ciągle aktywne leczenie w przychodniach bądź szpitalach.

Medale, apanaże i nagrody nie powinny stanowić dla nas wartości nadrzędnej w pracy, jednak pamiętać należy, że bez uznania nie ma motywacji, a bez motywacji nie ma profesjonalistów. Wszak młodzi lekarze powinni leczyć nas, Polaków, i o tym musimy pamiętać, bo w przeciwnym razie wybiorą bilet w jedną stronę do kraju, gdzie ich docenią.



Krzysztof Bielecki

chirurg, długoletni Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Czy lekarz, jeśli chce, zna się na wszystkim?

„Tyle możemy, ile wiemy” – tak twierdził Francis Bacon, angielski filozof, twórca empiryzmu. Pierwszym zadaniem lekarza jest zatem poznać samego siebie.

Odpowiadając wprost: jako lekarz chciałbym się znać na wszystkim, aby skutecznie móc pomagać każdemu choremu. Niestety współczesna medycyna wyklucza taką możliwość. Współczesna medycyna poczyniła w ostatnim stuleciu olbrzymie postępy, co czyni niemożliwym, aby znać wszystko, co jest z nią związane. Chęci są, ale trzeba znać granice swoich kompetencji.

Współczesnego lekarza powinna cechować pokora i krytyczna samoocena wobec ogromu wiedzy medycznej. Lekarz powinien uchronić się od efektu Dunninga-Krugera, polegającego na tym, że osoby niewykwalifikowane w jakiejś dziedzinie mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności, podczas gdy eksperci mają tendencję do ich zaniżania. Krótko można to ocenić, że ignorancja częściej jest przyczyną pewności siebie niż wiedza.

Współczesna medycyna oparta jest na pracy zespołowej lekarzy ekspertów, którzy znają granice swoich kompetencji. Ktoś, kto uważa siebie za wszechwiedzącego, zabija ideę pracy zespołowej. Żaden z nas nie jest na tyle mądry, co my wszyscy razem.

Aktualnie w Polsce mamy 77 specjalności lekarskich i 7 specjalności w stomatologii. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 zawiera około 70 tys. kodów diagnostycznych chorób. Według BMJ w świecie jest wydawanych 20-30 tys. czasopism medycznych, a roczna liczba publikacji naukowych wynosi około 2 mln. Wydawnictwo Elsevier w 2020 roku wydawało 2650 czasopism i 560 tys. recenzowanych publikacji. W „Terminologii procedur medycznych” (NIL 2008) znajduje się blisko 99 tys.

kodów procedur medycznych. Pojedynczy lekarz nie jest w stanie nawet w ułamku procenta zapoznać się z tą wiedzą.

Co prawda, w praktyce lekarskiej powinniśmy opierać się na dowodach naukowych, ale nic nie zastąpi doświadczenia klinicznego. Współczesna medycyna to medycyna ekspercka, naukowa, ale powinna być także dziedziną humanistyczną, uwzględniającą nie tylko ciało chorego, ale i jego duchowość.

Na koniec podzielę się maksymą nr 271 Baltazara Gracjana: „Nie będąc zbyt mocnym w swoim rzemiośle, wtedy tylko działaj, gdy masz zupełną pewność” („Brewiarz dyplomatyczny” 1692).



Wojciech Kaatz

lekarz dentysta, prezes Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu

Kogo podziwiają lekarze?

Podziw to nasz zachwyt ogromne uznanie
Euforii stan przyjemny wyjątkowe doznanie
Za czyny wspaniałe tudzież bez powodu
Podziwiamy dojrzałe albo już za młodu
Podziw cnota zacna nie obca nikomu
Potężna i piękna jawna z ekspresyją
Czasem cicha milcząca z podwiniętą szyją
I nieważna forma wyniesiona z domu
Hipokrates podziw wzbudził ongiś wielki
Po wsze czasy będąc naszej wiedzy ojcem
Dziś Doktory, Lekarze na szacunek wielki
Grzęzną w pogoni za gasnącym słońcem
Podziwiać nie podziwiać? Ofelii nie kochać?
W zamkowej scenerii mogła tylko szlochać
Z szekspirowskim rozmachem wszechobecnym pędem
Makijaże świata hamletowskim obłędem
I co by nie mówić i ile znaków na niebie
Wielu z nas po prostu podziwia też siebie?
A więc jakie ideały natenczas nam zostały?
Kogo Wybrańcy teraz podziwiają?
Jakie dzieła i pola współczesnej naszej chwały?
Gdzie pomniki tablice dzisiaj nam stawiają?
Pomniki rodzinom najbliższym kochankom
Za wytrwałość cierpliwość oddanie i wsparcie
Tym żonom na brzegu tym dzieciom w kołyskach
Gdy żagiel rozpięty na SOR-owskich tyczkach
Szpitalnych alejach poradnianych biurkach
Niemych korytarzach i donikąd furtkach
Dla Nich to uznanie bo są naszą flanką
Ostoją opoką nadzieją oparciem...
„A my żyjemy jak kameleony
powietrzem nadzianym obietnicami. Wybornie...”*

* The Tragedy of Hamlet, Prince of Denmark
by William Shakespeare



Jacek Miarka

kardiolog, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

Czy koledzy kryją, a może odkrywają błędy kolegów?

Nie istnieje jednoznaczna, a zarazem uczciwa odpowiedź na to pytanie.

Jeśli z perspektywy sądu popatrzymy na sposób formułowania oskarżeń wobec lekarzy, jesteśmy przekonani, że przynajmniej 60 proc. z nich powstawało przy udziale innych lekarzy. Także wśród opinii wydawanych dla potrzeb sądu znajdują się takie, które wyrażają stanowisko jednostronnie niekorzystne dla obwinionego lekarza, co rzadziej zdarza się praktykom, a częściej utytułowanym luminarzom. Co ciekawe, przeczy to powszechnemu społecznemu przekonaniu o solidarności zawodowej lekarzy.

Zdarzają się też opinie broniące, nawet wbrew oczywistym faktom, ale rolą sądu jest wyważona ocena merytoryczna argumentów obu stron. Bardziej niepokoi mnie jednak coś innego: o klasie lekarza, moim zdaniem, świadczy umiejętność i odwaga przyznania się do popełnionego błędu, także publicznie, co budzi szacunek składu orzekającego, a zdarza się w naszej praktyce niezwykle rzadko.

I smutna konkluzja na koniec. Niestety, nadal zbyt często przed sądem staje lekarz najmłodszy, wykonawca poleceń, a nie realny decydent.



Mikołaj Sinica

rezydent psychiatrii, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

Czy potrzebujemy powołania lekarskiego?

Wystarczy, dość. Spróbujmy powołanie zastąpić profesjonalizmem. Będzie lepiej i dla nas, i dla pacjentów.

„Jeśli chcesz być lekarzem, musisz mieć do tego powołanie” – mówiono, zanim wybrałem studia medyczne. „Powołanie do pracy lekarza jest najważniejsze, pamiętajcie, jesteście elitą tego społeczeństwa” – tak nam wykładano na studiach. „Pamiętajcie, że pracujecie, bo macie powołanie!” – słyszeliśmy na stażu. „A teraz doktorze, bardzo proszę, żeby doktor wziął jeszcze ten czwarty dyżur w tym tygodniu, trzeba się poświęcić...” – usłyszałem, gdy zacząłem pracować. Szybko okazało się, że powołanie

w praktyce to nie empatia, chęć niesienia pomocy pacjentom i walka o ich dobrobyt, a praca ponad siły w systemie, który od dawna już jest niewydolny. W bardzo krótkim czasie idea stała się wymówką do pompowania ego, wyjaśniania własnych niedociągnięć i podstawą do manipulacji młodszymi kolegami.

A może odczarujmy trochę to słowo? Dla mnie lekarz, żeby być dobrym, nie musi mieć powołania. Nie żyjemy już w Polsce 1921 roku, kiedy w 27-milionowym kraju praktykowało 5,5 tys. lekarzy. Nie musimy poświęcać swojego życia i zdrowia, biorąc na barki źle zorganizowany system ochrony zdrowia. Jeśli nadal będziemy to robić, pracować z „powołaniem” w praktycznym znaczeniu tego słowa, na dłuższą metę nikomu nie wyrządzamy przysługi. Ci bez „powołania” wyjadą, zmienią branżę, będą pracować w prywatnie. A ci z „powołaniem” będą spędzać całe życie w szpitalu, popełniając błędy medyczne, wpadając w depresję, umierając na dyżurach – w efekcie ich praca nie będzie prawdziwą pomocą, ale przyklejaniem plasterka na ranę drążącą klatki piersiowej.

Więc jakim lekarzem można być bez powołania? Profesjonalnym. Taki lekarz słucha pacjenta, jest miły, życzliwy, spokojny. Leczy nie tylko decyzjami, ale też gestami, rozmową, prezencją, obecnością. Mamy na to papiery. I co najważniejsze, profesjonalny lekarz najpierw dba o swoje zdrowie, bo wie, że chory czy przemęczony pomaga gorzej albo nie pomoże wcale.

Prawdziwe powołanie lekarskie jest piękne. Jednak zbyt długo już ta idea jest zafatyzowana i wykorzystywana do własnych celów, po to, żeby nami manipulować. Weź ten dyżur, poczuj się odpowiedzialny za to, że nie ma pieniędzy na drugiego lekarza, poświęć się dla szpitala, dla oddziału, dla szanownego dyrektora, dla wojewody, pracuj więcej pomimo tego, że twoje własne życie się sypie, miej powołanie...



Tadeusz Zielonka

pulmonolog, publicysta, członek Komisji Bioetycznej Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii

Czy lekarze znają Kodeks Etyki Lekarskiej?

Wielką porażką stu lat samorządu jest postępująca degradacja znaczenia etyki lekarskiej. Przed wiekiem stawiano na równi wiedzę i postawę.

Dziś zachwiana została ta równowaga i przedkłada się wiedzę oraz umiejętności nad postawę etyczną. Niepostrzeżenie zbudowaliśmy koślawą medycynę, w której na 5716 godzin kształcenia uniwersyteckiego przypada 30 godzin wykładów z etyki lekarskiej. Dlatego pytaniem nie jest dziś, czy lekarze znają Kodeks Etyki Lekarskiej, ale czy uważają, że jest im nadal potrzebny. Niestety, wielu z nich w Przewyśledze Hipokratesa i w Kodeksie upatruje przyczyn niskich zarobków. Od dawna bowiem władza postugiwała się szantażem etycznym dla uzasadnienia permanentnego wyzysku lekarzy. Efekt jest bardzo smutny, Kodeks Etyki Lekarskiej przestał być naszą dumą i stał się źródłem naszych

kłopotów. Część lekarzy uważa, że za etyczną postawę trzeba zapłacić, ale etyka lekarska nie jest towarem na sprzedaż. Co raz częściej lekarze otwarcie kontestują zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nie można jednak głosować, kto jest za tym, by być uczciwym. Niestety nie potrafimy jako społeczność skutecznie bronić Kodeksu przed politykami. Dopuszciliśmy do dewaluacji fundamentalnych zasad, jak np. tajemnica lekarska, która stała się fikcją. Dane medyczne są dziś powszechnie dostępne dla informatyków, urzędników, mediów czy rodziny pacjentów, nawet gdy przed śmiercią wyraźnie się temu sprzeciwiali. Wielu lekarzy nie zna Kodeksu Etyki Lekarskiej, bo jest to możliwe i nie powoduje złych konsekwencji. Mało kto wymaga jego znajomości w kształceniu przed – i podyplomowym czy w praktyce klinicznej. Równocześnie Kodeks nie zawsze jest zgodny z obowiązującymi przepisami, bywa mniej wymagający niż prawo i nie został opatrzony odpowiednim komentarzem. Izba nie potrafi skutecznie przeciwstawić się dewaluacji etyki lekarskiej i uzależnić wykonywania zawodu od przestrzegania Kodeksu. Jeśli jednak nie zrozumiemy, że Kodeks Etyki Lekarskiej jest naszą siłą, a nie słabością, jeśli nie będziemy gotowi poświęcić wiele, by był respektowany, staniemy się profesją bez przyszłości.



Tadeusz Tołłoczko

nestor chirurgii polskiej, rektor Akademii Medycznej w Warszawie 1990-1996

Czemu ufać innym, a nie własnemu sumieniu?

Osoba chorego i jej życie były zawsze dla mnie wartością absolutną. Równocześnie w pełni szanowałem i starałem się być w zgodzie z prawem stanowionym pod warunkiem, że nie było ono i nie usiłowało być regulatorem mego sumienia.

W europejskiej starożytności Pitagoras mawiał: „Czemu ufać innym, a nie własnemu sumieniu?”. Sokrates zaś za ważne uważał rozmowy duszy samej z sobą. Twierdził, że prawdziwe szczęście jest wolne od wyrzutów sumienia. Z kolei Płaton mówił o życiu człowieka wewnętrznego, a Demokryt określił to jego sumieniem. Dopiero w XVIII wieku sumienie zostało nazwane zmysłem moralnym człowieka, ale przyznam się szczerze, że to określenie bardzo mi odpowiada. Tak więc pojęcie sumienia w moim rozumieniu nie wynika z nakazów religii, nie jest skutkiem nakazów i przykazań kościelnych. Jest pojęciem świeckim, wzbogaconym przez moralne nakazy wiary czy religii, w zależności od osoby.

Pragnę jednak zwrócić uwagę na fakt, że łacińska nazwa sumienia „conscientia” składa się z rdzenia „scientia”, czyli „wiedza”, oraz przedrostka „con”, który wyraża współistnienie. Tak więc samo łacińskie pojęcie sumienia wiąże się ze słowem

wiedza. I z tych samych zapewne przyczyn Kant powiedział, że sumienie to głos rozumu. Oczywiście rozumu naprawdę wrażliwego, którego pochodną są wolność i sprawiedliwość. Jeśli uznać sumienie za głos rozumu, to trzeba pamiętać, że rozum nie funkcjonuje w sytuacji jakiegokolwiek przymusu. Zwłaszcza w trybie nakazu. (...)

Prześledźmy rolę sumienia w erze genomu. Kończy się okres ewolucyjnego rozwoju człowieka, zgodnie z koncepcją Darwina, gatunek *homo sapiens* jest umieszczony na najwyższym szczeblu drzewa życia. Człowiek jako jedyne ze stworzeń wyposażony został w specjalny instrument, mianowicie w sumienie. W jakim celu? Bo sumienie ma chronić jednostkę ludzką od czynienia zła innemu człowiekowi, sobie samemu, człowieczeństwu, a równocześnie skłaniać człowieka do czynienia dobra, bo sumienie kształtuje naszą świadomość moralną. Myślę, że sumienie jest takim drogowskazem na drodze życiowej każdego człowieka, wskazującym kierunek prawdy, dobra, wolności, sprawiedliwości. A współczesny relatywizm sprawia, że zło bardzo często nazywane jest dobrem, a dobro złem. Analogicznie kierowanie się w życiu prawdą, okazuje się bardzo często naiwnością, jeżeli nie głupotą. Zaś fałsz się określa życiową mądrością, a co najmniej sprytem. (...)

Albert Einstein przestrzegał: „Nigdy nie postępuj wbrew własnemu sumieniu, nawet jeżeli zażąda tego od ciebie państwo”. Ale pamiętajmy, że jakkolwiek sumienie jest instrumentem odróżniającym dobro od zła, to nie jest w żadnym wypadku zbiorem norm prawnych. To są dwie różne rzeczy. Niemiecki prawnik Rudolf Stengler na podstawie analizy rozwoju systemu hitlerowskiego stwierdził, że „medycyna oparta na prawie, a nie na sumieniu stała się niezauważalnie elementem systemu totalitarnego”. Po latach prawdziwość tego twierdzenia została w zasadzie potwierdzona przez Trybunał Norymberski. (...)

Prawo może ograniczyć wolność fizyczną człowieka razem z jego sumieniem. Może wsadzić człowieka do więzienia razem z jego sumieniem. Ale nie może stać się regulatorem tego sumienia. Dlatego klauzula sumienia nie daje żadnych podstaw do stosowania jakiegokolwiek przemocy ani wobec lekarza, ani wobec chorego. (...)

Wyjmuję z klauzuli sumienia dwa aspekty. Przyzwolenie przez prawo na postępowanie zgodnie z własnym sumieniem, ale równocześnie zakaz zmuszania do postępowania niezgodnego z własnym sumieniem. Klauzula sumienia ma zastosowanie tylko w przypadkach niezgodności sumienia z przepisami prawa. Gdyby nie było przepisów prawa niezgodnych z sumieniem, niepotrzebna byłaby klauzula sumienia. (...)

Normy moralne kształtowały się przez wieki w długotrwałym procesie rozwoju społeczeństw i myśli ludzkiej. Natomiast prawa stanowione często z dnia na dzień, w wyniku doraźnego zapotrzebowania władzy, na przykład przed wyborami raptem ożywają wszystkie dyskusje na temat moralności. Te prawa nie mają dojrzałości czasowej ani wartości uniwersalnej. Równe prawa człowieka przysługują wszystkim ludziom i są niezbywalne. Nie można więc tych praw nikomu odmawiać ani nie można ich nikomu odstąpić. Ponieważ przedmiotem naszych rozważań są pacjent i lekarz, jako ludzie, pojawia się pytanie: czy lekarz musi w jakimkolwiek stopniu podporządkować swoje własne sumienie decyzjom innego człowieka, a więc władzy albo pacjenta? Czy sam fakt, że ktoś staje się pacjentem, unieważnia prawa przysługujące lekarzowi jako człowiekowi? Dlaczego lekarz ma niszczyć swój własny świat wartości?

Osobista wolność sumienia kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność sumienia drugiego człowieka. Tak więc wolność chorego kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność sumienia lekarza. Zgodnie z zasadą równorzędności praw, tak sumienie lekarza, jak i chorego, muszą być wolne od ingerencji drugiej strony. (...)

Łamanie prawa równorzędności oznacza łamanie zarówno prawa, jak i wytycznych moralnych. Z niewiadomych więc powodów lekarz podlegać ma prawnej dyskryminacji jako człowiek i może być traktowany przedmiotowo jako element maszyny, wykonujący zlecenie swoich przełożonych czy władzy. (...)

Klauzula sumienia w praktyce lekarskiej. Kraków 2014



Maciej Hamankiewicz

internista, długoletni prezes Śląskiej Izby Lekarskiej i prezes NRL 2010-2018

Czy umiemy przyznać się do błędu?

Błądzić jest rzeczą ludzką i jak powiedział François de La Rochefoucauld: „Popętnić błąd to jeszcze nie tragedia. Tragedią jest upieranie się przy tym błędzie”.

Pytanie, które mi zadano, należy chyba do puli najtrudniejszych. Odpowiadając, należałoby poprzedzić je albo uzupełnić innymi pytaniami. Czy umiemy dostrzegać własne błędy? Czy widzimy tylko błędy innych? Czy dostrzegając błąd, potrafimy zdefiniować go dostatecznie szybko? Co zrobić, jeśli stwierdzimy: tak, to był błąd?

Samorząd lekarski jest instytucją na wskroś demokratyczną. Demokratycznie wyłania też swoich reprezentantów. Trzeba wielkiej odwagi i poczucia niezależności, by przyznać się do błędu. Niewątpliwie taka postawa powinna cechować Prezesa NRL. I w minionych latach cechowała. Praktycznie wszyscy Prezesi NRL mieli odwagę przyznać się do błędu i skutecznie go naprawiali, chociażby w sytuacji, gdy dokonali niefortunnego wyboru. Zarówno obecny Prezes, ja, jak i mój poprzednik musieliśmy prosić Naczelną Radę Lekarską o odwołanie osób, które wcześniej sami wskazaliśmy jako najlepszych kandydatów do pełnienia ważnych funkcji i jako swoich bliskich współpracowników. Te sprawy osobowe są najtrudniejsze. Jednak nie zabrakło odwagi, by decyzje zapadły. W izbie, w której nie ma charyzmatycznego przywódcy lub też grono delegatów najchętniej nad niczym by nie dywagowało, ich nie będzie, a i do błędu nikt się nie przyzna, bo przecież wcześniejsza decyzja była tajna i grupowa, więc nikt nie musi powiedzieć: „pomyliłem się, trzeba to zmienić”.

Prawne usytuowanie samorządu lekarskiego w wielu przypadkach uniemożliwia nam skuteczne działanie. Często zapowiadamy zdecydowane interwencje, prężymy muskuły, wyciągamy miecze i ruszamy do natarcia, po czym cicho utyskujemy, że „oni” nas nie posłuchali. Chętniej zrzucaamy winę na „nich”, niż przyznajemy się do błędu polegającego na wyborze niewłaściwej strategii, że nie poszliśmy tą drogą, którą iść należało, by osiągnąć cel.

Demokracja ma w swej naturze możliwość działania wielokierunkowego i dokonywania wolnych wyborów. Myślę, że nawet jeśli po latach część z naszych decyzji okaże się błędna, to i tak warto podjąć ryzyko, bo także na błędach można wiele się nauczyć. A jeszcze więcej – przyznając się do nich. Mogą się na nich uczyć inni i stawać się mądrzejsi od nas.



Grzegorz Wrona

anestezjolog, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Jak wizerunek lekarza sprzedaje suplementy?

Suplement to dodatek, uzupełnienie. Ale zapewne chodzi o suplement diety, czyli o środek spożywczy niebędący lekiem – produktem leczniczym – dla formalnej poprawności. Choć co komu szkodziło, aby lek nazywać także formalnie lekiem.

Ale w pytaniu z rozdziału „Etyka” musi być także o naszym Kodeksie. A ten niezmiennie od 1991 roku nie pozwala na wykorzystywanie nazwiska i wizerunku lekarza do celów komercyjnych. Kodeks Etyki Lekarskiej więc stanowi dzisiaj większą barierę dla reklamy niż prawo stanowione powszechnie. Warto zapytać, jakiej reklamy? Suplementu diety reklamowanego przez lekarza jako środek cudowny czy też reklamy lekarza mającego parcie na szkło, na kasę i nadzieję na setki pacjentów w prywatnym gabinecie. Może więc, by uprościć pytanie tytułowe, warto byłoby odpowiedzieć, na ile lekarz jest gotowy wycenić godność wykonywanego przez siebie zawodu? Sądy lekarskie, oceniając zgromadzone dowody, bywają zdziwione wysokością (niskością) tych szacunków. A może to jest właśnie znamię naszych czasów? Sygnałem, że minęło sto lat. Może trzeba zastanowić się, które wartości są trwałe, a które wymagają modyfikacji.

Może jednak w pytaniu nie chodzi o suplementy diety. Może to wizerunek lekarza jest suplementem, dodatkiem. Do uwiarygodnienia złego systemu ochrony zdrowia? Do nadania wartości decyzjom politycznym mającym niewiele wspólnego z aktualną wiedzą medyczną? Do zdobycia głosów wyborczych? A gdybym postawił tezę, że najbardziej światli lekarze nie chcą być suplementem? Może dlatego coraz mniej szanujących przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarzy zabiega o ważne funkcje i stanowiska. Nie chcemy być suplementem, a w każdym razie będąc niezależnymi, służyć powinniśmy jedynie choremu. Pomocą pod postacią szukania przyczyny, wysunięcia rozpoznania, wdrożenia coraz nowocześniejszych i coraz bardziej oszczędnych procedur leczniczych. Jeśli tak sprzedamy swój wizerunek, nie będziemy kojarzeni z reklamą środków o niesprawdzonej, niewielkiej lub żadnej wartości leczniczej.



Tomasz Grodzki
chirurg, polityk, Marszałek Senatu RP

Czy empatia lekarzy to mit założycielski zawodu?

Empatia nie jest mitem. Jest faktem. Jest nam niezbędna jak wiedza.

Bez empatycznego podejścia do pacjenta nie możemy dobrze wykonywać naszego zawodu. Już współcześni Hipokratesowi w swoich pismach podkreślali, że cechowała go troska o chorego człowieka – ze słynnym „Po pierwsze nie szkodzić” na czele. Dlatego możemy empatię uznać, obok wiedzy, za podstawę medycyny. I choć medycyna to nauka – i jako taka oparta na doświadczeniu i faktach, mickiewiczowskim „szkiełku i oku” – to jednak wymieniane przez wieszczka tuż obok „czucie i wiara” są jej nieodłączną częścią. To „czucie” to także, a może nawet przede wszystkim, empatia.

Przytłoczeni ogromem biurokratycznych procedur, limitami kilkunastu minut na pacjenta, kolejkami za drzwiami naszych gabinetów i zmęczeniem, być może zdarzało nam się o empatii zapominać. Nasi pacjenci oczekiwali jednak od nas tego, byśmy byli jak lekarze z Leśnej Góry czy amerykańskich seriali (no może z wyjątkiem doktora House’a), którzy zawsze mieli dla pacjentów czas i dobre słowo. Gdy pacjent oczekiwał od nas otuchy i wsparcia, my musieliśmy wypełniać dokumentację czy biec do kolejnego chorego.

Ale przyszła straszliwa pandemia koronawirusa i zmieniła wszystko. Wyzwoliła całe pokłady empatii. W szpitalach w jednej chwili odcięta naszych pacjentów od bliskich i spowodowała, że byliśmy dla nich jedynym łącznikiem ze światem. Podawaliśmy im telefony, by pożegnali się z rodzinami, gdy czuli, że nadchodzi kres. Trzymaliśmy ich za rękę, gdy odchodzili. To nasze twarze widzieli, gdy szczęśliwie wracali i odłączaliśmy ich od respiratora. Lekarskie zaangażowanie, często ponad siły, przesycone było humanizmem, troską o pacjenta, nierzadko także o jego najbliższych.

Jestem głęboko przekonany, że to nowe, prawie dwuletnie doświadczenie nikogo z nas nie pozostawiło obojętnym, a empatia stała się narzędziem pracy jak skalpel czy stetoskop. Powróciliśmy do hipokratesowych korzeni.

**W Polsce spośród 766
felczerów zarejestrowanych
w Naczelnej Izbie Lekarskiej
nadal pracują 234 osoby.**



Jan Hartmann
filozof, felietonista Tygodnika „Polityka”

Nie zabijaj! Co to dzisiaj znaczy?

Wszystkie komentarze do biblijnego „Nie zabijaj!” zaczynają się od uwagi, że hebrajskie „lo tircach” ściśle tłumaczy się jako „nie morduj!”, czyli nie odbieraj nikomu życia niesprawiedliwie.

Faktycznie, aż do całkiem niedawnych czasów nikomu nie przychodziło do głowy, że starożytny żydowski zakaz zabijania można by potraktować w sposób absolutny. Z trudem przebijały się w ciągu XIX i XX wieku (pod wpływem fermentów liberalnych, lecz również konserwatywnych) takie idee. Najpierw był to postulat zniesienia kary śmierci, potem całkowite potępienie aborcji i eutanazji, a na końcu pacyfizm zakazujący zabijania nawet w wojnie obronnej. Jeszcze dalej idzie weganizm wykluczający zabijanie zwierząt. Ten trend radykalnego rozumienia przykazania ochrony życia wciąż się umacnia, a powszechne do niedawna praktyki, jak uśmiercanie terminalnie chorych, aborcja z powodu pozamajątkowej ciąży i skazywanie zabójców na śmierć, są w większym lub mniejszym stopniu odrzucone przez społeczeństwa Zachodu. Można powiedzieć, że „lo tircach” zaczyna dziś faktycznie znaczyć „(nigdy i w ogóle) nie zabijaj”. Wydaje się, że przyzwolenie na zabijanie dotyczy już tylko wojny obronnej (z wykluczeniem atakowania cywilów) oraz aborcji w przypadku ciężkiego uszkodzenia płodu. Powszechnie znosi się karę śmierci, a w odniesieniu do aborcji przyjmuje się rozwiązania, które realnie zmniejszają jej rozmiary, na czele z ułatwianiem dostępu do antykoncepcji.

Sądzę, że trend wyznaczony przez trwającą od czasów oświecenia rewolucję moralną się utrzyma. W odniesieniu do medycyny oznacza to w pierwszym rzędzie bardzo poważne traktowanie w polityce zdrowotnej oraz w praktyce lekarskiej zasady maksymalizacji liczby uratowanych, czyli unikania wszystkich zgonów, których da się uniknąć. Daleko nam jeszcze do pełnej świadomości takiego obowiązku (zwłaszcza w zdrowiu publicznym), lecz powoli narasta ona pośród gremiów decydujących o alokacji środków na ochronę zdrowia i deficytowych świadczeń. Coraz lepsza ochrona życia polega również na stwarzaniu możliwie najkorzystniejszych warunków w zakresie kontroli płodności oraz opieki nad ciężarnymi i matkami, dzięki czemu spada liczba aborcji. Można też przewidywać, że coraz bardziej upowszechniające się przekonanie, iż każdy cierpiący i znajdujący się w beznadziejnym stanie zdrowia człowiek ma prawo zakończyć swoje życie w sposób bezbolesny i w wybranym przez siebie momencie, nie będzie skutkowało trwałym zwiększaniem się liczby eutanazji, lecz raczej zwiększeniem popularności wspomaganych medycznie samobójstw. O ile bowiem od pewnego czasu prawie już nie zdarza się moralne potępienie samobójców (w to miejsce pojawia się raczej współczucie), to stosunek do lekarzy wykonujących eutanazję, a nawet do pacjentów obciążających inne osoby odpowiedzialnością za taki czyn, jest w wielu przypadkach negatywny.



Jarosław Wanecki

pediatra, przewodniczący Komisji Kultury NRL,
publicysta, członek KKW oraz zarządów UPPL i PTL

Jakich pytań boimy się najbardziej?

Przygotowując materiał „Zeszytu Historycznego”, odbyłem dziesiątki rozmów, opowiadając o genezie krótkich intelektualnych zadań, które postawiliśmy przed autorami. Wymiana zdań w większości przypadków kończyła się nicią porozumienia, ale kilka osób jednoznacznie odmówiło udziału w projekcie, uparcie milcząc lub usprawiedliwiając się brakiem czasu na przygotowanie odpowiedzi. Prawie połowa respondentów przysłała teksty pod wskazanym adresem, nie zadając żadnych dodatkowych pytań.

Większość lekarzy nie lubi odpowiadać na pytania. Wolimy, zgodnie z przygotowaniem zawodowym, pytać innych: pacjentów i polityków, wygłaszając jednocześnie własne poglądy w każdej niemal medycznej specjalności i dziedzinie życia. Erudycja, talent ręk, znajomość smaków świata, sztuki i ludzkich zachowań mają nieprzebrane pokłady w lekarskich głowach. Razem możemy wszystko. Indywidualnie niemal tyle samo.

Jakim jestem lekarzem? Szukając odpowiedzi w mediach społecznościowych i portalach informacyjnych, nie jeden z nas dowiedział się o sobie więcej, niż byłby w stanie wymyślić, oceniając innych. Codziennie odbijamy się w oczach pacjentów, którzy przychodzą po zdrowie albo przynajmniej ulgę w cierpieniu ciała lub umysłu. Kiedy dostają skuteczny lek, dopasowaną doskonale protezę zębową lub elegancko wykończony ścieg chirurgiczny bez pooperacyjnych powikłań, są w stanie wybaczyć nam wszystko. Impertyncję. Chamstwo. Spóźniałstwo. Prymitywizm. Niewybredne żarty i lenistwo. I całą resztę grzechów powszednich.

We współczesnym świecie nic nie pozostaje w próżni. Zanim zamkną się drzwi do gabinetu, kciuki w górę i w dół ustawiają nasze umiejętności zawodowe w rankingu „znanych lekarzy”. Przeglądanie się w tym zwierciadle jest niebezpieczne. W jednej chwili można zostać bogiem lub wpaść w medialny korkociąg i wypalając wszelkie pozostałości powołania frustrację.

Jeszcze trudniej na postawione pytanie odpowiedzieć samemu sobie, po nieprzespanym dyżurze, wyczerpujących przyjęciach w poradni specjalistycznej, żmudnym zabiegu i godzinach spędzonych nad dokumentacją medyczną. Każdy pacjent jest inny. Dla każdego chorego jesteśmy inni. Świadectwo starań najczęściej wystawiane jest na podstawie najstarszego ogniwa, jednej pomyłki terapeutycznej, źle dobranego słowa, nieprzewidywanych komplikacji. Czy przyznajemy się wówczas do rutyny? Czy naprawiamy błędy? A może raczej szukamy winnych gdzie indziej? W źle zorganizowanej pracy i fatalnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia.

Kto mnie będzie leczył na starość? Tak, wiem co pomyśleliście. Sam błędnie na myśl o przyszłości, chociaż wiem, że w młodym pokoleniu wstają świetnie przygotowani adepci sztuki. Ale przypominam sobie także spotkania z lekarzami seniorami, którzy idąc po poradę, zatajali swój zawód i płacili za wizytę w prywatnym gabinecie. Jakie doświadczenia spowodowały w nich takie zachowanie? Gdzie się podziały kodeksy, wykłady o mistrzach i wartościach? W pewnym wieku „telefon do przyjaciela” milczy, bo większość przyjaciół odeszła na wieczny dyżur. A ci, co chorują, stają się anonimowi, przezroczyści, niepotrzebni, roszczeniowi... starzy po prostu.

Opinia publiczna lubi plotki. Dyskusowanie o bajorńskich zabawkach, niebotycznych majątkach, zagranicznych wakacjach i bardzo drogich samochodach pań i panów doktorów, jest normalnym zachowaniem społecznym. Lekarze też tak robią. Podsumowują się nawzajem i lustrują podopiecznych. Zadają niewygodne pytania politykom i biznesmenom, ale sami przemilczają kwestie kas fiskalnych i wykorzystywania zatrudnienia w szpitalu do podbicia swojej rynkowej atrakcyjności. To są nadal pytania tabu. To są raczej tematy bez rzetelnej odpowiedzi.

Ciekawe, jak długo jeszcze?

Osobiście najbardziej boję się imieniem cioci Basi. Zasiadający przy stole barbórkowi goście nie mają żadnych oporów w zadawaniu najtrudniejszych pytań, z opisywaniem wszelakich objawów chorobowych, niezależnie od stawianych na stole potraw i trunków. Apogeum stanowi zawsze imienne zestawienie porad wielu lekarzy na temat tej samej jednostki chorobowej oraz różnice i sprzeczności w zaleceniach. Najgorsze w tym odpowiadaniu jest tłumaczenie zachowań koleżanek i kolegów lekceważących problemy chorego, niedających skierowań, zwlekających z decyzjami, jakby na coś czekali. Na co oni tak czekają Jarek, no na co?

Czy ty też tak czekasz?

A ja codziennie siadam przy biurku i wołam: proszę! Zadaję pytania i niezmiennie boję się, że wciąż nie znam aż tylu odpowiedzi. Dlatego pytam innych. Dzisiaj była nas zaledwie setka.



WYDAWCA

Naczelna Izba Lekarska

Nakład 181 300 egz.

dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Rada Zeszytu Historycznego:

Krzysztof Madej, Paweł Czekalski,
Marek Stankiewicz, Marzena Kowalska,
Marta Jakubiak, Ryszard Golański,
Jarosław Wanecki

Redaktor naczelny Jarosław Wanecki

Redakcja Marta Jakubiak

Adres redakcji

Ośrodek Historyczny NIL
00-764 Warszawa.
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska
22 559 13 26, 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Projekt Grzegorz Urawski

Zdjęcie na okładce Jarosław Wanecki

Skład Montownia / Grzegorz Urawski

Druk

Quad/Graphics Europe Sp. z o. o.



Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich 1989

Dr Jan Adamczyk, dr med. Jan Anaśko, prof. dr hab. med. Tadeusz Bacia, prof. dr hab. Marian Barczyński, prof. dr hab. med. Czesław Baran, Halina Blukis, dr Rela Bogucka, prof. dr hab. Józef Bogusz, prof. dr hab. Ryszard Brzozowski, dr Wacław Bułhak, dr med. Jan Ciećkiewicz, doc. dr hab. med. Jolanta Chojakowska, prof. dr med. Zbigniew Chłap, Piotr Cioczek, prof. dr hab. med. Antoni Chrościcki, prof. dr hab. med. Tadeusz Chruściel, dr Mirosław Cybulko, dr med. Adam Czarnecki, doc. dr hab. Krystyna Czechowicz-Janicka, dr Marian Czapko, dr Eleonora Czerepińska-Gajek, dr Ryszard Dankiewicz, dr med. Jerzy Dębski, dr med. Teresa Dobielińska-Eliszewska, prof. dr hab. Jan Domaniewski, prof. dr hab. Kazimierz Dominik, dr Michał Dowgird, prof. dr hab. Jan Dzieniszewski, prof. dr hab. Eugeniusz Dziuk, prof. dr hab. Stefan Flieger, dr n. med. Andrzej Fortuna, dr n. med. Jędrzej Gajda, doc. dr hab. Tadeusz Garlej, dr med. Stanisław Gawrychowski, doc. dr hab. Zbigniew Gburek, dr med. Stanisław Głuszek, prof. dr hab. Jan Goldstein, płk. dr Jerzy Grejbus, dr Henryk Grzybek, dr Wojciech Guglas, prof. dr hab. Bolesław Górnicki, dr Bernard Górzny, dr Artur Hartwich, prof. dr hab. Jan Hasik, prof. dr hab. med. Tadeusz Horzela, dr n. med. Ewa Hubert, prof. dr hab. med. Janusz Indulski, dr n. med. Wiesław Jakubowicz, prof. dr hab. Jerzy Janecki, prof. dr hab. Zbigniew Jańczuk, dr med. Mieczysław Jarosławski, dr med. Tomasz Jaroszewski, dr Walerian Jędrzejczak, prof. dr hab. Włodzimierz Józefowicz, dr Seweryn Jurgielaniec, dr med. Tadeusz Kaczmarek, prof. dr med. Zygmunt Kaliciński, prof. dr hab. Bogdan Kamiński, prof. dr hab. med. Jerzy Karski, dr n. med. Ryszard Kępiński, dr Bogumił Kilian, dr med. Zbigniew Kledecki, prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok, dr Ireneusz Kliks, dr Stanisław Kochański, dr Bożena Koperska-Wachowiak, doc. dr med. Cezary Korczak, dr Antoni Korniak, prof. dr hab. Tadeusz Korzon, dr med. Julian Kostołowski, prof. dr hab. med. Jan Kostrzewski, dr med. Bogusław Kość, dr Stanisława Kozak, prof. dr hab. med. Barbara Kupa-Wojciechowska, dr med. Grzegorz Krzymański, dr med. Olga Krzyżanowska, dr Kazimierz Kucharczyk, dr Andrzej Kuczkowski, dr Ryszard Kwieciński, dr An na Kwietniwska, prof. dr hab. med. Maciej Latarski, prof. dr hab. med. Stanisław Leszczyński, dr Eugeniusz Litwin, dr med. Piotr Luboński, prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz, dr Ryszard Łopuch, dr Hanna Maciejewska, prof. dr hab. med. Jerzy Majkowski, dr med. Andrzej Machel, dr Tadeusz Marciniak, prof. n. med. Henryk Matuszyński, prof. dr hab. Adam Masztalerz, prof. dr hab. med. Krzysztof Młosek, dr med. Jerzy Moskwa, dr Halina Mrozińska, prof. dr hab. Władysław Nasiłowski, doc. dr hab. Jerzy Niedziółka, dr Jacek Mita, prof. dr hab. Maria Niżnikowska-Marks, dr Wojciech Nowak, dr med. Mieczysław Nowakowski, dr med. Czesława Nowicka, dr Andrzej Obrębowski, dr Ryszard Olszewski, dr n. med. Janusz Opolski, dr Henryk Paja, dr n. med. Andrzej Pawlak, prof. dr hab. Wojciech Pędich, dr Tomasz Pękalski, dr Anna Pietruszewska-Bednarek, dr med. Bożena Pietrzykowska, doc. dr hab. Janusz Piekarczyk, dr Krzysztof Piekarniak, dr Witold Pigoń, prof. dr hab. Halina Pilawska, dr med. Barbara Pisarek, dr Izabela Pobojska, prof. dr hab. Stanisław Pokrzywnicki, prof. dr hab. med. Tadeusz Popiela, prof. dr hab. Stanisław Potoczek, prof. dr hab. Antoni Prusiewicz, prof. dr hab. Włodzimierz Ptak, dr Adam Raczyński, dr n. med. Hubert Rokossowski, prof. dr hab. Alicja Ryżewska, prof. dr hab. Stanisława Rudnicki, dr n. med. Bolesław Samoliński, dr med. Elżbieta Seferowicz, dr med. Władysław Sidorowicz, dr Rajmund Siennicki, dr Tadeusz Sikorski, dr med. Elwira Soplińska, dr med. Zofia Sozańska, prof. dr hab. Eugeniusz Spiechowicz, dr Henryk Stangrecki, dr Kazimierz Stawiarski, prof. dr hab. Jan Steffen, dr med. Józef Stempień, prof. dr hab. Julian Stolarczyk, dr med. Janusz Stroiński, dr med. Sławomir Suchocki, dr Włodzimierz Szczepankiewicz, prof. dr hab. Wiktor Szostak, prof. dr hab. Maria Szpinger-Nodzak, prof. dr hab. Zbigniew Szreniawski, dr med. Zdzisław Schulc, doc. dr hab. med. Janusz Szymborski, dr n. med. Grażyna Śmiech-Ślonkowska, dr Jan Śmielecki, dr med. Michał Świdorski, dr med. Rafał Taczanowski, dr Agnieszka Tańska, dr Wanda Terlecka, dr med. Ewa Tuszkiewicz-Misztal, doc. dr hab. Jan Urbańczyk, prof. dr hab. Aleksander Wasutyński, prof. dr hab. Feliks Wasik, doc. dr hab. med. Jacek Wciórka, doc. Leszek Wdowiak, dr med. Jerzy Werner, dr Czesław Wieliczko, dr med. Ekspedyt Wieliczko, prof. dr hab. med. Tadeusz Winiarski, prof. dr hab. Stefan Włoch, doc. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski, dr Jacek Woźniakowski, dr Zdzisław Wydra, dr med. Ryszard Wyszomirski, dr Barbara Witkowska, dr Krystyna Zakrzewska, prof. dr hab. Witold Zatoński, dr med. Aleksander Zielonka, dr med. Zbigniew Żak, prof. dr hab. Ryszard Jacek Żochowski, dr Danuta Zawistowska,

Prezydium Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich



Przewodniczący - prof. dr hab. med. Ryszard Jacek Żochowski
Z-cy przewodniczącego: dr med. Adam Czarnecki, prof. dr hab. med. Włodzimierz Józefowicz, dr med. Jerzy Moskwa, prof. dr hab. med. Władysław Nasiłowski
Sekretarze: prof. dr med. Tadeusz Lesław Chruściel, dr med. Bożena Pietrzykowska
Skarbnik - dr Hanna Maciejewska

Przewodniczący Komisji:
Gospodarczo-Finansowej - dr Tadeusz Sikorski
Legislacyjnej - dr hab. med. Janusz Szymborski
Regulaminowej - prof. dr hab. med. Bogdan Kamiński
Wydawniczej - prof. dr hab. med. Ryszard Brzozowski
Zjazdowej - prof. dr hab. med. Stanisław Rudnicki

Rekonstrukcja listy za biuletynem I Krajowego Zjazdu Lekarzy 10-12 grudnia 1989 r. Warszawa.

Więcej do czytania w portalu gazetalekarska.pl: Lucyna Krysiak – Sto lat samorządności lekarskiej w Polsce

AUGMENTIN

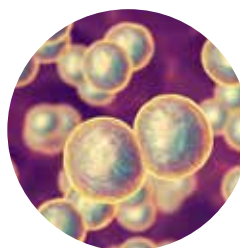
amoksylicyna + klawulanian potasu

NR 1 WŚRÓD ANTYBIOTYKÓW DOUSTNYCH W POLSCE^{*,1}

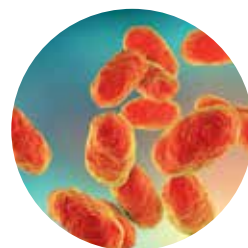
Wykazuje aktywność względem
3 najczęstszych patogenów wywołujących
ostre zakażenia GDO^{2,3,**}



Streptococcus pneumoniae



Haemophilus influenzae



Moraxella catarrhalis

WYBÓR OPARTY NA DOŚWIADCZENIU

^{**} górne drogi oddechowe

Przeciwwskazania: nadwrażliwość na substancje czynne, na którąkolwiek z penicylin lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Wystąpienie w przeszłości ciężkiej natychmiastowej reakcji nadwrażliwości (tj. anafilaksji) na inny lek beta-laktamowy (tj. cefalosporynę, karbapenem lub monobaktam). Wystąpienie w przeszłości żółtaczki lub zaburzeń czynności wątroby spowodowanych przez amoksylicynę lub kwas klawulanowy. **Działania niepożądane:** występujące często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$) – biegunka^{*}, nudności^{**}, wymioty oraz kandydoza skóry i błon śluzowych. ^{*}Bardzo często ($\geq 1/10$) w przypadku tabletek powlekanych. ^{**}Nudności są częściej związane ze stosowaniem większych dawek doustnych. Jeśli objawy żołądkowo-jelitowe są znaczące, mogą być zmniejszone poprzez zażywanie produktu Augmentin z posiłkiem.

^{*} dotyczy wielkości sprzedaży produktów pod marką Augmentin (włączając produkty importu równoległego) w całym rynku ATC2: systemowe leki przeciwbakteryjne, formy doustne (zwykłych form twardych, form twardych o przedłużonym działaniu i zwykłych form płynnych). Augmentin należy zawsze stosować w zakresie wskazań wymienionych w ChPL.
1. IQVIA Dataview National MAT/06/2021; 2. Zielińska-Bliźniewska H., Olszewski J., Antybiotykoterapia zakażeń górnych dróg oddechowych Medycyna po Dyplomie 2017 10; 3. ChPL Augmentin 875 mg + 125 mg, sierpień 2020.