

Listy

Szanowny Panie Prezesie,
bardzo proszę o skuteczną interwencję w sprawie eZLA.

Byłam wczoraj w ZUS i w miłej rozmowie z bardzo miłą panią z ZUS wyraziłam swoje niezadowolenie z czasu, jaki zajmuje wypisywanie eZLA. Na co pani zdumiała się i powiedziała, że wręcz przeciwnie, eZLA bardzo ten czas skraca, bo dotąd to one musiały spisywać dane z druczków, a tak to przychodzi elektronicznie już wpisane.

Nie mogę się otrząsnąć po tej informacji.

Mój szef – człowiek bardzo skrupulatny – zaczął już wypisywać eZLA i zadał sobie ten trud, żeby ze stoperem sprawdzić, ile to czasu zajmuje. Wyszło mu ok. 3 min na jeden eZLA. Szef ma podpis elektroniczny. Ja nie – będę korzystać z e-PUAP. W sposób oczywisty przedłuży to czas wypisywania – wg opinii na forach o dalsze parę, a jak się system zawiesi, to i paręnaście minut. A jak zapomnę telefonu – strach pomyśleć.

Ale pozostajmy przy tych 3 minutach. Zresztą mniej więcej tyle też wykazuje oficjalny filmik instruktażowy ZUS. W ubiegłym tygodniu wypisałam 10 ZLA. Wiadomo, bywa mniej, bywa więcej, mogę się pokusić o dokładne obliczenie, ale na oko jest to uczciwa tygodniowa średnia roczna, a przy tym wygodna dla łatwości obliczeń. Mamy więc 10 eZLA razy 3 minuty, co daje 30 minut w tygodniu, razy 4 tygodnie w miesiącu to 120 minut, czyli 2 godziny niezapłaconej pracy w miesiącu dla ZUS. Żeby ZUS mógł wykazać zmniejszenie zatrudnienia, większą efektywność... Czyli scedowanie obowiązków bez przekazania środków. Brzmi znajomo w izbach lekarskich, prawda?

Ale tak naprawdę to nie to mnie najbardziej boli, nie o pieniądze chcę walczyć. Chodzi mi o ten czas. Wszyscy lekarze gonią czas. Nie pamiętam, kiedy ostatni raz wyszłam z pracy, nie mając żadnych zaległości, a od paru miesięcy na palcach rąk mogłabym policzyć dni, kiedy w ogóle wyszłam z pracy o czasie. I tak samo miałam pojedyncze dni, kiedy żaden dodatkowy pacjent nie wymagał przyjęcia. Te 2 godziny dla ZUS to 8 przyjętych pacjentów. To nerwy, to stres przyjmowania z opóźnieniem przy pełnej poczekalni. To warczenie na pacjentów i współpracowników. I to, czego się boję najbardziej – popełniony błąd lekarski. I niedodiagnozowanie. Staje mi tutaj przed oczyma pacjent, który przyszedł na rutynową kontrolę. Nie, w zasadzie nic mu nie dolegało. Ale ja miałam wtedy czas i dopytałam o te drobiazgi. I pacjent w trybie nagłym trafił do szpitala. A wszystkie choroby depresyjno-lękowe?

Jak tu rozpocząć rozmowę o tym, mając przysłowiowe 5 minut i napór pacjentów za drzwiami, gdy jeszcze pacjent jest przekonany, że choruje na jakąś „prawdziwą” chorobę? Próbowałam i więcej obiecałam sobie nie próbować. Zraża to pacjenta do nas, podkopuje zaufanie. Podczas gdy taka sama diagnoza przy tym samym pacjencie w warunkach wystarczającego czasu wzbudza zaufanie i zwiększa prawdopodobieństwo zażywania leków przez chorego. I tak przykłady można by mnożyć.

Dotąd wypisywanie ZLA zlecaliśmy naszym nieocenionym pielęgniarkom – więc trwało to z wszystkim ze 20–30 sekund dla nas. Ale teraz będzie to niemożliwe – eZLA ma wychodzić z naszego osobistego konta – i to też, choć niejasno, budzi mój opór.

Mam też pytanie – dlaczego trzeba wpisywać na ZLA/eZLA płatnika składek (to jest chyba najczęstszą przyczyną przedłużenia czasu wypisywania)? Przecież ZUS co miesiąc dostaje wpłatę od tegoż płatnika powiązaną z konkretną osobą. Czy nie można tego informatycznie skorelować?

Krótko podsumowując – chodzi mi o to, że wypisywanie eZLA nie może zajmować więcej niż uprzednio, czyli 20–30 sekund. Do czasu takiego usprawnienia systemu proponuję gremialny bierny opór i niewypisywanie eZLA. I proszę w tej naszej walce o wsparcie naszych władz samorządowych i wszystkich innych organizacji.

Pozwoliłam sobie ten mail przesłać do wiadomości wszystkich lekarzy, których adresy miałam. Proszę też o przesłanie go dalej i wspólną dyskusję, co robić.

Z pozdrowieniami,

DARIA HENSCHKE

W ostatnim numerze „Biuletynu WIL” Krzysztof Ożegowski przedstawił felieton odnoszący się do planowanej tzw. ustawy 500+. Przy okazji i niejako na boku porusza też kwestię związaną z *in vitro* i szerzej – początkami ludzkiego życia. Styl i język wypowiedzi Autora budzą mój sprzeciw, a pamiętając, że pisze je lekarz – także niesmak.

Felieton Pana Doktora czytają też pacjenci i pacjentki, dla których taka zygota jest owocem często długoletnich oczekiwań i starań. To takim pacjentkom z rozmysłem nie przepisuje Pan Doktor pewnych leków hipotensyjnych, mając na uwadze szkodę, jaką mogą wyrządzić... no właśnie, komu? Tylko zygocie? Nie zależy to również od wyznawanej przez nich politycznej opcji (co błędnie sugeruje Autor), światopoglądu czy nawet wiary. Takie przekonanie zasługuje na szacunek, zwłaszcza ze strony medyka, który z taką samą bezstronnością traktuje wszystkich swoich pacjentów, nie patrząc nawet na ich polityczne, tak mocno przywoływane przez Autora, zaangażowanie. Pamiętać też warto o tym, że wiele osób przeżywa poronienie, nawet na bardzo wczesnym etapie ciąży, jako pewną stratę, a nawet dramat. Część z nich odczuwa potrzebę pożegnania się z utraconym dzieckiem, choćby symbolicznego. Z obserwacji wiemy, że również takie przeżycia nie są domeną wyznawców jakiegokolwiek partii czy religii. Warto zauważyć, że polskie prawo (dodajmy, że uchwalone nie przez obecny rząd) daje rodzicom możliwość pochówku utraconego dziecka bez względu na czas trwania ciąży, pod warunkiem ustalenia, często w drodze badań genetycznych, płci dziecka. Nie ma ono wówczas wątpliwości, że kryterium czasowe „zaistnienia” człowieka byłoby tu niewłaściwe. Na marginesie, jako ciekawy przytaczam przykład ze Stanów Zjednoczonych, gdzie za zniszczenia jaja (zapłodniona komórka jajowa) bielika amerykańskiego, ptaka będącego jednym z symboli tego kraju, grozi tak samo surowa kara, jak za zabicie dorosłego osobnika. To właśnie takie osoby, czytając niewątpliwie ironiczne słowa o „zygocie” mogą poczuć się dotknięte.

Szczerze szanując pogląd Autora na poruszaną sprawę, apelujemy jednocześnie o zachowanie takiej samej postawy i wrażliwej wyobraźni wobec osób inaczej myślących.

Swoją wypowiedzią wywołał Pan Doktor temat związany z początkiem życia. Naczelnymi tematami współczesnej dyskusji bioetycznej są często właśnie te, związane z *in vitro*, aborcją, eutanazją. Bynajmniej jednak to nie one stanowią o codziennej rzeczywistości wielu lekarzy. Bardziej absorbują ich powszednie decyzje odnośnie do postawienia właściwej diagnozy, wyboru właściwej terapii, znalezienie klucza do rozmowy z pacjentem i jego rodziną czy godzenia obowiązków zawodowych z życiem rodzinnym. Jednakże zagadnienia początku i końca życia – słusznie nazywane granicznymi – są istotne też ze względu na język, jakiego się domagają. Trudno dyskutować z Autorem w stylu, jakiego on sam użył. Trudno wówczas o dyskusję w ogóle. Na pewno można drugą stronę łatwo wykpić, ale czy usłyszymy wówczas siebie nawzajem?

Podkreślam jeszcze raz, że tekst ten nie służy zasadniczo polemice z poglądami Pana Doktora na sprawę godności ludzkiego życia. Chodzi właśnie o sprawę zaistnienia dialogu, który jest zawsze możliwy między ludźmi przy zachowaniu obustronnej dobrej woli. Niezależnie od przekonań, jesteśmy wszak istotami korzystającymi z rozumu i na tej płaszczyźnie zawsze możemy się spotkać. Potrzeba jednak warunku, o którym genialnie pisał wybitny polski myśliciel: „Aby słuchać, trzeba się wychylić ku drugiemu, który mówi. Aby mówić, trzeba się wychylić ku drugiemu, który słucha. Wychylić się to przeskoczyć jakąś odległość, może nawet przepaść. Ponad przepaścią mowa nawiązuje takie więzi, jakich nie ma w żadnym innym wypadku. Jedną z więzi jest zaufanie. Ufam, że mnie słyszysz i odpowiesz”. Ton narzacji Autora wydaje się zaprzeczać poniekąd samej idei dialogu. A przecież właśnie o dialog (mówienie i słuchanie) nam chodzi. Takie spotkanie nie zakłada konieczności wyznawania jednej wiary czy popierania jednej opcji politycznej. Niestety, gdy rozum śpi, budzą się demony...