EGZEMPLARZ BEZPŁATNY • ISSN 0867-2164

ROZMOWA O ZDROWIU: Jedziemy do Soczi – Hubert Krysztofiak

Gazeta Lekarska

2
2014

PISMO IZB LEKARSKICH

Czemu kolejka ta stoi?

Reklama

VITRUM® D3 forte

Vitaminum D3 2000 j.m.

Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego

Zgodnie z Najnowszymi Wytycznymi dla Europy Środkowej [1]

Spis treści

2
2014

13

17

27

46

4 **Na wstępie / R. Golański:** O skutecznym rad sposobie
6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Kto zapłaci? Każdy z nas
8 **Skrining**
10 **Obserwacje / S. Badurek:** Na marginesie „nierozwiązywalnego" problemu
13 **Temat miesiąca:** Czemu kolejka ta stoi?
16 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:** Ochrona Danych Osobowych w UE
17 **Rozmowa o zdrowiu:** Jedziemy do Soczi
20 **Samorząd:** Odważnie patrzeć w przyszłość
24 **Samorząd:** Ministerstwo musi zwrócić pieniądze
26 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Szczęściu trzeba pomagać
27 **Stomatologia:** Niezniszczalna biurokracja
30 **Stomatologia:** Stomatologii kryzys nie grozi
32 **Prawo i medycyna:** Szpital zapłaci za sakrament
34 **Konsultant krajowy:** Alergologia w 2013
35 **Biuletyn NRL**
39 **Z życia lekarza:** Migotanie w przedsionku
40 **Praktyka lekarska:** Statystyka i sprawozdawczość w polityce zdrowotnej
42 **Praktyka lekarska:** Naczelna Izba Lekarska i Ministerstwo Zdrowia pomogą specjalizującym się lekarzom
44 **Ochrona zdrowia na świecie:** Narastające zagrożenie: choroby przewlekłe
46 **Indeks korzyści:** Naklejka z biegnącym pieskiem
48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Opera lekarza i chemika
List do redakcji: Lekarz to brzmi dumnie
49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Uwolnić energię!
50 **List do redakcji:** Już nie cykliści…?
51 **Kultura:** Idę...
52 **Błąd malarski:** Rzut oka
54 **Kultura:** Ile jest nauki w sztuce, ile sztuki jest w nauce – rozterki (młodego) lekarza
56 **Sport**
60 **Ogłoszenia**
68 Komunikaty
69 **Epikryza (39) / J. Wanecki:** Reklama i lekarze, ciąg dalszy...
70 **Jolka lekarska**

Gazeta Lekarska

od 1.01

Przypominamy: obowiązują zmiany w przepisach dot. wystawiania faktur. Wszyscy przedsiębiorcy wystawiają faktury – także ci, którzy są zwolnieni z VAT i dotychczas wystawiali rachunki (tzw. nievatowcy). Zgodnie z rozporządzeniem MF z 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur, faktury wystawiane przez przedsiębiorców zwolnionych z VAT mogą zawierać węższy zakres danych niż standardowe faktury – a ten węższy zakres danych jest w zasadzie tożsamy z danymi, które zawierały dotychczasowe rachunki. Jednakże w przypadku faktury dot. czynności zwolnionych z podatku przedmiotowo, a więc m.in. usług medycznych, należy w fakturze dodatkowo wskazywać także podstawę prawną zwolnienia (np. art. 43 ust. 1 pkt 19 ustawy o podatku od towarów i usług).

7-9.03

W Nowym Targu odbędą się IX Zimowe Igrzyska Olimpijskie. Informacje i zgłoszenia na www. igrzyskalekarskie.org.

28-29.03

Odbędzie się 1. Konferencja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego Perio 2014. Więcej informacji na www.perio.org.pl.

Ryszard Golański

Redaktor naczelny „GL”

O skutecznym rad sposobie

Dwa tygodnie temu rozmawiałem prywatnie z przedstawicielem ważnej organizacji skupiającej polskich przedsiębiorców. Łatwo można się domyślić, że głównym tematem była sytuacja w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem stanu finansów placówek medycznych.

W organizacji owej reprezentowane są także prywatne „przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego”. Przyzwyczajony do utyskiwania na deficytowe bilanse szpitali i przychodni publicznych, z zainteresowaniem słuchałem o ekonomicznych sukcesach niektórych spółek będących właścicielami NZOZ-ów. Ten temat wymaga, być może, osobnego omówienia. Najważniejszym fragmentem wspomnianej rozmowy był jednak zupełnie inny wątek. Mój kolega, jako największe osiągnięcie stowarzyszenia, w którym społecznie pełni ważną rolę, uznał skuteczność w lobbingu legislacyjnym. Chętnie przytaczał przykłady ustaw, które dzięki wspólnym działaniom wielu osób, inspirowanym przez „jego” organizację, były zmieniane z korzyścią dla polskich przedsiębiorców. Słuchając, nie mogłem oprzeć się uczuciu zazdrości. Stanęły mi przed oczami relacje reprezentantów środowiska lekarskiego z posiedzeń sejmowej i senackiej komisji zdrowia, ze spotkań różnego typu zespołów powoływanych w Ministerstwie Zdrowia, podczas których wypowiedzi lekarzy były przysłowiowym „wołaniem na puszczy”. Mimo dużego nakładu pracy i wysiłku wielu z nas, nie udało się nam wypracować skutecznego wpływu na prawo stanowione w ochronie zdrowia. Doświadczenia wielu ostatnich lat dowodzą, że chętniej słucha naszego głosu opozycja niż przedstawiciele koalicji rządzącej, bez względu na barwę polityczną tejże. Może takie działania, jak spotkanie w NIL prezentowane na fotografii poniżej, zmienią tę sytuację.

Zmienili sytuację Koledzy z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Osiągnęli sukces, który jeszcze do niedawna wydawał się być niemożliwy. Wygrali w sądzie proces z Ministerstwem Zdrowia o zwrot pieniędzy należnych samorządowi lekarskiemu za wykonywanie czynności administracyjnych przejętych od państwa. Od lat jest to jedna z bolączek naszego samorządu. Jedynym ministrem, który w pełni refundował te wydatki, był prof. Grzegorz Opala. Kolegom z Krakowa należą się gratulacje i podziękowania. Oby za tym wyrokiem poszły kolejne, w innych izbach. Więcej na ten temat w mojej rozmowie z prezesem Andrzejem Matyją.

Dzień, w którym piszę, to międzynarodowy dzień ochrony danych osobowych. Kiedy usłyszałem tę wiadomość w radiu, nie mogłem powstrzymać śmiechu, ale był to śmiech gorzki. Niedawno wszyscy lekarze szpitala, w którym pracuję, przeszli obowiązkowe szkolenie na ten temat. Przypomniano o zakazie udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta przez telefon i informowano nas o konsekwencjach za złamanie tego przepisu. Nie mogę nic powiedzieć osiemdziesięcioletniej pani o stanie jej męża po operacji, mimo że dzwoni z miejscowości odległej o 70 km. Mam ją poprosić o osobiste stawiennictwo w celu zasięgnięcia informacji. Natomiast, gdyby małżonek zmarł, mam obowiązek do pani zadzwonić z taką informacją. Temat na kolejny felieton: ochrona danych osobowych a portale o lekarzach.

Migawka

FOTO: Katarzyna Strzałkowska

Jak co roku, w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej odbyło się spotkanie noworoczne, w którym uczestniczyli posłowie RP i senatorowie RP, będący lekarzami. Na spotkanie przybył wiceminister zdrowia, Igor Radziewicz-Winnicki. Z parlamentarzystami spotkali się prezes NRL, wiceprezesi NRL oraz członkowie Prezydium NRL. Składano życzenia, wśród których zdrowie oraz poprawa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia były priorytetowe.

Zgłaszanie działań niepożądanych produktów leczniczych

25 listopada 2013 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z dnia 27 września 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1245). Wdraża ona do polskiego prawa dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/84/UE z dnia 15 grudnia 2010 r. zmieniającą – w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

mec.
Jarosław Klimek
radca prawny
OIL w Łodzi

Jak zwykle istotne dla wielu osób szczegóły ukryte są w sformułowaniu „niektórych innych ustaw", które są tą ustawą zmieniane. W tym przypadku zmianie uległy przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a więc dwóch aktach prawnych niezwykle istotnych dla wykonywania zawodu lekarza.

Zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczą art. 45a nakładającego na lekarzy obowiązek zgłaszania niepożądanego działania produktu leczniczego. Obowiązki w tym zakresie ciążą na lekarzach od grudnia 2011 r. i jest to już trzecia zmiana w tym zakresie. Obecnie działanie niepożądane produktu leczniczego lekarz zobowiązany jest zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu. Z ustawy zniknął opis procedury zgłoszenia, nowe przepisy odsyłają w tym zakresie do ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Informacje o takim obowiązku będą też obowiązkowo objęte treścią ChPL. Zgłoszenie może być dokonywane na formularzu dostępnym na stronie internetowej Urzędu Rejestracji. Opis zdarzenia przytacza się w brzmieniu maksymalnie zbliżonym do przekazanego przez osobę zgłaszającą. Ciężkie niepożądane działania produktów leczniczych musi być zgłoszone w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o nim.

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzono nowy rozdział (składający się z jednego artykułu) zatytułowany „Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych". Zgodnie z zawartym w nim art. 12a pacjentom przyznano prawo zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego. Mogą oni dokonywać zgłoszeń nie tylko osobom wykonującym zawód medyczny, ale również bezpośrednio właściwym organom władzy publicznej. Zmiana ma o tyle istotne dla lekarzy znaczenie, że z art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynika obowiązek przestrzegania praw pacjenta, a z jej art. 11 ust. 1 obowiązek lekarza do udzielania pacjentom informacji o ich prawach poprzez wywieszenie pisemnej informacji w lokalu, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnodostępnym. Zawinione naruszenie przez lekarza tego prawa pacjenta w tym zakresie nie uprawnia jednak do żądania od lekarza zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie przepisów kodeksu cywilnego (rozszerzono katalog wyłączeń w tym zakresie z art. 4 ust. 3 ustawy).

Ustawa rozszerzyła również obowiązki w zakresie zgłaszania działań niepożądanych na inne zawody medyczne (pielęgniarki, położne, diagnostów).

Zebrane dane o działaniach niepożądanych będą docelowo kompleksowo opracowywane i udostępniane w jednej bazie danych – EudraVigilance.

Inicjatorem serwisu prawnego dla lekarzy jest firma Gedeon Richter.

Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Kto zapłaci? Każdy z nas

Pod koniec ubiegłego roku minister zdrowia podpisał dwa rozporządzenia. Jedno – obowiązujące już od stycznia tego roku, drugie – dopiero od lipca. Jedno – dotyczące wykazów wyrobów medycznych, drugie – dotyczące wzoru zlecenia.

Obydwa mógł podpisać już dwa lata temu, kiedy weszła w życie ustawa refundacyjna, a nawet jeszcze wcześniej, kiedy jej projekt przewidywał te rozporządzenia. Nic z tego. Pan minister poczekał do ostatniej chwili i nie przeprowadzając kampanii informacyjnej, utrudnił wejście w nowy rok pacjentom i lekarzom. Ze zleceń na wyroby medyczne zniknęły kody, a pojawiły się inne elementy – do sprawdzenia w nowym wykazie. Komunikat NFZ dla pacjentów uprawnionych do zaopatrzenia w wyroby medyczne na podstawie zlecenia pojawił się 15 stycznia br., po opublikowaniu mojego listu do ministra zdrowia w tej sprawie. Komunikat dla świadczeniodawców został zamieszczony przez NFZ dopiero 2 stycznia br., a zarządzenie z Wigilii opublikowano 27 grudnia, a oficjalnie w dzienniku urzędowym NFZ 30 grudnia ub. roku. Konia z rzędem temu, kto może znaleźć na stronie NFZ komunikat z Wigilii. Nawet nie można mówić o sześciu dniach, jakie dano lekarzom i lekarzom dentystom, bo tak naprawdę to dostali JEDEN! To pokazuje, jaki mamy bałagan i jak bardzo lekceważy się naszą pracę, a pacjentów wysyła do nowej kolejki, zamiast te kolejki likwidować.

Jeden urząd – Ministerstwo Finansów – zbiera podatki, drugi urząd – Ministerstwo Zdrowia – odsyła je do NFZ, NFZ przekazuje je świadczeniodawcom, którzy od wszystkiego odprowadzają podatek.

Lekceważeniem powiało też ostatnio w przypadku stworzenia nowego rozporządzenia w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców. W rozporządzeniu tym nie rozwiano podkreślanych przez lekarzy wątpliwości. Nadal powiedziane jest, że organ wydający prawo jazdy ma np. od lekarza neurologa otrzymać informację, że pacjent jest chory na padaczkę. Do ustawodawców nie dociera, że pacjent nie ma obowiązku informowania lekarza, czy prawo jazdy w ogóle posiada. Po drugie – że przekazanie takiej informacji jest złamaniem tajemnicy lekarskiej. Po trzecie – jeśli nawet przyjąć stanowisko Ministerstwa Zdrowia, że to nie jest złamanie tajemnicy – to nikt lekarzom nie wskazał, jaką formę informacja ta ma przybrać i w jaki sposób przekazać ją do organu, żeby nie trafiła do nieupoważnionych osób.

Prezes UOKiK wydała dwie decyzje, w których stwierdziła dyskryminowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia potencjalnych kontrahentów i nałożyła na NFZ karę łączną w wysokości ponad 361 tys. zł. Kto zapłaci? Każdy z nas. Ukaranie instytucji, a nie urzędnika to pomysł rewelacyjny, dzięki któremu państwowym urzędom już nic nie jest potrzebne do życia. Jeden urząd – Ministerstwo Finansów – zbiera podatki, drugi urząd – Ministerstwo Zdrowia – odsyła je do NFZ, NFZ przekazuje je świadczeniodawcom, którzy od wszystkiego odprowadzają podatek (przypominam, że samorząd od dawna upomina się o 0 proc. stawki VAT na usługi medyczne). Trzeci urząd, UOKiK – żyjący z tych podatków – nakłada karę na ten drugi – Ministerstwo Zdrowia, a ten następnie na NFZ, by „państwo" miało z czego żyć. Dla chorych natomiast coraz mniej pieniędzy. Rzeczywiście więc potrzebne są od czasu do czasu kontrole lekarzy, aby wspomóc finansowo ten system.

Na Ukrainie wrze, w starciach na Majdanie giną ludzie, dochodzi do brutalnych pobić. Wielu lekarzy jest na posterunku, zobowiązanych moralnie do ratowania zdrowia i życia wszystkich będących w potrzebie bez względu na to, kim są. I jak ostatnio dowiadujemy się z mediów, oni również są narażeni na przemoc. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po pierwszych doniesieniach o przemocy stosowanej wobec demonstrantów na placu Niepodległości w Kijowie zajęło stanowisko i zaapelowało do wszystkich, którzy mają wpływ na zachowania służb porządkowych i organów bezpieczeństwa o zrozumienie szczególnej roli lekarzy w takich sytuacjach. Poszanowanie osób oznakowanych w wyraźny sposób jako służba zdrowia jest odwieczną tradycją cywilizacji i we współczesnym świecie także chcielibyśmy, aby tak było. Informacje o przemocy wobec lekarzy i innych pracowników medycznych udzielających pomocy osobom poszkodowanym wzbudzają niepokój. Chciałbym, aby to był tylko film, potwierdzający misyjność naszego zawodu, ale przede wszystkim – aby szybko i dobrze się skończył.

Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL

Najlepsi w LEP i LDEP

Po raz kolejny Naczelna Rada Lekarska nagradzała lekarza i lekarza dentystę, którzy najlepiej we wrześniu zdali Lekarski i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy. W ubiegłym roku najlepszy wynik z LEK uzyskała pani doktor Anna Pietrzak z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, otrzymując 179 pkt. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 5801 osób, uzyskując średnio 134,2 pkt. Najlepszy wynik z LDEK otrzymał lekarz dentysta Mariusz Antoni Cierech z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, uzyskując 176 pkt. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 1438 osób, uzyskując średnio 126,1 pkt. Jak podaje Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła zarówno w przypadku LEK, jak i LDEK 192 pkt. Młodzi lekarze odebrali gratulacje i nagrody podczas uroczystego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.

FOTO: Ryszard Golański

Wyroby medyczne – zmiana

1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie MZ w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W związku z podpisaniem tego rozporządzenia Prezes NFZ w dniu 24 grudnia 2013 r. wydał zarządzenie, zgodnie z którym od 1 stycznia do 30 czerwca 2014 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze powinny być wystawione na dotychczasowych drukach zleceń, z tym że lekarz zobowiązany jest w tym okresie do wprowadzenia zmian w wystawianym zleceniu. Uwaga! Nie obowiązują już kody wyrobów medycznych, zatem nie należy ich już wpisywać na zleceniu na zaopatrzenia w wyrób medyczny. Po 1 stycznia 2014 r. na druku zlecenia w pozycji „Nazwa (PO) / (SP)" należy wpisać nazwę, grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego - określoną w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dokładne regulacje dotyczące wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie znajdują się na stronie www.nil.org.pl w komunikacie Prezesa NRL dla lekarzy i lekarzy dentystów. Informacja Prezesa NRL została zamieszczona w związku z chaosem spowodowanym sposobem wprowadzania przez resort zdrowia nowych regulacji dotyczących wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, zwłaszcza w zakresie trybu wystawiania zleceń na zaopatrzenie w te wyroby oraz wobec braku jakiejkolwiek akcji informacyjnej na temat nowego sposobu wystawiania zleceń na wyroby medyczne ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Wybory w OIL – podsumowanie

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej" zostały opublikowane nazwiska prezesów ORL wybranych do momentu zamknięcia numeru – pełne wyniki zostały uzupełnione na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium": w OIL w Częstochowie prezesem został Zbigniew Brzezin, w Beskidzkiej Izbie Lekarskiej w Bielsku-Białej – Klaudiusz Komor, w OIL w Białymstoku – Janusz Kłoczko, w Zielonej Górze – Mariusz Witczak, w OIL w Warszawie – Andrzej Sawoni.

We wszystkich izbach wybrano okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej: w Białymstoku OROZ został Romuald Knaś, w Bielsku-Białej – Dorota Orlicka, w Bydgoszczy – Marek Bronisz, w Częstochowie – Marek Mikołajczyk, w Gdańsku – Maria Adamcio-Deptulska, w Gorzowie Wielkopolskim – Piotr Kleinhardt, w Katowicach – Tadeusz Urban, w Kielcach – Elżbieta Chmielowiec, w Koszalinie – Urszula Mikołajczak-Mejer, w Krakowie – Anna Kot, w Lublinie – Janusz Hołysz, w Łodzi – Januariusz Kaczmarek, w Olsztynie – Mirosława Kozłowska, w Opolu – Zbigniew Kuzyszyn, w Płocku – Leokadia Pielaszkiewicz-Kobylska, w Poznaniu – Artur de Rosier, w Rzeszowie – Włodzimierz Wnęk, w Szczecinie – Jacek Różański, w Tarnowie – Barbara Chudy, w Toruniu – Piotr Piekarski, w Warszawie – Zbigniew Czernicki, we Wrocławiu – Piotr Piszko, w Zielonej Górze – Piotr Dorocki, w Wojskowej Izbie Lekarskiej – Jan Błaszczyk. Na Zjazdach wybierano też delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz członków: Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej i Okręgowej Komisji Wyborczej.

Włocławek u NROZ

W związku z doniesieniami medialnymi z 18 stycznia, dotyczącymi śmierci bliźniąt w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Jolanta Orłowska-Heitzman, postanowiła o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, czy nie doszło do przewinienia zawodowego ze strony lekarzy.

Szkolenia dla młodych lekarzy w lutym i marcu 2014

Trwają „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę." Do udziału w szkoleniach zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski w wieku do 35. r.ż. w trakcie stażu lub specjalizacji.

Szkolenia w lutym i marcu 2014, na które są jeszcze wolne miejsca:

WARSZAWA, 24 lutego – 1 marca, 3-8 marca; tel. 22 558 80 47
WISŁA, 16-21 lutego; tel. 32 285 63 68
NAŁĘCZÓW, 23-28 lutego, 23-28 marca; tel. 32 285 63 68
BYDGOSZCZ, 3-8 marca; tel. 609 321 431
TORUŃ, 10-15 marca; tel. 609 321 431
RACŁAWICE, 9-14 marca; tel. 32 285 63 68
BIAŁYSTOK, 16-21 marca; tel. 32 285 63 68
JASTRZĘBIA GÓRA, 23-28 marca; tel. 32 285 63 68
USTROŃ, 23-28 marca; tel. 32 285 63 68
SZCZECIN, 23-28 marca; tel. 32 285 63 68

Szczegóły i rejestracja na stronie: www.mlodylekarz.org.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że
17 stycznia 2014 roku
zmarł w wieku 65 lat

Doktor Jerzy Pasadyn
(1948-2014)

Wybitny działacz Samorządu Lekarskiego, jego współzałożyciel, delegat na Krajowe i Okręgowe Zjazdy Lekarskie od II kadencji, współtwórca ustawy sejmowej o uzdrowiskach, wielkokrotny przewodniczący Zespołu ds. Uzdrowisk Naczelnej i Okręgowej Izby Lekarskiej oraz przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
Był lekarzem chorób wewnętrznych, specjalistą fizjoterapii i balneoklimatologii, wieloletnim pracownikiem i współpracownikiem sanatoriów uzdrowiskowych w Krynicy-Zdroju, Muszynie, Swoszowicach, Wieliczce i Wysowej.
Pełnił również przez szereg lat obowiązki konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej dla województwa małopolskiego.
Człowiek wielkiej prawości i wiedzy, oddany całym sercem swojej pracy zawodowej i Samorządowi Lekarskiemu. Lekarz charakteryzujący się nieskazitelną opinią człowieka wysokich standardów etycznych, wielką empatią wobec pacjentów i ogromną kulturą osobistą w środowisku lekarskim.
Wyróżniony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką Ministra Zdrowia za zasługi dla ochrony zdrowia, Statuetką im. Macieja Leona Jakubowskiego i Honorową Odznaką Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie straciła jednego ze swoich najlepszych liderów, znakomitego działacza i przyjaciela. Będzie Go nam ogromnie brakowało.
Cześć Jego Pamięci!

Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie
Prezes, prof. Andrzej Matyja

W imieniu Rodziny, Najbliższych oraz Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie składam tą drogą serdeczne podziękowania za nadesłane kondolencje.
Prezes Andrzej Matyja

Na marginesie „nierozwiązywalnego” problemu

Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Przez wiele lat stwierdzaniem zgonu zajmowało się pogotowie ratunkowe. To oczywiście błędne stwierdzenie, bo tak naprawdę tę przykrą powinność wykonywali zatrudnieni w pogotowiu lekarze. Odkąd – zgodnie ze światową modą i w myśl cięcia kosztów – ratownicy medyczni zastąpili w karetkach lekarzy, zaczęły się problemy.

Coo i rusz słyszymy, że nie ma komu stwierdzić zgonu poza szpitalem. Po tym, jak na początku grudnia do przychodni rejonowej w Kraśniku mąż przywiózł zwłoki żony po to, by otrzymać kartę zgonu, odżyła dyskusja na temat konieczności powołania instytucji koronera. Zwolennicy takiego rozwiązania przywołują dobre wzorce z krajów anglosaskich i argumentują, że gdyby orzekaniem o śmierci zajęli się specjaliści, nie dochodziłoby do przypadków przedwczesnego uznania żywych za zmarłych. Takie stanowisko ma wielu zwolenników. „Dziennik Gazeta Prawna” oznajmił nawet w tytule obszernego artykułu, zamieszczonego 30 grudnia 2013 r., że „W każdym powiecie będzie koroner”.

Też jestem pod wrażeniem, gdy w amerykańskim kryminale do akcji wkracza rzutki koroner, a na jego ustalenia czeka sam mistrz Colombo, tudzież jego najlepsi uczniowie. Nie znaczy to wcale, że marzę o polskich koronerach. Bo przede wszystkim skąd mielibyśmy ich wziąć? Medycy sądowi i patolodzy mają dosyć „przyżyciowych” zajęć, a przy tym jest ich dużo za mało, by byli w stanie sprostać potrzebom. To zresztą znane realia, dlatego mówiąc „koroner”, myśli się u nas przeważnie o lekarzu wytypowanym do stwierdzania zgonu. Co w dyskusji na ten temat pozytywne, nawet nasi ukochani politycy, którzy każą nam łatać dziury w systemie powołaniem, empatią, poświęceniem i bezinteresownością, dostrzegają w tym wypadku materialną stronę zagadnienia. Dotarło do nich bowiem, że stwierdzenie zgonu to czynność. Bynajmniej nie tylko związana z wypełnieniem prostego, skądinąd, dokumentu. A jeśli czynność, na dodatek przykra, absorbująca przez okrągły rok, niezależnie od pory dnia i nocy, trzeba nie tylko znaleźć wykonawców na papierze, ale i poszukać dla nich pieniędzy. Na tym polu jesteśmy świadkami niekończącej się gry. NFZ płacić nie chce, zasłaniając się niemożnością finansowania procedury, która nie jest świadczeniem medycznym. Resort zdrowia płacić nie chce i ceduje obowiązek na samorządy. Samorządy płacić nie chcą i odbijają piłeczkę w kierunku centrali. Ping pong trwa od lat, a jego końca nie widać.

NFZ płacić nie chce, zasłaniając się niemożnością finansowania procedury, która nie jest świadczeniem medycznym. Resort zdrowia płacić nie chce i ceduje obowiązek na samorządy. Samorządy płacić nie chcą i odbijają piłeczkę w kierunku centrali. Ping pong trwa od lat, a jego końca nie widać.

Skoro bieda aż tak mocno zagląda nam w oczy, warto rozważyć finansowanie smutnej, acz niezbędnej procedury z zasiłku pogrzebowego. Wynosi on obecnie 4 tys. zł. Jeszcze trzy lata temu była to o ponad jedną trzecią większa suma, ale i dziś to zdecydowanie więcej niż średnia w UE. W niektórych europejskich krajach państwo od takiej pomocy zupełnie się odżegnało. Jest tak na przykład w bogatszych od nas Czechach. Dziesięć lat temu zasiłki pogrzebowe zlikwidowano w Niemczech. Wcześniej, tj. do 2004 r., wypłacano je – uwaga! – przez kasy chorych w wysokości 525 euro w przypadku śmierci członka kasy, względnie 262,5 euro w przypadku śmierci członka rodziny ubezpieczonego przez członka kasy. W Polsce zasiłki są i mimo kryzysu nikt nie mówi o ich likwidacji. Część – podkreślam – niemałego zasiłku pogrzebowego mogłaby być potrącana tytułem pokrycia kosztów procedury stwierdzenia zgonu. Potrącenie musiałoby być dokonywane obligatoryjnie, niezależnie, czy zgon wystąpi w szpitalu, czy też poza nim. Pieniądze za wykonanie procedury otrzymywałby podmiot, który ją wykona, składając rachunek w ZUS lub KRUS. W mojej ocenie wycena na poziomie 400-500 zł rozwiązałaby problem z wystawianiem kart zgonu. Proste, niedrogie i skuteczne. Żadnych koronerów zatrudniać nie trzeba. Wystarczyłaby jedynie lista lekarzy (dowolnej specjalności), którzy chcieliby świadczyć tego typu usługi na danym terenie. O ich fachowość bym się nie martwił. Stwierdzenie zgonu nie jest skomplikowaną procedurą medyczną. Błędy zdarzają się niezmiernie rzadko, a ich rozpropagowanie to wyłącznie zasługa szukających sensacji mediów.

Zmianę przepisów dotyczących wystawiania zwolnień lekarskich przegraliśmy. Posłusznie wypełniamy druki jako wolontariusze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Czy nie przegramy nadchodzącej zmiany prawa regulującego wystawianie kart zgonu?

Czemu kolejka ta stoi?

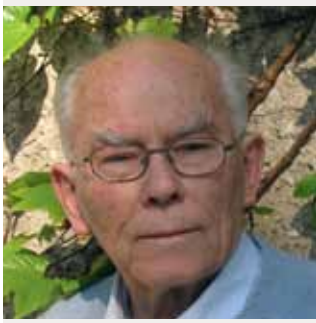
FOTO: Photos.com

Za czym kolejka ta stoi?
Po szarość, po szarość, po szarość!
Na co w kolejce tej czekasz?
Na starość, na starość, na starość!
Ernest Bryll, „Psalm stojących w kolejce”

Pojawiła się krzepiąca informacja o działaniach ministra Arłukowicza w 2013 r. na rzecz skrócenia kolejek do lekarza. Cytuję (PAP/„Rynek Zdrowia” 8.01.2014): „Rok 2013 poświęciłem na przygotowanie się do procesu skrócenia kolejek i zgodnie z tym, co padało publicznie, po I kwartale przedstawimy rozwiązania prawne, których celem będzie skrócenie kolejek – zapowiedział”.

I słyszy się o pewnych szczegółach, co już do działań „przygotowany” zrobić zamierza. Że płacę lekarza POZ zależną dziś od liczby osób, które powierzyły mu sprawy swego zdrowia, zamieni na stawkę od wizyty, że poszerzy uprawnienia lekarzy POZ i że specjalistom podwyższy kwotę za wizytę pierwszorazową. Pełna zgoda na drugie i trzecie, co do pomysłu pierwszego, proponuję, żeby pan minister przygotowywał się przez kolejny rok, czyli niczego w zakresie zasad wynagradzania lekarzy rodzinnych nie zmieniał. Bo można rzecz załatwić bez rewolucji w systemie. A lekarz rodzinny powinien tak pracować, żeby ludzie chorowali jak najmniej i jak najrzadziej potrzebowali jego pomocy. Wynagradzanie go za usługę („fee-for-service”) zasadę tę łamie.

Kolejka do lekarza pierwszego kontaktu jest nieporozumieniem. Może bowiem się zdarzyć, że rejestracja ustawi do tygodniowej kolejki kogoś, kogo problemy czekać nie powinny, a on sam albo o tym nie wie, albo nie potrafi głośno krzyczeć. Ale nie w całym kraju pacjent jest na kolejkę narażony, tyle że nie są nagradzane te praktyki, do których dotarła już cywilizacja, gdzie można umówić się na wizytę telefonicznie i to na dziś lub jutro ani nie są piętnowane te, których na podobny wysiłek organizacyjny nie stać. A można np. w Cieszynie, gdzie mieszkam, i telefonicznie, i na szybko. Zbadałem poprzez znajomych mieszkających w różnych częściach Polski, jak to jest w ich przychodni. Telefonicznie i to na dziś lub jutro mogą się umówić na wizytę u swojego lekarza rodzinnego moi znajomi mieszkający we Wrocławiu, w Łodzi, Katowicach, Tarnowie, Łańcucie, Jastrzębiu, Milanówku. I nie jest to praktycznie możliwe w Warszawie (5 zbadanych poradni). Tu ludzie w większości nawet nie próbują się dodzwonić, tylko wcześnie rano stają karnie w kolejkach po „numerek”. Panuje też przekonanie, że stosunkowo krótsza jest kolejka do lekarza, bo kilkudniowa, jeśli postoi się wcześniej w kolejce do rejestracji, niż gdy się nawet uda człowiekowi dodzwonić. W Żyrardowie można umówić się telefonicznie na dany dzień, jeżeli „jest miejsce”. A jeżeli nie ma, to nie dostaje się terminu na potem, tylko radę… proszę pytać jutro. I tak w kółeczko. W Krakowie w dwóch poradniach termin na dziś/jutro możliwy, w jednej za plus/minus 5 dni i trzeba mieć dużo cierpliwości, żeby się dodzwonić. Mój test nie spełnia wymogów solidnego sondażu opinii, ale pokrywa się np. z głosami do „Szkła kontaktowego”. Niektórzy dzwoniący mówią, że chyba w innej Polsce żyją, bo u nich dostanie się do lekarza nie jest problemem. Czyli nie ma powodu, skoro w wielu miejscach Polski nie pędzi się ludzi potrzebujących porady lekarza rodzinnego do upokarzających kolejek, żeby tolerować taką sytuację m.in. w stolicy. Liczby osób zaoptowanych do POZ są wszędzie w kraju podobne. Są okresy, kiedy chorych jest więcej, pracy wtedy jest więcej, ale są też okresy, gdy zachorowań mniej, i pracy mniej. I wtedy Fundusz nie powinien się troszczyć, czy wszyscy lekarze danej poradni mimo pustych poczekalni grzeją krzesła do 18.00.



Maciej Krzanowski

Doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii

Kolejka do lekarza pierwszego kontaktu jest nieporozumieniem. Może bowiem się zdarzyć, że rejestracja ustawi do tygodniowej kolejki kogoś, kogo problemy czekać nie powinny, a on sam albo o tym nie wie, albo nie potrafi głośno krzyczeć.

Co więc trzeba zrobić, żeby można się było umówić na wizytę do lekarza rodzinnego telefonicznie i to na dziś lub jutro? Uzupełnić umowy z POZ-ami o aneks… termin czekania 1-2 dni i tyle numerów telefonicznych, żeby można się było dodzwonić. W wielu placówkach wystarczy, żeby rejestratorki podnosiły słuchawkę.

Pomysł podwyższenia liczby „punktów" dla specjalisty za przyjęcie nowo skierowanego pacjenta na pewno kolejkę skróci i to bez wzrostu kosztów dla Funduszu, skoro kontrakt ze specjalistą opiewa na ustaloną liczbę punktów. Pracowałem jako lekarz poradni kardiologicznej przez szereg lat i tak gospodarzyłem zakontraktowanymi punktami, że mogłem przyjąć nowych pacjentów w przeciągu kilku tygodni czy nawet dni.

I pomysł drugi, wspomina o nim minister Neumann, poszerzyć kompetencje lekarza pierwszego kontaktu. Na dodatek są one dzisiaj ustalone nierozumnie. Lekarz rodzinny może skierować pacjenta na kolonoskopię, która to procedura jest zabiegiem drogim, urazowym, czasochłonnym, powinna być wykonywana w znieczuleniu. A nie może skierować na badanie usg serca, badanie tanie i nieobciążone żadnym ryzykiem. Czy na wysiłkowy test EKG. Gdyby mógł, nie musiałby każdego pacjenta ze szmerem w sercu czy ze skargami na bóle okolicy serca kierować do kardiologa. Rolę lekarza rodzinnego pełni dziś wielu specjalistów chorób wewnętrznych i ci też posyłają swych chorych do kardiologa tylko dlatego, że ten może wypisać skierowanie na wspomniane badania, a oni nie mogą.

Wymienione propozycje to zmiany w organizacji, do zrobienia od zaraz, a nie za trzy miesiące i nieobciążające Funduszu dodatkowymi kosztami.

Rozwiązań prawnych wymagających zgody Sejmu wymagałby problem skrócenia kolejki do operacji w chorobach przewlekłych (np. operacja zaćmy, endoprotezoplastyki stawów). Trzeba wykonywać tych operacji więcej, niż się to robi i sprawy nie da się załatwić bez dodatkowych środków. Ale nie można tolerować wciąż paradoksu, że są niewykorzystani specjaliści, są szpitale przygotowane do leczenia tych chorych, są chorzy cierpiący i niesprawni, tracący lata życia w komforcie, czekając na odległy termin operacji (a właściwie to „na starość, na starość"), ale brakuje rozwiązań prawnych. Wielu z tych czekających potrafiłoby uciułać połowę tego, ile dziś operacja kosztuje prywatnie. Brakuje, niestety, decyzji, od których prędzej czy później Polska nie ucieknie i jest zaklinaniem rzeczywistości, że może być inaczej.

Nie ma powodu, skoro w wielu miejscach Polski nie pędzi się ludzi potrzebujących porady lekarza rodzinnego do upokarzających kolejek, żeby tolerować taką sytuację m.in. w stolicy.

Kalendarium kolejkowe

Temat **k**olejek zostaje poruszony przez premiera RP na miesiąc przed wnioskiem opozycji o wotum nieufności dla ministra. – Skrócenie k**o**lejek jest niezbędne, zarówno jeśli chodzi o lekarzy pierwszego kontaktu, jak i o specjalistów – mówi mediom premier Donald Tusk 20 grudnia ub. roku. – W ciągu kilku miesięcy minister musi mi zameldować, że problem rozwiązał. Jeśli powie, że nie da rady, przyjdzie następny, który to zrobi – zaznacza premier RP.

Pod koniec grudnia ub. roku jeden z tygodników podaje, że minister Arłukowicz proponuje, jako sposób na skrócenie ko**l**ejek, zabranie lekarzom z POZ stawki kapitacyjnej i przekazywanie im środków wyłącznie za realnie udzielone porady. Dyskusja, czy to dobry, czy zły pomysł, toczy się w mediach.

Na początku roku, 10 stycznia, na stronie internetowej kancelarii premiera RP pod tytułem „Godne życie i godna praca Polaków. Rok 2014 początkiem wielkiej zmiany" skrócenie kol**e**jek pojawia się wraz z tematami m.in. oskładkowania „śmieciówek" i darmowych podręczników dla pierwszaków. Temat omówiony zostaje krótko: „W marcu rząd przedstawi pakiet działań, które mają skrócić kolejki do lekarzy. Premier podkreślił, że szczególna uwaga poświęcona będzie walce z rakiem".

Minister Arłukowicz porusza temat kole**j**ek 21 stycznia br. dla jednej ze stacji telewizyjnych. Mówi, że w 2015 r. będziemy dostrzegali stopniowe zmniejszanie się kolejek do lekarzy specjalistów. Receptą na skrócenie kolejek ma być powierzenie lekarzom rodzinnym „wszystkiego tego, co lekarz rodzinny może zrobić pacjentowi" bez odsyłania go do specjalisty. – Do specjalisty będą trafiali tylko ci, którzy naprawdę muszą trafić do specjalisty – dodaje.

Dwa dni później w wystąpieniu w Sejmie RP minister zdrowia o kolej**k**ach mówi tylko tyle: „Kolejki w Polsce są za duże, ale trzeba powiedzieć prawdę, że wizyt u lekarza, porad lekarskich u lekarza rodzinnego, udzielamy rocznie blisko 140 mln, u specjalisty – 80 mln, liczba hospitalizacji to 8 mln i liczba wyjazdów karetki pogotowania to 3 mln rocznie".

Jeden z posłów wypowiada tezę, która zaczyna krążyć w internecie. Pojawiają się obrazki ludzi stojących w kolejce do lekarza z podpisami: „Rząd ma nowy pomysł na skrócenie kolejek w służbie zdrowia... ludzie muszą po prostu bliżej siebie stawać".

Następnego dnia, 24 stycznia br., w Sejmie RP odbywa się głosowanie nad wnioskiem o wotum nieufności dla ministra. Premier RP mówi: „Ciekawy jestem, czy tak naprawdę to wotum nieufności nie jest spowodowane obawą, że nam się znowu coś może udać **i** że waszym czarnym snem jest to, że być może w marcu naprawdę Polacy zobaczą, że jest realna szansa na skrócenie kolejek; być może to jest wasz czarny sen, że komuś w Polsce znowu się coś uda".

oprac. KS, MJ

Szkocki sposób na kolejki do szpitali

Polska nie jest jedynym krajem, który boryka się z problemem kolejek do lekarzy. Wiemy, że takie kłopoty ma brytyjski system opieki zdrowotnej. Jesienią ubiegłego roku władze medyczne Szkocji postanowiły radykalnie przeciwdziałać długim kolejkom oczekujących na leczenie operacyjne w szpitalach publicznych. Okres czekania często przekraczał dwanaście miesięcy. Według nowych regulacji od momentu, kiedy chirurg lub inny lekarz specjalizacji zabiegowej w szpitalu publicznym potwierdzi zasadność skierowania, wystawionego przez lekarza ogólnego i konieczność leczenia operacyjnego, do dnia samego zabiegu nie może minąć więcej jak dziewięć tygodni. Jeżeli szpital nie wywiąże się z tego zapisanego w dokumentach zobowiązania, musi wskazać pacjentowi szpital prywatny, w którym może mieć wykonaną taką operację, a następnie musi ponieść związane z nią koszty! W prywatnych placówkach koszty są oczywiście co najmniej dwukrotnie większe i ich pokrycie znacznie obciąża szpitalny budżet. Aby uniknąć tego płacenia, liczba operacji w szkockich szpitalach istotnie wzrosła. Lekarze i pielęgniarki skarżą się na znaczące zwiększenie obciążenia codzienną pracą. Efekty, w postaci skrócenia kolejek, pacjenci podobno już zaczynają odczuwać.

Ryszard Golański

Decyzji o zmianie koszyka świadczeń, zamianie niektórych z nich w pełni refundowanych na częściowo refundowane, bez czego gadanie o ubezpieczeniach dodatkowych ma niedużo sensu. Na przykład za endoprotezoplastykę odpłatność 50 proc. Wymagałoby to jednak refundacji płatnej części ceny świadczenia tym osobom, które spełniają ustalone kryteria niskiej dochodowości, przez obecne w budżetach gmin istniejące na ten cel fundusze. Oczywiście, przy odpowiednim zasileniu ich przez budżet państwa. Sprawa ma już precedens w refundacji leków wymagających współpłacenia przez pacjenta. I gminne ośrodki pomocy społecznej refundują ludziom o niskim stopniu zamożności kwoty wydane na ten cel.

Osobnym zagadnieniem są kolejki w onkologii. Tu czas przekłada się na „być albo nie być". Nie można z jednej strony tłumaczyć ludziom, że warunkiem wyleczenia z raka jest jego wczesne rozpoznanie, a jednocześnie wyznaczać termin do badań czy leczenia za kilka miesięcy. Przypadek kilkumiesięcznego czekania młodego człowieka na radioterapię, opisany ostatnio przez „Politykę", jest wstrząsający. Są pewne procedury nielimitowane przez Fundusz (położnictwo, interwencje w chorobie wieńcowej), nie można nie dołączyć do nich leczenia nowotworów.

Jest jeszcze jeden problem. Trzeba rozeznać, przyjrzawszy się krajom z dobrą organizacją lecznictwa, ilu potrzeba w Polsce specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny. I kształcić ich we właściwych proporcjach. Ukazała się ostatnio informacja, że w województwie kujawsko-pomorskim kolejki do endoprotezoplastyki są długie, ale nie z powodu niedostatku środków w Funduszu, a z powodu braku wyszkolonych ortopedów na tamtym terenie.

Konstanty Radziwiłł

Stały Komitet Lekarzy Europejskich

Ochrona Danych Osobowych w UE

Od dwóch lat instytucje Unii Europejskiej intensywnie pracują nad projektem rozporządzenia regulującego ochronę danych osobowych. Przepisy zmierzają do uporządkowania praw obywateli i obowiązków instytucji przetwarzających ich dane w zmieniającym się otoczeniu. Po rozpatrzeniu ponad 3000 poprawek Komisja Wolności Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych PE (LIBE) przyjęła projekt, który obecnie jest przedmiotem negocjacji przedstawicieli PE i Rady Europejskiej (przedstawicieli rządów). To Rada właśnie (a dla nas Rząd RP) powinna być adresatem ewentualnego lobbowania na rzecz oczekiwanych rozwiązań.

Co zawiera projekt? Na przykład wprowadza **maksymalne grzywny** za naruszenie zasad ochrony danych – ich poziom został ustalony na 100 mln euro! Reguluje **przekazywanie danych do krajów poza UE** – szczególne zezwolenie od krajowych organów regulacyjnych (w Polsce – GIODO) jest wymagane do ujawniania danych osobowych przetwarzanych w UE, w przypadku gdy np. sąd w państwie trzecim zarządził takie ujawnienie. **Wyraźna zgoda** – zgoda na świadczenie usług nie może być uzależniona od wyrażenia zgody przez osobę na przetwarzanie jej danych, które nie są niezbędne dla tej usługi.

Są też regulacje, które wzbudziły szczególne zainteresowanie i sprzeciw środowiska medycznego. Wprowadzenie **możliwości odebrania szerokiej zgody na przetwarzanie danych medycznych dla więcej niż jednego badania w przyszłości** wyraźnie zmienia wymagania szczególnej ochrony danych wrażliwych osób uczestniczących w badaniach medycznych. **„Prawo do bycia zapomnianym”** – zasada, która stanowi, że administrator danych powinien nie tylko usunąć dane osoby wnioskującej, ale także przekazać jej wniosek podmiotom, którym dane zostały zreplikowane. **Obowiązek zatrudnienia inspektora ochrony danych osobowych** i **prowadzenie okresowych kosztownych ocen stanu ochrony danych** będzie uzależniony od liczby przetwarzanych rekordów (5000 w ciągu 12 miesięcy).

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), a za nim organizacje członkowskie (w tym Naczelna Izba Lekarska) domagają się zmian:

- utrzymania dotychczasowej zasady konieczności uzyskania zgody pacjenta na każde wykorzystanie jego danych medycznych,
- wyłączenia danych zbieranych przez placówki medyczne z „prawa do bycia zapomnianym” (do usunięcia danych),
- wprowadzenia obowiązku zatrudnienia inspektora ochrony danych osobowych i prowadzenie okresowych ocen stanu ochrony danych tylko dla firm zatrudniających większą liczbę pracowników (wg obecnie proponowanych przepisów obowiązek ten objąłby np. indywidualne praktyki lekarskie).

Warto obecnie zintensyfikować nacisk na Ministerstwo Zdrowia i Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, aby stanowisko polskiego Rządu wsparło lekarskie oczekiwania.

FOTO: Szymon Sikora (PKOl)

Jedziemy do Soczi

Z Hubertem Krysztofiakiem, przewodniczącym Komisji Medycznej PKOl, szefem polskiej misji medycznej na Zimowe Igrzyska Olimpijskie w Soczi oraz dyrektorem Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej, rozmawia Marta Jakubiak.

Jak ustalany jest skład teamu medycznego na igrzyska?

Bezpośrednio przed igrzyskami powoływana jest Rada Przygotowań Olimpijskich Polskiego Komitetu Olimpijskiego. Na podstawie liczby zakwalifikowanych zawodników rada określa liczbę członków zespołu zaplecza technicznego: trenerów, serwismenów, lekarzy, fizjoterapeutów i zespołu obsługi. Spośród kandydatów zgłoszonych przez związki sportowe wybieramy team medyczny do obsługi igrzysk. Decyzję, jakich i ilu specjalistów będziemy potrzebować, podejmuję ja jako osoba odpowiedzialna w Polskim Komitecie Olimpijskim za zorganizowanie zespołu medycznego. Dokonanie wyboru nie jest trudne, bo znamy się dobrze i tworzymy grupę, która współpracuje ze sobą w obszarze Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej. Ponadto spotykamy się cyklicznie na odprawach, na które każdy musi przygotować konkretne informacje, np. jakie kłopoty zdrowotne mają zawodnicy, jakie problemy się pojawiają, ewentualnie jakie są ryzyka antydopingowe w przypadku zawodników przyjmujących leki.

Jakie są zadania Komisji Medycznej PKOl?

Komitet olimpijski zajmuje się nie tylko sportem kwalifikowanym, jego zadaniem jest również realizowanie szeroko pojętej misji olimpijskiej adresowanej do ogółu

społeczeństwa, dlatego w obrębie PKOl działają różne komisje, między innymi Komisja Medyczna. Jest ona ciałem doradczym, nadzoruje realizację określonych projektów w obszarze zdrowia, ocenia je, dostarcza informacji, wskazuje trendy działania.

Należy pamiętać, że medycyna sportowa jest jednym z bardziej znaczących elementów sukcesu zawodników, ale nie jest ona tylko i wyłącznie dla sportowców. Chcielibyśmy, aby sportowcami byli wszyscy, by dzięki aktywności fizycznej stawali się zdrowsi.

Jak rekrutowani są członkowie Komisji Medycznej PKOl?

Większość ekspertów to osoby z rekomendacji działających już członków komisji. Są też eksperci zgłaszani przez organizacje skupione przy PKOl, jak np. regionalne rady komitetu olimpijskiego. Organizacje te mogą rekomendować jakiegoś naukowca, profesora, lekarza w ramach jego aktywności regionalnej.

Do współpracy zapraszamy też osoby, które pokrywają takie pola aktywności, na których potrzebujemy wsparcia. Tak rozpoczęła się na przykład nasza współpraca z prof. Jolantą Kujawą, szefową Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Ponieważ w Polsce nie ma ustawy o zawodzie fizjoterapeuty i nie istnieją regulacje prawne dotyczące pracy tej grupy zawodowej, zaczęły wytwarzać się konflikty między lekarzami a fizjoterapeutami. To fakt, że nasi fizjoterapeuci są doskonale wykształceni, ale nie mogą wchodzić w kompetencje lekarzy, a czasem zaczynają to robić: trochę diagnozują, trochę leczą, zlecają badania. Potrzebny jest więc nadzór nad ich pracą. Chcemy stworzyć wewnętrzne regulacje, aby skodyfikować tę sprawę.

Od jak dawna przewodniczy pan komisji?

Od 2008 r., ale z polskimi olimpijczykami związany jestem od 1997 r. Na pierwsze igrzyska pojechałem w 1998 r. do Nagano. Wszystko jakoś się przenikało. Pod koniec studiów zacząłem współpracę z prof. Krystyną Nazar w Instytucie Medycyny Doświadczalnej PAN w Zakładzie Fizjologii Stosowanej jako stażysta i doktorant. Specjalizowałem się wówczas w badaniach wydolnościowych i koncepcjach fizjologicznych, które miały zastosowanie w sporcie do optymalizowania treningu. W 1996 r. dostałem propozycję od dra Zbigniewa Rusina, aby podjąć pracę w pracowni badania wydolności fizycznej w COMS-ie. Wcześniej pracowałem w Klinice Kardiologii w Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim, gdzie szefem był prof. Jerzy Kuch, fascynat sportu, kiedyś aktywny siatkarz. Przed igrzyskami w Nagano dr Rusin zaproponował, abym zaopiekował się łyżwiarzami. I tak pojechałem na swoje pierwsze igrzyska olimpijskie. Od igrzysk w Pekinie jestem szefem olimpijskiej misji medycznej. W 2005 r. zostałem powołany na szefa COMS-u.

Do Soczi pojedzie około sześćdziesięciu zawodników. Ilu członków będzie liczyła kadra medyczna?

Planujemy, że do Soczi wyślemy – przy jednej wymianie w trakcie igrzysk – 5 lekarzy, 8 fizjoterapeutów i 1 psychologa. Największy zespół medyczny pojechał do Pekinu – 54 osoby.

14 osób to niewiele.

Ale w zupełności wystarczy. Igrzyska olimpijskie mają pełne zaplecze medyczne i dzięki zdobytym wcześniej doświadczeniom wiemy, jak to zaplecze wykorzystywać. Na terenie wioski olimpijskiej działa poliklinika z doraźnym zapleczem szpitalnym, pełną diagnostyką obrazową, laboratoryjną i aptekami.

Co kadra medyczna musi ze sobą zabrać?

Zabieramy podstawowe wyposażenie ambulatorium, żeby główne leki, materiały opatrunkowe i narzędzia mieć pod ręką. To nasz wspólny bagaż medyczny. Dodatkowo niektórzy fizjoterapeuci zabierają swoje ulubione zestawy, z których korzystają na co dzień. Do tego jedzie sprzęt kardiologiczny i do fizykoterapii.

Czy nasi olimpijczycy są w dobrej formie? Na takim poziomie o kontuzje nietrudno.

To fakt, kontuzje przydarzają się często. Monitorujemy ryzyko i staramy się je ograniczać, wdrażając różne projekty profilaktyczne. Stanowią one jednocześnie duże badania naukowe. Rozpoczynamy je na długo przed igrzyskami. Na przykład w ramach sieci doskonałości GA^{2}LEN został zainicjowany projekt skriningu zawodników w kierunku rozpoznania astmy i alergii. Jego koordynatorem był prof. Kai-Hakon Carlsen, jeden z najlepszych ekspertów od astmy wysiłkowej.

W ramach tego projektu przebadaliśmy zawodników. Tam, gdzie zostały wykryte nieprawidłowości, wprowadzaliśmy rzetelne leczenie. Było też dużo świeżych rozpoznań. To był czas gorących dyskusji na temat leczenia astmy wysiłkowej w sporcie. MKOl ustalił wówczas restrykcyjne kryteria diagnostyczne na podstawie przeprowadzanych prób czynnościowych i próby rozkurczowej: jeśli miano objętości wydechowej jednosekundowej jest mniejsze o dwanaście procent po wysiłku – jest to kryterium rozpoznania astmy.

Ten temat nadal jest kontrowersyjny.

Po igrzyskach w Pekinie nie ma już kontrowersji – został obalony mit, że rozpoznania są naciągane, ponieważ zawodnicy chcą brać leki beta-mimetyczne i sterydy wziewne, żeby zwiększać swoją wydolność. Badania pokazały, że osoby zdrowe, które zażyją takie leki, poprzez różne mechanizmy receptorowe mogą osłabić wydolność, np. może wystąpić u nich większe wytwarzanie mleczanu, a co za tym idzie – pojawić się szybsze zmęczenie. Jako ośrodek mamy chyba najlepszą ambulatoryjną pracownię badania astmy, włącznie z aparatem do testów metacholinowych. Naszym głównym konsultantem jest prof. Marek L. Kowalski z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a w warszawskim COMS-ie dr Janusz Jurczyk.

Astma wysiłkowa to swego rodzaju choroba zawodowa sportowców. Wysiłek fizyczny, wzmożona wentylacja i czynniki środowiskowe, w szczególności

Ten temat nadal jest kontrowersyjny. Po igrzyskach w Pekinie nie ma już kontrowersji – został obalony mit, że rozpoznania są naciągane, ponieważ zawodnicy chcą brać leki beta-mimetyczne i sterydy wziewne, żeby zwiększać swoją wydolność. Badania pokazały, że osoby zdrowe, które zażyją takie leki, poprzez różne mechanizmy receptorowe mogą osłabić wydolność.

zimne powietrze powodują taką zmianę w strukturze nabłonka oskrzeli, która predysponuje do obturacji. Do astmy przyznają się Robert Korzeniowski, Otylia Jędrzejczak i wielu innych zawodników. Po startach u łyżwiarzy pojawia się przewlekły kaszel jako efekt podrażnienia drzewa oskrzelowego, a efektywnym sposobem leczenia stanu zapalnego jest zastosowanie sterydu wziewnego. Sytuacja wygląda podobnie w przypadku biegaczy narciarskich.

Choroba ta nie jest przeciwskazaniem do uprawiania sportu. Beta-mimetyki i sterydy wziewne nie są już substancjami, które wymagają deklaracji antydopingowej. Niestety, wcześniejsze dyskusje i błędne myślenie doprowadziły do sytuacji, kiedy chorzy zawodnicy nie chcą przyjmować leków.

Czy lekarze współpracujący ze sztabami trenerskimi podpowiadają, jak ukierunkować trening, aby zminimalizować ryzyko kontuzji?

Nowoczesne teamy funkcjonują, opierając się na ścisłej współpracy zespołów szkoleniowych i medycznych. Oczywiście, że wspieramy proces szkolenia sportowego, ale patrzymy na zawodników również w szerszym wymiarze. Chcielibyśmy, aby za dwadzieścia lat byli zdrowymi ludźmi. Aktywność medycyny sportowej to trzy główne obszary: pierwszy to medycyna taka, jak ją widzimy wszyscy: diagnostyka, leczenie, profilaktyka; drugi – to aktywność zespołu medycyny sportowej w procesie szkolenia sportowego; trzeci to kwestie formalne związane z procedurami antydopingowymi. Dobry trener zaprasza lekarza, fizjoterapeutę, drugiego trenera i określa swoje cele do zrealizowania. Fizjoterapeuta wyznacza okresy odnowy, a lekarz wylicza proporcje odnowy do wysiłku. Biomechanik zgłasza uwagi i sugestie. Nie jest sztuką zaplanować obciążenia treningowe. Sztuką jest dobrze rozpisać przerwy na regenerację.

Czy trenerzy chętnie współpracują?

Są i tacy, i tacy. Coraz częściej widzę jednak chęć współpracy. Od trenera alpejczyków, Huberta Bala, dostałem kiedyś takiego e-maila: „Hubert, zauważyłem, że na lodowcu pojawili się zawodnicy austriaccy suplementujący tlen. Czy możesz mi zrobić analizę, czy to dobre postępowanie?". Właśnie w takich sytuacjach ma zastosowanie medycyna oparta na dowodach, a efekty badań naukowych wykorzystujemy w codziennej praktyce trenerskiej, tak jak w klinice. Weźmy chociażby trening wysokogórski. W 1996 r. w Colorado przeprowadzono badania, w czasie których zawodników podzielono na trzy grupy: pierwsza mieszkała na dole i trenowała na dole; druga mieszkała na górze i trenowała na górze; trzecia mieszkała na górze, a trenowała na dole. Najlepsze efekty poprawy parametrów wydolności zaobserwowano w tej grupie, która mieszkała na górze, a trenowała na dole. Udowodniono, że do poprawiania wydolności najlepszy jest bodziec wysiłkowy na poziomie morza.

Medycyna sportowa wiele wnosi do medycyny ogólnej.

To fakt. Dodatkowo od 1 stycznia stała się ona w Polsce specjalizacją podstawową. Pozostaje pytanie, na które nadal nie znamy odpowiedzi, jakie lekarz medycyny sportowej będzie miał kompetencje. Wiem, jakie ja mam, bo wcześniej zrobiłem specjalizację z chorób wewnętrznych. Co będzie z lekarzem, który po pięciu latach studiów zrobi specjalizację lekarza medycyny sportowej? Stanie się specjalistą od orzekania? Wielka Brytania jako pierwsza wprowadziła specjalizację medycyna sportowa i medycyna wysiłku. Po sporządzeniu raportu Narodowa Służba Zdrowia, czyli odpowiednik naszego NFZ, nie wie, jak takich specjalistów zatrudniać. Musimy uniknąć tego błędu.

Kim więc jest specjalista medycyny sportowej?

Według mnie to połączenie: lekarza POZ z silnym naciskiem na kardiologię sportową oraz ortopedy, który nie będzie operował, ale musi mieć taką wiedzę, jak ortopeda ambulatoryjny, włącznie z umiejętnością wykonania drobnych zabiegów ambulatoryjnych, a także specjalisty rehabilitacji, który jest w stanie sprawnie poprowadzić proces rehabilitacji narządu ruchu i ewentualnie częściowo kardiologicznej, łącznie z elementami profilaktyki. Do tego należy dołożyć jeszcze inne drobne funkcje, na przykład te formalne związane z procedurami antydopingowymi.

Gdzie w naszym systemie ochrony zdrowia jest miejsce dla takiego lekarza?

Jeszcze go nie ma. Takie miejsca należy stworzyć i to jest zadanie dla NFZ, który kontraktuje procedury w ramach rehabilitacji narządu ruchu, określa warunki, jakie dana placówka ma spełniać.

O czym powinni pamiętać lekarze, którzy na co dzień opiekują się sportowcami?

Żeby trzymać się dobrego standardu pracy, opartego o wiedzę, doświadczenie, a także oczekiwania pacjenta. Te trzy kryteria wyznaczają efektywne działanie. W sferze orzeczniczej nie chodzić na skróty. I nigdy nie przybijać pieczątek bez badań. I nie zapominać o edukacji. Pamiętać, że lekarz nie jest na zawołanie trenera i nie ulga naciskom, bo zawodnik musi wystartować, kiedy istnieją ku temu przeciwwskazania. Jeśli wszyscy będziemy przestrzegać tych zasad, przyniesie to tylko korzyści dla zawodników.

Ile medali przywieziemy?

Znam się przede wszystkim na medycynie, nie wchodzę w kompetencje trenera, więc jeszcze nigdy nie pokusiłem się, żeby prognozować w tej kwestii.

Nie boi się pan jechać do Soczi?

Nie, tak jak nie bałem się jechać do Pekinu. Dyskusja na temat bezpieczeństwa jest dużo bardziej gorąca, jeśli chodzi o kolejne igrzyska, czyli w Rio. Wioska olimpijska jest zamkniętą enklawą i jest tam naprawdę bezpiecznie. Sam jestem ciekaw, jak w Soczi tak naprawdę będzie.

Nowoczesne teamy funkcjonują, opierając się na ścisłej współpracy zespołów szkoleniowych i medycznych. Oczywiście, że wspieramy proces szkolenia sportowego, ale patrzymy na zawodników również w szerszym wymiarze. Chcielibyśmy, aby za dwadzieścia lat byli zdrowymi ludźmi.

Odważnie patrzeć w przyszłość

Lucyna Krysiak

Lekarzy ze Śląskiej Izby Lekarskiej cechuje rzetelność, profesjonalizm i ogromny szacunek dla tradycji. Są ambitni, solidarni i gotowi do poświęceń.

FOTO: Archiwum Śląskiej Izby Lekarskiej

Śląsk to górnictwo i etos pracy, muzyka Wojciecha Kilara, pacyfikacja kopalni „Wujek", oryginalny folklor, ale także prężny ośrodek akademicki, nowoczesne kliniki i wybitni lekarze.

Tradycje samorządu lekarskiego na Śląsku sięgają lat międzywojennych i tak jak cała historia Śląska wiążą się z burzliwymi wydarzeniami. Interesy zawodowe (walka o lepsze warunki pracy, opiekę medyczną, godziwe płace) przenikały się z dążeniami narodowościowymi. Trzy Powstania Śląskie (dziad Macieja Hamankiewicza, prezesa NRL, a poprzednio prezesa ŚIL, za udział we wszystkich trzech otrzymał najwyższe odznaczenia wojskowe), represje niemieckie, później solidarnościowe dążenia, odcisnęły piętno także na lekarskiej społeczności. Wybitną postacią tamtych czasów był doktor Andrzej Mielęcki, którego imię od 2005 r. nosi obecna siedziba izby. Ten współzałożyciel i wieloletni prezes Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku zginął z rąk bojówkarzy niemieckich w 1920 r. w Katowicach, gdy spieszył na pomoc rannym uczestnikom zamieszek. Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku powstało w 1908 r. pod przewodnictwem Józefa Rostka (1859-1929) i dało podwaliny dla powołania izb lekarskich. Ustawa o izbach, którą Sejm RP uchwalił w 1921 r., jedynie przypieczętowała prawnie dążenia towarzystwa i określiła ramy działalności samorządu lekarskiego. Śląscy lekarze swoją izbę powołali w 1935 r., a pierwszym przewodniczącym Zarządu został Ignacy Nowak, lekarz z Chorzowa. Izba zajmowała lokal przy pl. Wolności 8 w Katowicach, którego gospodarzem był okulista Konrad Pojda. Zawiązujący się samorząd wspierał Michał Grażyński, wojewoda śląski, obecnie patron ulicy, przy której siedzibę ma Dom Lekarza. Po wojnie, wśród ludności wysiedlonej z Kresów osiadłej na Śląsku, byli absolwenci Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, znakomici lekarze i naukowcy. To właśnie oni tworzyli zręby Śląskiej Akademii Medycznej, dziś Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W 1945 r. wznowiła też działalność Izba Lekarska Śląsko-Dąbrowska w Katowicach, pod przewodnictwem Edwarda Hanke, lekarza z Chorzowa. Izba zaczęła działalność od wezwania lekarzy, by do czasu zorganizowania ubezpieczalni społecznych przyjmować chorych nieubezpieczonych bezpłatnie. Za jej czasów na Śląsku powstało lecznictwo ambulatoryjne, rejestry lekarzy, weryfikacja uprawnień, system zapomogowy. Izba interweniowała w imieniu lekarzy w urzędach, broniła ich dobrego imienia, utworzyła bibliotekę lekarską, Klub Lekarza, zaczęła fundować stypendia dla studentów. Podobnie jak inne izby w 1951 r. została zlikwidowana.

Nowe struktury, nowe wyzwania

Śląska Izba Lekarska terytorialnie odwzorowuje poprzedni podział administracyjny kraju i swoim zasięgiem w znacznej części obejmuje dawne województwo katowickie. Na obszarze dzisiejszego województwa śląskiego działają: Częstochowska i Beskidzka Izba Lekarska. Śląska Izba Lekarska skupia 16 375 lekarzy

i lekarzy dentystów. Liczy 30 delegatur, w których jest prowadzona działalność integracyjna. Mimo bogatej spuścizny, izbę trzeba było budować od podstaw. – Przyszło nam odradzać się w nowej rzeczywistości, w czasie transformacji ustrojowej i gospodarczo-ekonomicznej oraz szybko następujących po sobie zmian legislacyjnych, a to wymagało zapału, wytrwałości i konsekwencji – tłumaczy Jacek Kozakiewicz, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej, od początku związany z samorządem lekarskim po jego reaktywacji. Ten zapał miał pierwszy przewodniczący ŚIL – Zygfryd Wawrzynek. To jemu wraz z wieloma koleżankami i kolegami przypadła w udziale trudna rola organizacji izby. Praca wtedy koncentrowała się wokół aktów prawnych, statutu, ale też spraw codziennych, od których zależało jej sprawne funkcjonowanie. Utworzenie siedziby przy ul. Pocztowej w Katowicach, początki wydawania biuletynu, opracowanie regulaminu prywatnych praktyk, prace nad projektami ustaw o zawodzie lekarza i izbach lekarskich, to tylko niektóre z ówczesnych dokonań. Doktor Zygfryd Wawrzynek wciąż jest autorytetem, jako członek ORL i honorowy gość posiedzeń Prezydium ORL, służy radą i pomocą. Obecny prezes ŚIL był za jego kadencji sekretarzem ORL i – jak mówi – był wtedy w gronie osób od tzw. czarnej roboty. Przewodniczącym komisji organizacyjnej był wówczas Wojciech Marquardt, który dalej tworzył historię izb, przewodnicząc II i III kadencji. Położył nacisk na podniesienie rangi zawodu lekarza, etyki zawodowej oraz godne warunki pracy i płacy lekarzy, angażując się w ogólnopolskie akcje protestacyjne. Prezydium Komitetu Protestacyjnego, na którego czele stanął, postulowało zwiększenie środków na ochronę zdrowia i przeprowadzenie koniecznych reform. W tych kadencjach skomputeryzowano biuro, powołano Fundację ds. Kształcenia Podyplomowego Lekarzy „Pro Medico", utworzono fundusz pożyczkowy, opracowano regulamin konkursu na stanowisko ordynatorskie, podjęto współpracę z towarzystwami ubezpieczeniowymi (Spółka z o.o. Agencja Pośrednictwa Ubezpieczeniowego OC Lekarzy). Z inicjatywy ówczesnego skarbnika ORL, Macieja Hamankiewicza, wprowadzono stypendia dla dzieci zmarłych lekarzy. Nie zapomniano też o zapomogach, nieodpłatnych kursach z zakresu komputeryzacji. W IV i V kadencji, którym przewodniczył Maciej Hamankiewicz, zmodernizowano „Dom Lekarza" zakupiony w 1995 r. Jest nowoczesny, przestronny, wygodny, usytuowany w centrum Katowic. Kadencje te przebiegły pod znakiem pozyskiwania środków z Unii Europejskiej na finansowanie szkoleń lekarzy. To otwierało w historii Śląskiej Izby Lekarskiej nowy etap. Lekarzom i lekarzom dentystom dano możliwość zdobywania kwalifikacji zawodowych na nowych i bardzo korzystnych zasadach. To z myślą o nich prezes stworzył bazę noclegową w Warszawie. Gośćmi „Hotelu Pro Medico" są głównie szkolący się i specjalizujący lekarze. Czują się jak u siebie w domu, a koszty pobytu są niższe niż w innych warszawskich hotelach. To także w tym czasie w Sosnowcu zakupiono budynek przeznaczony na Dom Lekarza Seniora i utworzono fundację. Powołano również instytucję pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Ważna w tych kadencjach była integracja środowiska poprzez wspólne tworzenie sztuki innej niż lekarska. Powstał zespół muzykujących lekarzy ŚIL, chór ŚIL i hymn. Utworzono komisję ds. kultury i dyskusyjny klub filmowy. Izba zyskała także własny sztandar. Prezes Hamankiewicz zapoczątkował Festiwal Ave Maria – dziś już z 15-letnią tradycją, na którym obok tej klasy śpiewaków jak Franco Bonisolli śpiewają lekarze z całej Polski. – Spuścizna moich poprzedników jest ważnym drogowskazem, daje poczucie tożsamości, stabilności, pewności siebie – podkreśla prezes Kozakiewicz.

Nie tylko węglem malowane

Śląsk to górnictwo i etos pracy, muzyka Wojciecha Kilara, pacyfikacja kopalni „Wujek", oryginalny folklor, ale także prężny ośrodek akademicki, nowoczesne kliniki i wybitni lekarze. To dr Stanisław Sakiel i Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach, to prof. Zbigniew Religa i Zabrze, gdzie przeszczepiał serca, to prof. Adam Maciejewski i gliwickie Centrum Onkologii, i pionierski przeszczep twarzy ze wskazań ratujących życie. Za wieloma dokonaniami stał przemysł górniczy i Śląski Uniwersytet Medyczny, który jest głównym zapleczem kształcenia kadr. To tu lekarze rozwijają i doskonalą swoje umiejętności. Izba współpracuje z uczelniami wyższymi, z towarzystwami naukowymi, innymi samorządami zawodowymi, organami samorządu terytorialnego i administracji rządowej, związkami zawodowymi oraz organizacjami społecznymi, bo rozwój śląskiej medycyny to cała społeczność, w której żyją i pracują lekarze. W V kadencji rozpoczęto współpracę z Górnośląską Wyższą Szkołą Handlową i utworzono kierunek studiów dla zarządzających ochroną zdrowia. Dzięki pomysłowi prezesa Hamankiewicza zapoczątkowano obowiązkowe kursy ze zdrowia publicznego potrzebne lekarzom do specjalizacji i kursy z zakresu umiejętności resuscytacji, do dziś cieszące się powodzeniem. W VI kadencji przy pomocy ŚUM udało się przejąć niektóre zadania Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Niemożliwe stało się możliwe i lekarze specjalizujący się w internie oraz pediatrii, by się kształcić, nie muszą już zostawiać swoich rodzin i pracy. Na kursy atestacyjne do Katowic przyjeżdżają lekarze z innych izb lekarskich. W V kadencji ORL uchwaliła nagrody dla lekarzy, którzy uzyskali tytuł specjalisty. W VI kadencji ORL uchwaliła nagrody dla najlepiej zdających LEK i LDEK. Wprowadzono również zwyczaj uroczystego wręczania prawa wykonywania zawodu młodym adeptom medycyny oraz listów gratulacyjnych lekarzom kończącym specjalizację, a dla wyróżniających się kierowników specjalizacji ustanowiono tytuł: Zasłużony Nauczyciel Lekarzy. Społeczność Śląska ma z dziada pradziada wpojony etos pracy, rzetelność, uczciwość i szacunek dla ojca w rodzinie, który jest kimś więcej niż jednym z rodziców i lekarze są tym naznaczeni. Przeszłość nas wzbogaca, wyposaża w doświadczenie i inspiruje twórczo, pozwalając odważnie myśleć o przyszłości – zaznacza Jacek Kozakiewicz. Społeczność lekarską porównuje do rodziny biologicznej, której członkowie powinni wzajemnie się wspierać, torować drogę najlepszym, podawać rękę najmłodszym, ale nie zapominać o mistrzach

Izba współpracuje z uczelniami wyższymi, z towarzystwami naukowymi, innymi samorządami zawodowymi, organami samorządu terytorialnego i administracji rządowej, związkami zawodowymi oraz organizacjami społecznymi, bo rozwój śląskiej medycyny to cała społeczność, w której żyją i pracują lekarze.

i nauczycielach, a jak trzeba, szybko reagować na zjawiska negatywne. – Pragnę, by w działaniach samorządu lekarskiego dominowała ta idea – tłumaczy prezes i odnosi te słowa także do 3104 lekarzy dentystów. – Mają dużą swobodę działania, można powiedzieć, że sami stanowią o sobie, choć jesteśmy jedną rodziną – podkreśla. Dodaje, że postrzega solidarność lekarską także jako zbiorową odpowiedzialność za stan lekarski.

Zmiana pokoleniowa

Izba chce podpisać porozumienie o współpracy z samorządem studenckim SUM. Studenci jako wolontariusze będą zajmować się lekarzami seniorami, którzy potrzebują pomocy. – Samorząd lekarski się postarzał i budowanie zaplecza jest konieczne, ale młodzi lekarze są zaabsorbowani pracą i trudno ich nakłonić do działania. Nie każdy też ma w sobie społecznikowską żyłkę, trzeba więc szukać tam, gdzie jest potencjał i ja go znajduję w studentach – tłumaczy J. Kozakiewicz. ŚIL ma prężnie działającą komisję ds. młodych lekarzy, która prezentuje izbę na Facebooku. Prezes wierzy, że dzięki porozumieniu z czasem wyłoni się grupa liderów. Zastrzega, że nie nastawia się na powszechność. – Czasy pospolitego ruszenia w działalności samorządu lekarskiego minęły. Dziś chodzi o to, aby lekarz bezpiecznie mógł wykonywać swój zawód, pracować w dobrych warunkach, posiadać autonomię, podnosić swoje kwalifikacje i spełniać się zawodowo – przekonuje. To się przekłada na jakość opieki medycznej i na podnoszenie standardów. – Chcę kontynuować inicjatywy zarówno te rozpoczęte przeze mnie w minionej kadencji, jak i te sprawdzone, wypracowane przez moich poprzedników –deklaruje prezes Kozakiewicz. Priorytetem jest kształcenie podyplomowe. Od 2010 r. ŚIL zorganizowała 204 kursy i konferencje, w których wzięło udział 14 766 lekarzy i lekarzy dentystów. Z pozyskanych w VI kadencji kolejnych funduszy europejskich kontynuowano kursy „Zdrowie publiczne" wspierające rozwój kadr medycznych w woj. śląskim. Wspólnie ze SUM oraz UŚ zainaugurowano w 2011 r. cykl studiów podyplomowych z zakresu prawa medycznego. Coraz więcej uwagi poświęca się opiece prawnej lekarzy. Na mocy porozumienia podpisanego w 2010 r. z Okręgową Radą Adwokacką w Katowicach, każdy lekarz może raz na trzy miesiące bezpłatnie skorzystać z porad adwokatów w kancelariach rekomendowanych przez dziekana Izby Adwokackiej. Prezes ma ambicje, by działania samorządu były bardziej transparentne, widoczne „na zewnątrz". Organizowane są doroczne koncerty „Pro Memoria", chórów lekarskich z izb z całej Polski i ogólnopolski konkurs fotograficzny „Okiem Eskulapa". Organizowanie konkursów literackich, np. „Zapiski lekarza", to pomysły, jakie zostawił w ŚIL obecny prezes NRL. Izba nie zapomina o seniorach. Działa tu wspomniana już, utworzona w V kadencji Fundacja „Lekarzom Seniorom", która w 2011 r. uzyskała status organizacji pożytku publicznego, pozwalający na odpisy z podatku dochodowego. 90-latkom z okazji urodzin przekazywane są życzenia i skromne gratyfikacje. Uruchomiono Dom Lekarza Seniora. Problemy? – Są i będą, ale należy je rozwiązywać, wsłuchując się w głosy członków izby – mówi prezes. ŚIL na Facebooku przeprowadziła anonimową ankietę, na którą odpowiedziało 130 młodych lekarzy i lekarzy dentystów. Ankieta wykazała, że pracodawcy omijają przepisy prawa pracy, zmuszają młodych lekarzy do świadczenia pracy w nadgodzinach bez zapłaty lub na umowach kontraktowych, zaniżają wynagrodzenia, co często skłania ich do szukania innego zajęcia. Ankieta stała się pretekstem do zorganizowania konferencji „Specjalizacja – nadzieje i problemy, przepisy a rzeczywistość". Do debaty stanęli m.in. młodzi lekarze w trakcie specjalizacji, ordynatorzy, dyrektorzy szpitali, prawnicy, nauczyciele akademiccy i władze samorządu lekarskiego. – Chcieliśmy uświadomić decydentom, jak duża jest skala tych problemów i zgłosić gotowość do współpracy w zakresie modyfikacji i usprawniania procesu kształcenia młodych – konkluduje prezes Jacek Kozakiewicz.

Warto wiedzieć

Metryka – Śląska Izba Lekarska

Terytorium: z województwa śląskiego powiaty: będziński, bieruńsko-lędziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, wodzisławski i zawierciański, bielski (gminy Bestwina i Czechowice-Dziedzice), cieszyński (gmina Zebrzydowice), oświęcimski (gmina Brzeszcze, woj. małopolskie)
Adres siedziby: Grażyńskiego 49A, 40-126 Katowice
Kontakt: tel. 32 60-44-200, faks 32 60-44-257
e-mail: sekretariat@izba-lekarska.org.pl
Strona internetowa: www.izba-lekarska.org.pl
Liczba członków: 16 375, w tym 13 177 lekarzy i 3104 lekarzy dentystów
Liczba delegatów na zjazd: OZL – 266 oraz KZL – 41
Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 46
Prezes: Jacek Kozakiewicz
Wiceprezesi: Maciej Hamankiewicz, Rafał Kiełkowski
Delegatury: 30
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Tadeusz Urban
Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Adam Dyrda
Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Piotr Grzesik
Liczba pracowników etatowych: 33
Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenie: 0

Ministerstwo musi zwrócić pieniądze

Z Andrzejem Matyją, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, o precedensowym na skalę kraju wyroku rozmawia Ryszard Golański.

FOTO: Archiwum OIL Kraków

Nie pogodziliśmy się z tym wyrokiem, wnieśliśmy apelację. W dniu 22 listopada 2012 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie, Wydział I Cywilny zasądził od Skarbu Państwa na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie kwotę odszkodowania (za rok 2008) wraz z ustawowymi odsetkami, za czynności powierzone izbom lekarskim, które były uprzednio wykonywane przez organy administracji państwowej.

Panie prezesie, krakowskiej izbie lekarskiej udało się wygrać w sądzie z Ministerstwem Zdrowia w procesie o zwrot kosztów związanych z wykonywaniem czynności przejętych od administracji państwowej. To w historii naszego samorządu zawodowego sukces bez precedensu, zewsząd spływają do pana gratulacje. „Gazeta Lekarska" dołącza się do nich. Jak udało się tego dokonać?

Z rozliczeniem tych kosztów samorząd lekarski borykał się od dawna. Z jednej strony były trudności z obliczeniem tych kosztów, różne izby miały rozbieżne stanowiska. Bo jak obliczyć np. koszt pomieszczeń na prowadzenie rejestru? Ile to ma być metrów? Według jakich stawek czynszowych, w tym czy innym mieście? Przecież każdy prawnik Ministerstwa Zdrowia obaliłby te nasze wyliczenia z łatwością. A z drugiej ciążyła nad nami obawa, że ministerstwo w ogóle wstrzyma refundację, nawet tę świadczoną na przyjętym z sufitu poziomie 30 proc.

Mówiąc o obawach, muszę tu przypomnieć pewną zapomnianą już manipulację Ministerstwa Zdrowia. W którym to roku było, nie pamiętam. Otóż bardzo szybko, po wprowadzeniu ustawy o izbach w 1989 r., resort zmienił w swoim budżecie nazwę refundacji kosztów, wprowadzając pojęcie „dotacji" dla izb. I teraz każdy analityk z innego resortu, np. z Ministerstwa Finansów, oglądając budżet Ministerstwa Zdrowia, musiał stawiać pytanie: „A cóż wy tutaj dotujecie samorząd lekarski?". Także nasze starania zostały tym samym zdyskredytowane, sprowadzone do zabiegów „o dotację", którą oczywiście można przyznać albo i nie.

Trzeba było zatem zaryzykować, licząc się z poniesieniem konsekwencji, w postaci utraty nawet owych „30% dotacji".

I zaryzykowaliśmy! Okręgowa Izba lekarska w Krakowie wniosła w dniu 10 marca 2010 r. powództwo, w którym domagała się zasądzenia od Skarbu Państwa, reprezentowanego przez Ministra Zdrowia, odszkodowania za naruszenie obowiązku wynikającego z art. 60 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, tj. zwrotu kosztów za czynności powierzone izbom lekarskim, które były uprzednio wykonywane przez organy administracji państwowej. Czynności znane, jak prowadzenie rejestru lekarzy, wydawanie prawa wykonywania zawodu, refundacja działalności sądu lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Niestety, w dniu 6 grudnia 2011 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo. Można się było obawiać dalszych konsekwencji, bo na tej podstawie resort prawdopodobnie w ogóle zaniechałby refundacji bądź przekształcił ją w rzeczywistą „dotację" co łaska.

Nie pogodziliśmy się z tym wyrokiem, wnieśliśmy apelację. W dniu 22 listopada 2012 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie, Wydział I Cywilny zasądził od Skarbu Państwa na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie kwotę odszkodowania (za rok 2008) wraz z ustawowymi odsetkami, za czynności powierzone izbom lekarskim, które były uprzednio wykonywane przez organy administracji państwowej. Zdaniem sądu, koszty tych czynności winny być w całości finansowane z budżetu państwa, na podstawie art. 60 wspomnianej przeze mnie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o Izbach lekarskich. Przepis ten – zdaniem Sądu Apelacyjnego – nakłada na organy państwa nie tylko obowiązek pokrywania izbom z budżetu państwa kosztów czynności powierzonych na podstawie ww. ustawy, ale też zobowiązuje resort do rezerwowania określonych środków w budżecie.

Żeby dokończyć tę opowieść dodam, że Prokuratoria Generalna Skarbu Państwa wniosła na ten wyrok skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. W dniu 20 grudnia 2013 r. Sąd Najwyższy wydał postanowienie o odmowie przyjęcia skargi kasacyjnej. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wyjaśnił,

że w jego ocenie w sprawie nie występuje istotne zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia, ponieważ Sąd Apelacyjny jednoznacznie ustalił, że koszty zadań administracyjnych powinny być w całości finansowane z budżetu państwa, a niewykonanie tego ustawowego obowiązku stanowi podstawę odpowiedzialności Skarbu Państwa na podst. art. 417 kodeksu cywilnego. Tym samym wyrok Sądu Apelacyjnego stał się prawomocny.

Jak długo trwał proces?

Od marca 2010 r. do grudnia 2013 r. Przeszło trzy lata, ale warto było.

Jak sobie państwo poradzili z tym wyliczeniem kosztów poniesionych przez izbę?

To był największy problem. Dałem przykład z obliczeniem powierzchni zajmowanej przez rejestr, ale przecież policzenie kosztów wszystkich dalszych czynności przejętych przez nas od państwa wymagałoby kosztownej i skomplikowanej analizy księgowej. Dokonanie tego w 24 izbach mogłoby potrwać lata. Pewnie trzeba by wynająć specjalne służby finansowe. Zresztą nie chcieliśmy przesadnie obciążać chudego budżetu ministerstwa. Dlatego zachowaliśmy się szlachetnie, ograniczając powództwo do wysokości kosztów osobowych, czyli wynagrodzeń pracowników izby wykonujących te zadania. A to już nie było trudne.

Kto reprezentował krakowski samorząd lekarski?

Na etapie postępowania przed Sądem Okręgowym oraz Sądem Apelacyjnym w Warszawie reprezentowała nas mec. Agnieszka Nawara-Dubiel, członek ówczesnego Zespołu Radców Prawnych Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, która została powołana na stanowisko Sędziego Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie. Natomiast w fazie odpowiedzi na skargę kasacyjną reprezentowała nas radca prawny Anna Gut, również członek Zespołu Radców Prawnych naszej Izby.

Nie jesteście jedyną izbą, która wystąpiła w tej sprawie na drogę sądową. Co było pana zdaniem przyczyną tego, że państwu się udało?

Jak wspomniałem, w samorządzie lekarskim nie było do tej pory jednolitego sposobu liczenia kosztów przejętych czynności. Ograniczając się w powództwie do płac osób zatrudnionych w izbie, w celu realizacji zadań wynikających z ustawy, przedstawiliśmy nasze wydatki niepodlegające dyskusji. A przy okazji wskazaliśmy na koszty związane z realizacją i zakończeniem spraw toczonych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Lekarski. I zdaniem Sądu koszty tych właśnie czynności winny być w całości finansowane z budżetu państwa, na podstawie art. 60 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich.

Uzyskaliście korzystny wyrok sądu, to oczywisty sukces. Ale dotyczy on zaledwie części pieniędzy, które jest wam (nam) winna administracja państwowa. Jakie będą zatem wasze dalsze działania? O jakie pieniądze będziecie jeszcze występować?

Ten wyrok to precedens na skalę kraju. W dalszej kolejności, w związku ze zbliżającym się okresem przedawnienia, będziemy zabiegać o zwrot kosztów za lata 2009-2013.

Ale nie jesteśmy miłośnikami procesów. Zwracaliśmy się już wcześniej, przed wyrokiem Sądu Apelacyjnego, do Ministerstwa Zdrowia z propozycją zawarcia ugody. Rzecz jasna, ministerstwo taką propozycję odrzuciło. Teraz może się zastanowi. My natomiast automatycznie zapobiegliśmy przedawnieniu, wydłużając jego okres o trzy lata. Nie jesteśmy pieniaczami. Mając w ręku prawomocny wyrok, zwrócę się ponownie do Ministra Zdrowia z propozycją ugody w tej kwestii za lata 2010-2013. Mam nadzieję, że szanując opinię sądu, ministerstwo zwróci nam wydane środki. W wypadku naszej izby chodzi o kwotę około 1,5 mln zł. Bardzo by się przydały na remont siedziby, do którego przystępujemy.

W tym wyroku inne izby widzą szansę dla siebie na odzyskanie sporych sum. Pewnie otrzymuje pan telefony z pytaniem: co zrobić, by pójść w ślady krakowskiego samorządu lekarzy? Co pan odpowiada?

Oczywiście wyrok ma charakter precedensowy, poniekąd historyczny. Czy resort zgodzi się na jego podstawie zwrócić koszty poniesione przez inne izby na wspomniane zadanie, nie wiem. Ufam jednak, że wyrok ułatwi innym izbom sformułowanie roszczeń i wystąpienie na drogę sądową. Chodzi w końcu o niebagatelne kwoty. Temat ten będzie jednym z głównych na spotkaniu najbliższego Konwentu Prezesów ORL, podczas którego podzielę się szczegółowymi informacjami, co do drogi procesowej.

Czy spodziewa się pan, że po tym wyroku zmieni się podejście urzędników Ministerstwa Zdrowia do tego problemu? Czy w końcu lekarze przestaną ze swoich składek opłacać czynności, za które powinna płacić administracja?

Nie wiem, jak zachowa się resort. Logika by nakazywała zastosowanie się do postanowień sądu, bez zbędnej korespondencji i zwłoki. Niemniej, znając podejście Ministra Zdrowia do środowiska lekarskiego, jego uchylanie się od spotkań i dyskusji nad zmianą systemu opieki zdrowotnej w Polsce, pewnie niewiele się zmieni i dalej będziemy dochodzić swoich praw i roszczeń na drodze sądowej. Ale teraz już wsparci prawomocnym orzeczeniem sądu. Jego nieprzestrzeganie oznaczałoby anarchizację państwa dokonywaną przez państwowy urząd.

Zwracaliśmy się już wcześniej, przed wyrokiem Sądu Apelacyjnego, do Ministerstwa Zdrowia z propozycją zawarcia ugody. Rzecz jasna, ministerstwo taką propozycję odrzuciło. Teraz może się zastanowi.

Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Szczęściu trzeba pomagać

Życie ludzkie jest jak gra w kości. Jeśli nam się nie dostała do rąk ta kość, którą chcemy, trzeba się starać jak najlepiej wyzyskać tę, która nam była przez los sądzona.

Terencjusz

Większość z nas zapewne podjęła noworoczne postanowienia, ale czy uda się je zrealizować, czy jak zwykle pozostaną one w sferze marzeń, a pod koniec roku będziemy musieli powiedzieć, że ponownie się nie udało? Może w tym Nowym Roku warto zmienić tok myślenia i planowania oraz zastanowić się nad motywacją naszych postanowień. Niech będą realistyczne i możliwe do spełnienia przez nas samych. Warto wyznaczyć sobie cel, bez oglądania się na innych i krytykowania ich postanowień. Przecież te dążenia mają być nasze i tylko dla nas ważne. Nie stosujmy dla siebie haseł ogólnych dlatego, że tak należy czy tak wypada, aby dostosować się do panującego trendu. Zawsze będą sprawy i problemy do rozwiązania i z każdej sytuacji – moim zdaniem – jest wyjście, a każdy problem można rozwikłać. Ale czy takie powinny być nasze postanowienia noworoczne, wielokrotnie rok po roku powtarzane i obiecywane, ale bardzo często niewypełniane?

A może tak bez postanowień w tym roku nauczmy się żyć szczęśliwie i będziemy życzyć tego szczęścia innym. Takie życzenia złożył mi mój znajomy, wyjaśniając, że na Titanicu zginęli zdrowi i bogaci, a uratowali się ci, którzy mieli odrobinę szczęścia. Szczęście pozwala cieszyć się zdrowiem, wspólnym spędzaniem czasu z bliskimi i po prostu życiem. Jeszcze mamy czas na korekty naszych życzeń. Bądźmy szczęśliwi, wtedy łatwiej, lepiej i prościej jest poradzić sobie z trudnościami życia codziennego i docenić nie tylko jego prozę, ale i poezję. Niech nie będą to słowa rzucane na wiatr, ale jedno życzenie przemyślane i realne do wykonania. W tym roku czekają na nas nowe wyzwania nie tylko w codziennym życiu, ale także w samorządzie zawodowym, przecież to rok wyborów, rozpocznie się nowa kadencja i będziemy wybierać nowych członków do Naczelnej Rady Lekarskiej. Delegaci z okręgów są wybrani i mają reprezentować społeczność lekarską przez nadchodzące cztery lata i to oni będą decydować o wyborze i składzie władz naczelnych. Dostali mandat zaufania większości, chociaż różnie z tą frekwencją wyborczą było, jednak mają obowiązek występowania i reprezentowania wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów bez względu na osobiste przekonania. Zastanawiam się, jak przedstawią swoje propozycje i pomysły na pracę w samorządzie. Czy wzorem polskich polityków będą chcieli zaistnieć na fali, głosząc chwytliwe hasła pod publikę, na których realizację zabraknie im chęci i siły? Czy potrafią dla dobra ogółu zrezygnować z własnych poglądów i zaakceptować zdanie większości, wielokrotnie całkowicie odmienne od postrzegania rzeczywistości przez nich samych? Moim zdaniem najważniejsza jest umiejętność przekonania oponentów do głoszonych poglądów bez względu na to, czy będą mądre i ważne, czy malkontencko-utopijne. I tak jak w moich życzeniach noworocznych, jeżeli będą mieli szczęście, zapewne im się to uda, ale jeżeli będą próbowali działać zapatrzeni we własną nieomylność, to pomimo rzekomej mądrości i przekonania o nieomylności, w efekcie końcowym przegrają, jeżeli nie potrafią zachęcić innych do poparcia i współdziałania. Życzyłabym sobie, aby w naszym samorządzie zawodowym zaistnieli ludzie szczęśliwi, nieobciążeni bogactwem na monopol wiedzy i wiarę we własną nieomylność, ale mający odrobinę szczęścia, gdyż tylko wówczas będziemy mieli szansę przeżycia i nie utoniemy, tak jak mądrzy, zdrowi i bogaci pasażerowie Titanica. Wtedy też zarówno na koniec roku, jak i na zakończenie kadencji z czystym sumieniem powiemy, że udało się nam zrealizować postanowienia i obietnice, gdyż były na miarę naszych możliwości. W przeciwnym razie nie będziemy mieli czym się pochwalić i to będą następne niespełnione życzenia. Niech ten końcowy cytat pomoże podjąć właściwe postanowienia.

Na końcu swojego życia pomyślisz sobie, w jaki sposób mogłeś przeżyć każdy miniony dzień. Wtedy jednak nie będziesz mógł cofnąć czasu. Zacznij więc tak żyć już teraz! Nie zapomnij: człowiek potrzebuje naprawdę bardzo niewiele, aby być w życiu szczęśliwym.
Marek Aureliusz

Niezniszczalna biurokracja

FOTO: Photos.com

Halina Porębska

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej, sekretarz KSNRL

Przedstawiam uzupełnioną tabelę obowiązków biurokratycznych, które kładą się coraz grubszym cieniem na działalności lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących działalność gospodarczą.

A miało być tak pięknie. Pani lub pan doktor w fartuszku dobranym do koloru oczu przyjmowałby pacjentów przez kilka godzin dziennie, wrzucając do wysuniętej szuflady honoraria wręczane przez wdzięcznych i uśmiechniętych pacjentów, głaskałby po główkach dzieci, jajka i tłuściutkie gęsi oddawałby do rąk usłużnej gosposi, doglądającej doktorskiego domku z ogródkiem, a po pracy przechadzałby się z psem, odpowiadając z wdziękiem na ukłony pacjentów.

Widzicie państwo ten sielski obrazek? No to napatrzyliście się już i dosyć. Trzeba wrócić do rzeczywistości i zacząć wypełniać druki i formularze, nazywane obowiązkami statystycznymi wobec państwa. Poniżej spis powinności, od których podobno nie ma odwrotu, chociaż ciągle mam nadzieję, że ktoś oprzytomnieje i postanowi, że woli być leczony niż opisywany, szczególnie statystycznie.

Obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów jako przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

	kto?	obowiązek	termin
1.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne	- prowadzenie ewidencji odpadów	- **na bieżąco**
		- składanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, oraz o sposobach gospodarowania	- **do 15 marca** każdego roku za rok poprzedni, - do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa
2.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy: a) posiadają pojazd mechaniczny (osobowy lub ciężarowy), lub b) korzystają z własnej kotłowni (niepodłączone do sieci ciepłowniczej), lub c) korzystają z własnego ujęcia wody (niepodłączone do sieci wodociągowej)	- składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty	- **do 31 marca** każdego roku, za rok poprzedni, - do właściwego urzędu marszałkowskiego oraz wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska
3.	- wszystkie podmioty gospodarki narodowej, w tym lekarze i lekarze dentyści będący przedsiębiorcami (prowadzący praktyki zawodowe) – jeżeli dotyczy ich zakres sprawozdania, dla podmiotów o liczbie pracujących nie większej niż 5 osób dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej	- formularz MZ 06 – sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (podmioty wykonywujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną)	- raz w roku, **do 30 września** 2014 r. z danymi za rok szkolny 2013/2014, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz wojewódzkie centrum zdrowia publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 11 – podmioty wykonujące działalność leczniczą, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ	- raz w roku, **do 30 marca** 2014 r. zgodnie z rozporządzeniem (**do 15 marca** 2014 r. zgodnie z komunikatem PUW) z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 12 – sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych)	- raz w roku **do 1 kwietnia** 2014 r. za rok 2013, - portal spra,wozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 13 – roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych)	- raz w roku, **do 28 lutego** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 14 – roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową)	- raz w roku, **do 28 lutego** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę,
		- formularze MZ 15 – sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego)	- raz w roku, **do 28 lutego** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 19 – sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego)	- raz w roku, **do 31 stycznia** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 24 – roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa)	- raz w roku, **do 15 lutego** 2014 r. za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 35A – sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	- raz w roku, **do 28 lutego** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz wojewódzki ośrodek medycyny pracy
		- formularz MZ 54 – roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych	- raz w roku, **do 21 stycznia** 2014 r. z danymi za rok 2013, - powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna

		- formularz MZ 55 – meldunek o zachorowaniach na grypę	- cztery razy w miesiącu, tj. **w dniach: 7., 15., 22. i ostatnim dniu miesiąca** po zakończeniu przyjęć, - powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
		- formularz MZ/N 1a – karta zgłoszenia nowotworu złośliwego	- raz w miesiącu, do **15. dnia miesiąca** następującego po rozpoznaniu choroby, - regionalny rejestr onkologiczny
		- formularz MZ 88 - sprawozdanie o pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych i grupowych	- raz w roku, do **28 lutego** 2014 r. zgodnie z rozporządzeniem (do 15 lutego zgodnie z komunikatem PUW) za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz MZ 89 – sprawozdanie o specjalistach pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych	- raz w roku, do **28 lutego** 2014 r. zgodnie z rozporządzeniem (do 15 lutego zgodnie z komunikatem PUW) za rok 2013, - portal sprawozdawczy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl oraz Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego lub inna komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
		- formularz ZD 3 – sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klas: 86.21, 86.22 i 86.23 – w przypadku praktyk zawodowych – praktyki lekarskie świadczące usługi wyłącznie w ramach środków publicznych	- raz w roku, do **28 stycznia** 2014 r. z danymi za rok 2013, - portal sprawozdawczy GUS www.stat.gov.pl
4.	- lekarze – pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	- sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, - sporządzanie i wdrażanie procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualne	- ocena procedur raz na 2 lata
		- prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami	- uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia
		- sporządzanie raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami	- nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, przy czym pierwszy raport sporządza się nie później niż do dnia 28 lutego 2014r.
5.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności: 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji; 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej; 5) wykonywania badań laboratoryjnych; 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej; 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej	- nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
		- sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych	- przechowywać i okazać na żądanie organów sanepidu w przypadku kontroli
6.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	- prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	- przekazanie informacji wynikających z rejestru w terminie do dnia 15 kwietnia roku następnego uprawnionemu lekarzowi prowadzącemu dokumentację medyczną pracowników oraz do centralnego rejestru dawek
		- dokumentowanie systemu zarządzania jakością	- przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
		- przeprowadzanie audytów wewnętrznych obejmujących: 1) zgodności procedur roboczych z wzorcowymi; 2) analizy zdjęć odrzuconych; 3) sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną; 4) częstości wykonywania i wyników bieżących testów eksploatacyjnych; 5) wielkości dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównania ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, jeżeli takie wartości określono	- co najmniej raz w roku
		Testy eksploatacyjne (podstawowe): - zgodność pola promieniowania z polem świetlnym - raz w miesiącu; - powtarzalność ekspozycji dawki - raz w miesiącu; - rozdzielczość przestrzenną - co 6 miesięcy; - kratka przeciwrozproszeniowa – raz na kwartał; - system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – co 6 miesięcy; - kasety – co 6 miesięcy; - procesy wywoływania – codziennie; - szczelność ciemni, oświetlenie robocze – raz w roku; - ocenę zdjęć RTG - przed rozpoczęciem pracy; - warunki przechowywania błon RTG - raz w tygodniu	
		Testy eksploatacyjne (specjalistyczne)	- co najmniej raz na 12 miesięcy
		Szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej	- co 5 lat
7.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- zgłoszenie zmiany danych praktyki do rejestru prowadzonego przez OIL	- 14 dni od momentu zaistnienia zmiany
8.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- zgłoszenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC	- 7 dni od momentu zawarcia umowy
9.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- zgłoszenie ewentualnej zmiany zasad opodatkowania w ramach prowadzonej działalności gospodarczej	- do 20 stycznia roku podatkowego, którego zmiana ma dotyczyć

Stomatologii kryzys nie grozi

Lucyna Krysiak

Mimo kryzysu gospodarczego rynek usług stomatologicznych wciąż się rozwija, rośnie jego wartość, pięknieją gabinety, poprawia się ich wyposażenie i jakość opieki nad pacjentem.

Rynek ten jest jednak zróżnicowany. Prywatne praktyki radzą sobie nieźle, jednak w praktykach finansowanych ze środków publicznych bywa różnie. Dzieje się tak, bo NFZ wciąż zbyt mało pieniędzy przeznacza na refundację usług dentystycznych, źle wycenia procedury i nie ma koncepcji, jak zapewnić odpowiednią opiekę stomatologiczną dzieciom w wieku szkolnym. Jej ciężar spoczywa więc głównie na barkach praktyk prywatnych, co potwierdziła kontrola NIK. Wykazała też, że wartość całego rynku usług dentystycznych w Polsce osiągnęła w 2010 r. 7,1 mld zł, w tym blisko 24 proc. stanowiły świadczenia sfinansowane ze środków publicznych. Wydawałoby się, że to niemało, a jednak stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. Szczególne zaniepokojenie budzi sytuacja osób poniżej 18. r.ż. Badania 5-letnich dzieci, przeprowadzone w 2011 r., wykazały, iż zaledwie 20,1 proc. z nich nie miało próchnicy, a odsetek ten w przypadku dzieci 15-letnich wyniósł 8,2 proc. W ocenie NIK odpowiedzialność za tę sytuację ponoszą organy administracji, gdyż nie zapewniają równego dostępu do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. To dlatego w 2011 r. skorzystało z nich zaledwie 22 proc. Polaków.

Potrzeby rosną

Z badań firmy konsultingowej PMR wynika, że wartość rynku usług dentystycznych w Polsce w ciągu tego roku wzrośnie o 10 proc., a w implantologii nawet o 30 proc. Oznacza to, że zainteresowanie usługami stomatologicznymi jest coraz większe. Jest nadzieja, że sukcesywnie będzie się też poprawiał stan zdrowia jamy ustnej Polaków. Wartość rynku stomatologicznego w 2013 r. osiągnęła prawie 10 mld zł, a najbardziej dynamiczny wzrost notuje się właśnie w indywidualnych prywatnych praktykach. PMR prognozuje, że ten trend będzie się utrzymywał, ponieważ wyraźnie widać, że państwo w celu zmniejszenia deficytu poszukuje oszczędności w planowanych wydatkach NFZ na opiekę stomatologiczną. Rośnie też świadomość dotycząca dbałości o stan zdrowia jamy ustnej. Stereotyp wyłącznie zamożnego Polaka, który leczy zęby w prywatnym gabinecie stomatologicznym, został przełamany. Z ich usług korzystają coraz częściej osoby średnio zamożne i niezamożne, które przywiązują wagę do stanu uzębienia i nawet za cenę wyrzeczeń decydują się na leczenie, nie licząc na refundację z NFZ. Na dynamikę rozwoju praktyk indywidualnych ma także wpływ rosnące zainteresowanie usługami stomatologicznymi obcokrajowców. PMR przewiduje, że po 2013 r. przychody z turystyki medycznej będą jeszcze bardziej napędzały koniunkturę rynku. Ma to związek z wejściem z życie dyrektywy

europejskiej „Pacjenci bez granic". Obcokrajowcy leczący zęby w Polsce, w zależności od regionu kraju, stanowią 10-20 proc. wszystkich leczonych. Najwięcej jest Niemców, Brytyjczyków, Duńczyków i Szwedów.

Rośnie konkurencja

Obecnie w Polsce jest ponad 33,5 tys. lekarzy dentystów. Większość pracuje w indywidualnych praktykach. Powszechna dostępność do leczenia w tych placówkach daje możliwość wyboru gabinetu oraz lekarza, co sprawia, że rynek stomatologiczny jest coraz bardziej konkurencyjny. Koszty prowadzenia gabinetu stale rosą, a co za tym idzie – ceny usług stomatologicznych również. Analitycy GUS zbadali, że wśród usług medycznych zanotowano wzrost o 3,1 proc., usług lekarskich i sanatoryjnych – o 2,7 proc. oraz o 3,3 proc. ceny usług stomatologicznych. Choć są wyjątki, np. w implantologii, gdzie ceny usług spadają, a jakość się podnosi. W ciągu ostatnich pięciu lat koszty wszczepiania implantów spadły nawet o 30 proc., a implanty stały się bardziej dostępne – są wyznacznikiem nowoczesnej protetyki. Dr n. med. Mariusz Duda, prezes Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego i właściciel jednej z klinik implantologicznych na Śląsku, uważa, że jest to następstwo zarówno zwiększonego popytu na tego rodzaju usługi, jak i konkurencji wśród firm produkujących implanty. Implantologia to dziedzina wymagająca, powodzenie terapeutyczne zależy od wielu czynników, głównie od kwalifikacji lekarza, ale też warunków, w jakich przeprowadza się zabiegi. – Mamy dostęp do najlepszych materiałów i najnowszej wiedzy, do Polski przyjeżdżają wybitni w tej dziedzinie, od których możemy się uczyć, wielu z nas wyjeżdża w tym celu za granicę, a odkąd kilka lat temu wprowadzono system międzynarodowych umiejętności w implantologii, są one weryfikowane – mówi M. Duda. Zastrzega, że nie należy się obawiać konkurencji, bo wymusza ona na lekarzu podnoszenie poziomu edukacyjnego i jakości świadczonych usług. Tych elementów konkurencyjności jest wiele, jednym z nich są warunki, w jakich odbywa się leczenie, do których obecnie przywiązuje się coraz większą wagę. W 2013 r. ośrodek Duda Clinic otrzymał główną nagrodę w plebiscycie Top Design za najlepiej zaprojektowany gabinet stomatologiczny w Polsce. – Pacjent w takim wnętrzu zapomina o tym, że jest u dentysty, mniej się stresuje, obawia bólu – mówi laureat nagrody.

Na swoim lepiej

Prywatna praktyka ma różne oblicza. Obok tzw. klinik stomatologicznych, ośrodków oferujących kompleksowe usługi, wciąż najliczniej reprezentowane są na rynku usług stomatologicznych gabinety dentystyczne. Zdaniem doktora Wojciecha Ratajczaka z Gdańska, który od 10 lat prowadzi własną praktykę, ich kondycja zależy od usytuowania gabinetu, od tego, jak długo istnieje, czy ma kontrakt z NFZ, czy praktykę prowadzi lekarz specjalista, jaki ma staż pracy i doświadczenie. Analizując te warunki, uważa, że najlepsza jest kondycja praktyk niekoniecznie usytuowanych w dużych miejscowościach, ale tam, gdzie mieszkańcy mają wyrobioną świadomość zdrowotną i zasobne portfele. Praktyki te na ogół nie mają kontraktów z NFZ i do nich nie dążą, cenią sobie niezależność i możliwość wyboru metod diagnostycznych, a także terapii dostosowanych do potrzeb pacjenta, a nie do biurokratycznych przepisów. Jednak praktyki, gdzie za leczenie w całości płaci pacjent, muszą sprostać wysokim wymaganiom. Trzeba nieustannie podnosić standard pomieszczeń, obsługi i udogodnień, a to generuje koszty. Pacjent musi mieć całodobowy dostęp do rejestracji i możliwość porady choćby telefonicznej. Część praktyk zmuszona sytuacją, zawiera kontrakty z NFZ i narzeka, bo ciężko spełnić warunki narzucane przez publicznego płatnika. – Pracuję wyłącznie we własnej specjalistycznej praktyce. Nie występowałem o kontrakt, gdyż uważałem, że świadczenia są wycenione niewspółmiernie nisko w stosunku do kosztów ponoszonych przez praktyki. Za pieniądze z kontraktów nie można świadczyć usług na wysokim poziomie i dobrymi materiałami – zastrzega doktor Wojciech Ratajczak. Dodaje, że zarówno lekarzy na kontraktach NFZ i pracujących wyłącznie prywatnie gnębią wymogi wynikające z obowiązków przedsiębiorcy, których jest coraz więcej i coraz bardziej odczuwalny jest ich ciężar. – Biurokracja zabiera też czas, który należy się pacjentowi, a przecież jeszcze trzeba się szkolić, w przypadku praktyk za własne pieniądze i w czasie, który inni ludzie przeznaczają na odpoczynek – tłumaczy doktor Ratajczak. Mówi, że o kondycję prywatnych praktyk się nie obawia, bo mimo trudności i biurokracji możliwość pracy we własnym gabinecie daje poczucie spełnienia i jest najbliższe pragnieniom, które ma każdy, zaczynając studia stomatologiczne. Zwraca jednak uwagę na konieczność przestrzegania norm zawodowych, etycznych i moralnych.

Poprzeczka w górę

Doktor Anna Śpiałek z Gdańska, która praktykę prywatną prowadzi od ponad 20 lat, zwraca uwagę na to, jak bardzo zmieniła się w tym czasie stomatologia, jak bardzo podniosła się poprzeczka zarówno jeśli chodzi o ofertę, jak i oczekiwania pacjentów. Chcą oni nie tylko leczenia na wysokim poziomie, nowoczesnymi materiałami w sprzyjających warunkach, ale odpowiedniego traktowania. – Wielu moich pacjentów zaznacza, że nawet gdyby mieli odkładać pieniądze na leczenie, nie biorą pod uwagę korzystania z usług NFZ – mówi A. Śpiałek, chociaż uważa, że nie należy zamykać tej możliwości, ponieważ jest grupa pacjentów, którzy tego potrzebują. Profesor Stanisław Suliborski, były dyrektor Instytutu Stomatologii UM w Łodzi, od lat prowadzący prywatną praktykę, podkreśla, że za dynamicznym rozwojem rynku stomatologicznego stoją nie tylko lepiej wyposażone gabinety, nowoczesne materiały, coraz bardziej wyrafinowane metody diagnostyczne czy większa dbałość Polaków o zęby, ale pęd lekarzy dentystów do zdobywania wiedzy. – Kiedy widzę rosnące zainteresowanie kształceniem, jestem tym zbudowany, bo to podnosi poprzeczkę, jeśli chodzi o kwalifikacje i jakość świadczonych usług, ale martwi mnie, że na kursach, konferencjach widzę wciąż te same twarze – tłumaczy profesor i zachęca do jeszcze większego zainteresowania zdobywaniem wiedzy. Jego zdaniem, jest to jedyny sposób, aby ustrzec się niepowodzeń.

Obecnie w Polsce jest ponad 33,5 tys. lekarzy dentystów. Większość pracuje w indywidualnych praktykach. Powszechna dostępność do leczenia w tych placówkach daje możliwość wyboru gabinetu oraz lekarza, co sprawia, że rynek stomatologiczny jest coraz bardziej konkurencyjny.

Szpital zapłaci za sakrament

Anna Kobińska

Adwokat, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego

W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. o sygn. II CSK 1/13, pojawia się interesujące zagadnienie, związane z działalnością podmiotów leczniczych i udzielanych tam świadczeń nie tylko medycznych[1]. Z pewnością orzeczenie jest na tyle doniosłe, że wpłynie na zapewniane dotychczas inne świadczenia niż medyczne, dlatego warto, aby osoby zarządzające placówkami zapoznały się z nim, by uniknąć ewentualnych roszczeń pacjentów w przyszłości.

Pacjent, który pozwał szpital (powód), przebywał w Klinice Kardiochirurgii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr [...], gdzie został poddany planowemu zabiegowi operacyjnemu. Po zabiegu po kilku godzinach odzyskał przytomność, ale nie można było nawiązać z nim kontaktu logicznego. Pacjentowi podano leki sedacyjne i przeciw-drgawkowe, a następnie został wprowadzony w stan śpiączki farmakologicznej, w którym był utrzymywany do końca pobytu w szpitalu. Podczas gdy pacjent był w śpiączce, kapłan, z którym pozwany szpital ma zawartą umowę posługi dla chorych, udzielił pacjentowi sakramentu namaszczenia chorych, a zaświadczenie o jego udzieleniu dołączono do dokumentacji medycznej. Pacjent się wybudził, doszedł do zdrowia i opuścił szpital. Kiedy po kilku miesiącach przeglądał swoją dokumentację medyczną, dowiedział się o udzieleniu sakramentu namaszczenia chorych. Jak twierdzi, doznał wówczas szoku i ujemnych cierpień psychicznych, gdyż pomimo że został ochrzczony, to jest niewierzący i niepraktykujący.

Sąd przyznał, że wolność sumienia to dobro osobiste, którego naruszenie może polegać m.in. na złamaniu zakazu zmuszania do uczestnictwa w praktykach religijnych.

Pozwał szpital o zadośćuczynienie w kwocie 90 000 zł za naruszenie jego dóbr osobistych w postaci wolności sumienia, w związku z udzieleniem sakramentu namaszczenia chorych podczas leczenia. Powód argumentował przed sądem, że stało się to wbrew jego woli, gdyż jest niewierzący i bez jego wiedzy, gdy był w stanie śpiączki farmakologicznej. Twierdził, że jak się dowiedział o tym, doznał szoku, załamania nerwowego, pogorszył się jego stan psychiczny i fizyczny, zagrażał mu kolejny zawał serca.

Pozwany szpital bronił się, iż udzielenie sakramentu nie wiązało się dla pacjenta z żadnymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Decydując się na udzielenie sakramentu, kapłan założył, że skoro 90 proc. społeczeństwa polskiego to katolicy, to może nim być też powód. Poza tym sakrament udzielony niewierzącemu jest nieważny.

Zarówno przed Sądem Okręgowym (sąd I instancji), jak i Sądem Apelacyjnym (sąd II instancji) powód przegrał sprawę. W momencie przyjęcia do szpitala powód nie informował, aby był niewierzący, a gdy był już w śpiączce, ksiądz nie mógł tego ustalić. Zdaniem sądów namaszczenie olejami osoby niewierzącej nie mogło dla niej wiązać się z żadnymi negatywnymi skutkami w sferze zdrowia psychicznego oraz fizycznego. Ponadto Sąd Apelacyjny odwołał się do Konstytucji RP[2] (art. 53 ust. 1, 6 i 7) i wyrażonej tam wolności sumienia i religii wraz z zakazem zmuszania kogokolwiek do uczestniczenia lub nieuczestniczenia w praktykach religijnych. Z kolei zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania[3] nie wolno zmuszać obywateli do brania udziału w obrzędach religijnych. Sąd przyznał, że wolność sumienia to dobro osobiste, którego naruszenie może polegać m.in. na złamaniu zakazu zmuszania do uczestnictwa w praktykach religijnych. Jednak do wniosku, że udzielenie powodowi namaszczenia chorych nie stanowiło naruszenia jego wolności sumienia, doprowadziła Sąd Apelacyjny ocena zdarzenia z perspektywy rozsądnie myślącego, uczciwego człowieka, przy uwzględnieniu aktualnego stanu stosunków społecznych, tzw. zasad współżycia społecznego. Intencją kapłana było niesienie choremu wsparcia duchowego w momencie ekstremalnego zagrożenia życia, a nie jego „nawrócenie". Nie stanowiło próby ingerencji w jego światopogląd. Z perspektywy człowieka rozsądnego, akt ten dla osób niewierzących pozostaje całkowicie obojętny, jest to akt symboliczny o pozytywnym przesłaniu (nie można go porównywać przykładowo do egzorcyzmów). Nie sposób przyjąć, że z dokonaniem namaszczenia mogą obiektywnie wiązać się istotne dolegliwości emocjonalne. Niewiedza księdza co do światopoglądu powoda była usprawiedliwiona.

Powód wniósł skargę kasacyjną, gdyż nie zgadzał się z zapadłymi dwoma negatywnymi wyrokami w jego sprawie.

Sąd Najwyższy potwierdził, że swoboda sumienia jest niewątpliwie dobrem osobistym, polegającym na wolnym, wynikającym z własnego przekonania wyrażaniu określonego światopoglądu, w tym także wyboru i praktykowania określonej religii, wyboru pewnego systemu wartości. Nikogo nie można zmuszać do

uczestniczenia lub nieuczestniczenia w praktykach religijnych. Co więcej, zgodnie z art. 2 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania korzystanie z wolności sumienia to także prawo do zachowania milczenia w sprawach religii lub przekonań. Dobro osobiste w postaci swobody sumienia to wolność wyznawanego światopoglądu (wyznania), wolność wyrażania przekonań religijnych i wykonywania praktyk religijnych. Osoba niewierząca może oczekiwać, że nie będzie poddawana praktykom religijnym wbrew swojej woli, zmuszana do udziału w nich czy posługiwania się symbolami religijnymi. Natomiast nie może oczekiwać, że nie będzie miała kontaktu z osobami wierzącymi, ich praktykami i symbolami religijnymi, gdyż byłoby to sprzeczne ze swobodą sumienia osób wierzących. Naruszenie swobody wyznania będzie miało miejsce m.in. w razie narzucenia obowiązku przyjęcia określonej religii czy obowiązku wykonywania pewnych praktyk religijnych. Tak samo należy potraktować poddanie kogoś wbrew woli czynnościom, które stanowią formę praktyki religijnej. Uwolnienie się przez szpital od odpowiedzialności za naruszenie dobra osobistego pacjenta mogło nastąpić, gdyby szpital wykazał, że działanie kapłana nie było bezprawne. Natomiast przyjęcie sakramentu jest praktyką religijną, więc udzielenie go osobie, która się sprzeciwia, należy uznać za formę poddania jej praktyce religijnej wbrew jej woli, niezależnie od intencji osób, za sprawą których to nastąpiło. Sąd Najwyższy stwierdził, że poddanie człowieka nieakceptowanym przez niego praktykom religijnym nie jest zdarzeniem drobnym, banalnym, niezasługującym na udzielenie ochrony z zakresu przepisów o dobrach osobistych (art. 23 kodeksu cywilnego).

W świetle przedstawionego orzeczenia Sądu Najwyższego nie sposób nie postawić pytania, jak podmioty lecznicze mają udzielać świadczeń, do których są zobowiązane. Zgodnie z art. 53 Konstytucji RP każdy ma prawo do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje. Z kolei na podstawie art. 36 Ustawy z dnia 6 listopada o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[4], pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy ma obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania (art. 37 ustawy).

Jak ma postąpić podmiot leczniczy w sytuacji, w której nie powinien gromadzić danych na temat światopoglądu pacjenta? Zgodnie bowiem z art. 2 pkt 5 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, korzystając z wolności sumienia i wyznania, obywatele mają prawo zachować milczenie w sprawach swojej religii lub przekonań.

Zrealizowanie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w podmiocie leczniczym nie jest możliwe bez uzyskania informacji od pacjenta, w związku z czym w niezbędnym zakresie podmioty lecznicze będą uprawnione do gromadzenia takich informacji, aby wykonywać obowiązki nałożone przez ustawę. Sprawą oczywistą jest, iż jeśli sam pacjent tego zażąda, to uzewnętrzni swoje przekonania wobec placówki. Pacjent świadomy i przytomny może samodzielnie dokonać wyboru, czy i w jakim zakresie chce skorzystać w placówce leczniczej z praw zadeklarowanych w powołanych aktach prawnych.

Tak samo będzie, w stosunku do pacjenta, gdy tego rodzaju informacje zostają udzielone placówce leczniczej w związku z pouczeniem przyjmowanego do niej pacjenta o przysługujących mu prawach i wyrażoną przez niego wolą udzielenia tego rodzaju informacji. W stosunku do pacjenta, który takich informacji nie ujawnił, gdyż go nie zapytano albo dlatego, że nie chciał, nie można stosować domniemania, iż jest tego wyznania co większość społeczności, z której się wywodzi.

Nasuwa się wątpliwość, czy dochodzona kwota przez powoda nie jest wygórowana w sytuacji, w której pacjenci przy doznawanych szkodach na osobie w postaci uszczerbku na zdrowiu, dość często uzyskują o wiele niższe kwoty zadośćuczynienia. Jednak ta kwestia pozostanie do rozstrzygnięcia przez Sąd Apelacyjny w związku z uchyleniem jego wyroku przez Sąd Najwyższy.

[1] Orzeczenie było komentowane w „Rzeczpospolitej" z 30 listopada 2013 r. w artykule M. Domagalskiego „Sakramentalna krzywda".

[2] Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

[3] Dz.U. 1989, Nr 29, poz. 155.

[4] Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417.

Jerzy Kruszewski

Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii, prof. dr hab. n. med.

Alergologia w 2013

Alergologia to stosunkowo młoda specjalizacja, która występuje nie we wszystkich krajach Unii Europejskiej. W Polsce została utworzona w 1973 r.

Specjaliści alergologii wywodzący się z grona dermatologów, internistów, otolaryngologów i pediatrów zajmują się chorobami o podobnym patomechanizmie, który stoi u podstaw nadwrażliwości organizmu na różne czynniki. W Polsce mamy około 1200 specjalistów w tej dziedzinie. Są to w głównej mierze lekarze młodzi lub w średnim wieku. Alergologia szybko się rozwija i ma spore osiągnięcia, których szczególnym wyrazem może być postęp, jaki został dokonany w ostatnich 15 latach w leczeniu astmy, dzięki wprowadzeniu glikokortykosteroidów wziewnych, czy w leczeniu atopowego zapalenia skóry, dzięki wprowadzeniu tzw. terapii proaktywnej z użyciem inhibitorów kalcyneuryny. Ale również w innych chorobach alergicznych: alergicznym nieżycie nosa, alergii na jady owadów i pokrzywkach postęp też jest widoczny i odczuwalny przez chorych.

W ostatnich pięciu latach znacznie wzrosło zainteresowanie problematyką rzadszych chorób alergicznych, np. takich jak anafilaksja, którą uważano do niedawna za problem marginalny z uwagi na jej stosunkowo rzadkie występowanie.

W ostatnich pięciu latach znacznie wzrosło zainteresowanie problematyką rzadszych chorób alergicznych, np. takich jak anafilaksja, którą uważano do niedawna za problem marginalny z uwagi na jej stosunkowo rzadkie występowanie.

Anafilaksja wymyka się statystykom, ponieważ brak takiej pozycji w międzynarodowych klasyfikacjach chorób (występuje w grupie pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, wstrząs, napad astmy). Chcąc poznać problem od strony pacjenta, najczęściej stosuje się różnego rodzaju ankiety. Niestety, obraz, jaki wyłania się z tego typu badań, choć daleki od realiów, jest niepokojący. W USA aż blisko 8 proc. osób uważa, że przynajmniej raz w życiu przebyło reakcję anafilaktyczną, ale po weryfikacji okazuje się, że w istocie problem dotyczy „tylko" 1,7 proc. populacji. Niestety, tylko części z tych 1,7 proc. zagrożonych jej wystąpieniem lekarz zalecił posiadanie i samodzielne stosowanie adrenaliny, leku ratującego życie w anafilaksji, co zalecają wszystkie wytyczne od kilku lat. Dotyczyło to np. aż 52 proc. chorych, u których wystąpiły w przeszłości co najmniej dwa epizody ciężkiej anafilaksji, a tylko 11 proc. chorych decydowało się na samodzielne jej użycie. W naszym kraju sytuacja jest podobna lub może nawet gorsza. Dlatego w tym roku pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego ruszy akcja „Stop anafilaksji", mająca na celu wzrost nie tylko świadomości społecznej, ale też edukację lekarzy POZ oraz alergologów w tym zakresie.

Warto podkreślić, że badania kliniczne w anafilaksji są trudne z etycznego punktu widzenia, a w niektórych aspektach wręcz niemożliwe jest spełnienie współczesnych wymogów. Trudno sobie wyobrazić badanie skuteczności leków z użyciem placebo we wstrząsie anafilaktycznym. Trudno też, z uwagi na epizodyczny charakter anafilaksji, dobrze zaplanować badania obserwacyjne.

Spory postęp dotyczący patogenezy anafilaksji zarówno alergicznej, jak i niealergicznej, dokonał się nie tylko w oparciu o badania na zwierzętach. Wśród wielu mediatorów reakcji anafilaktycznej, odpowiedzialnych za groźne dla życia objawy (wazodilatacja, ucieczka płynów z centralnego łożyska naczyniowego), takich jak: metabolity kwasu arachidonowego, histamina i inne aminy biogenne oraz tryptaza, podkreślono rolę czynnika aktywującego płytki (PAF), tlenku azotu (NO) i endogennej adrenaliny jako modulatorów przebiegu reakcji.

Czynnik aktywujący płytki (PAF)

Okazało się, jak ważnym mediatorem groźnych dla życia, ciężkich reakcji anafilaktycznych jest PAF. Jego surowicze poziomy lepiej korelują z ciężkością tych reakcji niż inne wskaźniki, np. poziomy tryptazy uważanej dotychczas za najlepszy marker. Badania in vitro wskazują, że opóźnione podanie adrenaliny, po wygenerowaniu dużych ilości aktywnego PAF (po upływie 15 minut) może być mniej skuteczne w zwalczaniu objawów anafilaksji. Podkreśla to, jak ważne dla dalszego przebiegu reakcji może być szybkie zastosowanie adrenaliny, co umożliwiają przecież autostrzykawki lub ampułkostrzykawki posiadane przez chorego właśnie w celu bezzwłocznego podania po wystąpieniu pierwszych objawów. Naturalna inaktywacja i co za tym idzie, surowicze stężenia PAF zależą w głównej mierze od enzymu – acetylohydrolazy PAF. Enzym ten jest zdolny do konwersji aktywnego PAF do postaci nieaktywnej (lyso-PAF). Osoby z osłabioną aktywnością tego enzymu nie są w stanie właściwie reagować na powstawanie nadmiernych ilości PAF, przez co mogą być obarczone szczególnym ryzykiem jego działania w dużych stężeniach. Takie wnioski wynikają z badań ludzi z ciężką anafilaksją na orzeszki ziemne. Aktywność acetylohydrolazy PAF może określać indywidualne ryzyko wystąpienia szczególnie ciężkich reakcji u osób z alergią na orzeszki ziemne. Rozpoczęto już badania na zwierzętach, których celem jest opracowanie metody leczniczej substytucji niedoboru tego enzymu.

Już teraz mamy możliwość terapii anty-PAF. Lekiem takim jest rupatadyna o potwierdzonym działaniu anty-PAF i jednocześnie blokującym receptor H1 dla histaminy. Mimo że wykazano jej szczególną skuteczność w niektórych, szczególnych postaciach pokrzywki, to jak dotąd nie ma mocnych przekonujących dowodów klinicznych na jej istotnie lepsze działanie w anafilaksji niż np. leków przeciwhistaminowych.

BIULETYN

Nr 1 (153) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, II 2014

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 20 grudnia 2013 roku

UCHWAŁA Nr 15/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2013 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2014

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 w zw. z art. 40 ust.4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.
Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2014 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

APEL Nr 3/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2013 r.

w sprawie prac nad nowymi rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia w Polsce

Naczelna Rada Lekarska:
- z niepokojem obserwując narastającą dezorganizację polskiego systemu ochrony zdrowia, zagrażającą bezpieczeństwu pacjentów oraz stabilności placówek opieki zdrowotnej, a w konsekwencji także licznej rzeszy pracowników medycznych,
- dostrzegając pogłębiające się niedofinansowanie, brak równowagi między publicznymi wydatkami na zdrowie a zadaniami nałożonymi na system, nadmierną centralizację, monopolistyczną pozycję oraz arogancję Narodowego Funduszu Zdrowia wobec ubezpieczonych i świadczeniodawców,
- widząc bierność Ministra Zdrowia wobec głównych problemów systemu ochrony zdrowia,
- zauważając, że polski pacjent jest leczony w warunkach dalekich od dostępnych w krajach Europy zachodniej, a polscy lekarze, lekarze dentyści i inni pracownicy ochrony zdrowia funkcjonują w zdecydowanie gorszych warunkach pracy,
- protestując przeciwko przerzucaniu winy za wadliwie działający system opieki zdrowotnej na lekarzy,
- przypominając o konstytucyjnym uprawnieniu samorządu lekarskiego do udziału w procesie legislacyjnym i potwierdzając wolę włączenia się w opracowanie lepszych zasad opieki zdrowotnej,

wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej do jak najszybszego rozpoczęcia debaty publicznej nad docelowym kształtem systemu opieki zdrowotnej.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że dla zbudowania sprawnie działającego, przyjaznego dla pacjentów i pracowników systemu ochrony zdrowia niezbędne jest przede wszystkim:
a) wzmocnienie, zgodnie z Konstytucją, odpowiedzialności państwa za funkcjonowanie systemu;
b) zapewnienie opieki zdrowotnej wszystkim, którzy jej potrzebują bez względu na ich status;
c) zbudowanie sieci placówek opieki zdrowotnej odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych obywateli;
d) zapewnienie obywatelom realnych możliwości korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej na terenie całej Unii Europejskiej;
e) stałe wspieranie zdrowia publicznego poprzez odpowiednie działania wszystkich resortów;
f) zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych do poziomu co najmniej 6% produktu krajowego brutto;
g) oparcie finansowania opieki zdrowotnej na:
- środkach z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na poziomie odpowiednim do oczekiwań społecznych w stosunku do ochrony zdrowia,
- środkach pochodzących z budżetów państwa i samorządów,
- częściowej odpłatności pacjentów za udzielane im świadczenia z jednoczesnym zbudowaniem systemu dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających i dodatkowych oraz osłon dla najuboższych;
h) ustalenie precyzyjnego zakresu i warunków gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, które da się sfinansować z wyżej wymienionych środków;
i) wprowadzenie jednolitych zasad ustalania cen świadczeń zdrowotnych na poziomie gwarantującym rentowność placówek opieki zdrowotnej;
j) odejście od konkursu ofert i zawieranie umów na świadczenia zdrowotne z wszystkimi uprawnionymi podmiotami na podstawie jednakowych dla wszystkich zasad;
k) zapewnienie niezbędnej liczby miejsc i wysokiego poziomu kształcenia kadr medycznych oraz atrakcyjnych warunków pracy, płac oraz rozwoju zawodowego fachowym pracownikom medycznym.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że decyzje w tych sprawach nie mogą zapadać jedynie na drodze politycznej; wymagają one debaty eksperckiej i publicznej; jednocześnie także wyraża gotowość samorządu lekarskiego do wzięcia udziału w takiej debacie.

Sekretarz **Prezes**
Mariusz Janikowski **Maciej Hamankiewicz**

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

APEL Nr 4/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2013 r.

do Ministra Zdrowia w sprawie wprowadzenia zmian w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w celu uproszczenia warunków do uzyskania akredytacji do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach stomatologicznych

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że obowiązujące przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (zwanej dalej „ustawą"), dotyczące zasad uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, nie uwzględniają specyfiki szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy dentystów oraz praktyk zawodowych, które mają je prowadzić. Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że nadmiernie rozbudowane w ww. przepisach wymagania sprawiają, że uzyskanie przez lekarzy dentystów wykonujących działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej uprawnień do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych jest bardzo utrudnione, a często wręcz niemożliwe. Przekłada się to na niewystarczającą ilość miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy dentystów zamierzających podnosić swoje kwalifikacje zawodowe i jakość udzielanych pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej.
Mając na względzie konieczność uproszczenia procedury uzyskiwania uprawnień do prowadzenia szkolenia specjalistycznego przez lekarzy dentystów wykonujących zawód w ramach indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o wprowadzenie następujących zmian w ustawie:
1) w art. 16f ust 3 nadanie następującego brzmienia pkt 2 lit. g:
„g) staże kierunkowe obejmujące określony zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, za wyjątkiem specjalizacji lekarsko-dentystycznych z wyłączeniem chirurgii szczękowo-twarzowej,";
2) w art. 19f:
a) w ust. 1 dodanie po wyrazach „ust. 2" wyrazów: „albo ust. 2a",
b) po ust. 2 dodanie ust. 2a w brzmieniu:
„2a. Lekarz dentysta wykonujący zawód w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowa praktyka lekarska, ubiegający się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologii, są obowiązani spełniać następujące warunki:
1) posiadać tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie stomatologii, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej przynajmniej jeden ze wspólników powinien posiadać tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie stomatologii;
2) posiadać pomieszczenia, aparaturę i sprzęt medyczny niezbędne do realizacji zadań określonych programem specjalizacji zgodnie ze standardami akredytacyjnymi, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 7;
3) określone w ust. 2 pkt 1, 2, 4, 7 i 10;
4) uzyskać opinię właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie stomatologii o spełnieniu warunków, o których mowa w pkt 1-3.",
c) w ust. 3 pkt 2, w ust. 4, w ust. 6 i w ust. 9 dodanie po wyrazach „ust. 2" wyrazów: „albo ust. 2a".

Sekretarz **Mariusz Janikowski**
Prezes **Maciej Hamankiewicz**

APEL Nr 5/13/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 20 grudnia 2013 r.

do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z apelem o dokonanie niezbędnych zmian w zarządzeniu Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ z 12 grudnia 2013 r. Nr 74/2013/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
Stanowczy sprzeciw budzi fakt, iż do wydania zarządzenia Nr 74/2013/DSOZ doszło z naruszeniem § 2 ust. 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81 poz. 484). O fakcie przygotowania projektu zarządzenia Narodowy Fundusz Zdrowia, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 2 ust. 3 OWU, nie poinformował Naczelnej Izby Lekarskiej uniemożliwiając jej tym samym zajęcie stanowiska.
W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ wymaga niezwłocznej zmiany w zakresie, w jakim treść załącznika nr 7 pozwala oferentom na zastrzeżenie poufności podstawowych parametrów podlegających ocenie w toku postępowania konkursowego – takich jak: cena, kwalifikacje personelu i harmonogram pracy. Obecne brzmienie załącznika nr 7 do zarządzenia nr 57/2013/DSOZ nie wspiera zasady jawności ofert wyrażonej w treści art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Konstrukcja załącznika nr 7 do zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ jest niewłaściwa, gdyż wskazuje na możliwość zastrzeżenia poufności szczegółów składanej oferty w zakresie szerszym, niż jest to pod względem prawnym możliwe. Samo zastrzeżenie poufności danych przez oferenta nie jest bowiem tożsame z uznaniem tych danych za tajemnicę przedsiębiorstwa i nie może automatycznie przesądzać o niemożności udostępnienia tych danych innym oferentom.
W załączniku nr 7 do zarządzenia nr 57/2013/DSOZ pola w kolumnie 2 tabeli powinny być puste i być wypełniane treścią przez oferenta, gdyż tylko wówczas nie będą sugerować możliwości zastrzeżenia podstawowych parametrów składanej oferty. Obecny kształt tabeli sugeruje możliwość zastrzegania wszelkich istotnych danych dotyczących składanej oferty, co może być odczytywane jako sugestia zastrzegania tych danych i wywołać tzw. efekt mrożący. Zarządzenie w obecnym brzmieniu, zamiast promować większą jawność i dostępność danych ofertowych, stanowi zachętę do zastrzegania poufności większość danych w składanych ofertach. Skutkiem tej regulacji będzie konieczność dodatkowej analizy ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia przed udostępnieniem zastrzeżonych danych.
Podkreślenia wymaga fakt, że wynikające z ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych prawo oferenta do złożenia odwołania będzie realizowane w pełni jedynie wówczas, gdy oferent będzie miał możliwość wglądu w oferty innych oferentów. Na konieczność udostępniania tych danych w celu realizacji prawa oferentów wynikających z przepisów art. 134 ust. 1 i art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zwracał niejednokrotnie uwagę w swych wyrokach Naczelny Sąd Administracyjny (m.in. w wyroku z 27 czerwca 2013 r. sygn. II GSK 459/12).

Sekretarz **Mariusz Janikowski**
Prezes **Maciej Hamankiewicz**

Kinazy, SIP2 (sphingosine-1-phosphate receptor 2), i NO (tlenek azotu)

Innym ważnym ogniwem patogenezy anafilaksji, które w przyszłości może być wykorzystane dla wypracowania nowego kierunku leczenia, jest modulowanie działania kinaz proteinowych, enzymów kontrolujących ważne szlaki wewnątrzkomórkowego przekazywania sygnałów. Przykładem mogą być efekty działania obecnego na komórkach śródbłonka naczyń receptora S1P2. (sphingosine--1-phosphate receptor 2). Jego pobudzenie skutkuje blokadą cząsteczek aktywujących kinazy syntaz tlenku azotu (NO). Prowadzi to do generowania mniejszych ilości NO, w efekcie czego jego działanie jest słabsze, zatem rozszerzenie (i uszkodzenie) naczyń może być mniejsze. Pobudzenie śródbłonkowego receptora S1P2, skutkujące zmniejszeniem wytwarzania NO, może mieć na tyle istotne znaczenie w ochronie bariery naczyniowej, że poszukuje się tu użytecznych sposobów profilaktyki i leczenia anafilaksji. Obecnie znanych jest już kilka cząsteczek o własnościach agonisty S1P2, takich jak: KRP-203, CYM-5520, XAX-162, ale czy wśród nich jest ta, którą będzie można w przyszłości zastosować jako skuteczny lek w anafilaksji u ludzi, pokaże czas.

Alergina

Uzasadnione nadzieje wiąże się też ze stosunkowo niedawno odkrytym receptorem (rodziną receptorów) występującym na komórkach tucznych – alergina-1 (allergin-1). Okazało się, że alergina-1 jest ważnym czynnikiem modulującym aktywację ludzkich mastocytów, w tym nieimmunologiczną, zjawisko ciągle słabo poznane od strony mechanizmów molekularnych. A przecież taki mechanizm jest przyczyną pokaźnej części epizodów anafilaksji. Wstępne badania wykazały, że ludzka izoforma alerginy-1: A-1S1 jest obecna w płynie z płukania oskrzelikowo-pecherzykowego oraz wydzielinie nosowej i ma hamujący wpływ na IgE-zależną aktywację mastocytów. Czy wpływ na ten receptor będzie mógł być użyteczny dla profilaktyki i leczenia anafilaksji (może także chorób atopowych) wyjaśnią zainicjowane już obecnie badania.

Błękit metylenu

Substancją, która w ostatnim czasie wzbudziła zainteresowanie w kontekście wstrząsu oligowolemicznego, w tym anafilaktycznego, jest błękit metylenowy. Błękit metylenowy jest od dawna stosowany u chorych z methemoglobinemią. Ostatnio wykorzystuje się go również w zwalczaniu różnego pochodzenia zespołów wazoplegii niepoddających się standardowemu leczeniu. Badania sugerują, że błękit metylenu jest selektywnym inhibitorem ścieżki NO-cGMP (nitric oxide-cyclic guanosine monophosphate), która odgrywa istotną rolę we wstrząsie anafilaktycznym. Stąd zapewne pomysł, by sięgać po tę substancję w dramatycznych sytuacjach nieskuteczności leków zalecanych w leczeniu wstrząsu anafilaktycznego. Doniesienia kliniczne, ale na razie tylko o charakterze kazuistycznym, są bardzo optymistyczne. Błękit metylenu działa synergistycznie z adrenaliną, a opisany niedawno przypadek wskazujący, że może on być też skuteczny w zwalczaniu przedłużającej się anafilaksji, bez spadku ciśnienia tętniczego krwi wskazuje, że poprzez hamowanie powstawania NO wpływa on korzystnie nie tylko na naczynia, ograniczając wazodilatację, ale także może hamować inne, pozanaczyniowe, zależne od NO mechanizmy anafilaksji.

Anty-IgE

Wiadomo, że omalizumab jest lekiem skutecznym w przypadku anafilaksji IgE-zależnej. Obecnie testowane są też inne sposoby „blokady IgE". Trwają ciekawe prace nad wykorzystaniem peptydowej cząsteczki zwanej PepE, zawierającej dwie pętle zbudowane z dwóch łańcuchów α receptora FcεRI, która może się łączyć z ciężkimi łańcuchami εIgE: C›-E i B-C (30). PepE jest wysoce specyficzny i wykazuje wysokie powinowactwo do IgE, co skutkuje silnym wiązaniem IgE i przez to ograniczeniem wiązania IgE z FcεRI. Wykazano in vitro, że zapobiega IgE-zależnemu uwalnianiu mediatorów z różnych komórek, co pozwala sądzić, że mógłby hamować kliniczne konsekwencje takich reakcji i być skuteczny w leczeniu IgE-zależnych chorób alergicznych, w tym anafilaksji.

Czekamy na Wasze prace!

Pula nagród to **10 000 zł!!!**

Ogólnopolski Konkurs Literacki „Historia Zdrowia i Choroby” trwa!

Wystarczy przesłać tekst, w formie szkicu literackiego lub innej formy literackiej, na jeden z poniższych tematów:

- Zapis zmian, które nastąpiły w polskiej ochronie zdrowia, w szczególności podczas wprowadzania pakietu reform w latach 2009-2013
- Przedstawienie nowych relacji między lekarzem i pacjentem
- Prezentacja zmieniającej się roli lekarza w świetle gwałtownego rozwoju technik medycznych
- Promowanie twórczości literackiej opisującej środowisko lekarskie

Przyjmujemy prace do 6 tys. znaków (wraz ze spacjami), które wcześniej nie były publikowane ani nagradzane.

konkursliteracki@gazetalekarska.pl

Organizatorem konkursu jest Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej”. Szczegóły oraz regulamin dostępne są na www.gazetalekarska.pl

Migotanie w przedsionku

Zwycięską anegdotę przesłał doktor Marek Dziemianowicz z Białegostoku. Gratulujemy wygranej!

Pewnego dnia przyszła do mojej poradni dziarska staruszka i powiedziała, że kardiolodzy mówią, że dostała „migotania w przedsionku", chociaż nie pamięta, żeby ostatnio chodziła przez przedsionek. Spytałem, czy ma kartę informacyjną, wyniki badań, leki.
Pacjentka stwierdziła, że zapomniała.
Zapisałem ją na wizytę i powiedziałem, żeby koniecznie następnym razem zabrała ze sobą dokumentację medyczną.
Po tygodniu przychodzi ta sama pacjentka. Pytam:
– Czy ma pani kartę informacyjną?
– Nie, zapomniałam.
– Może wyniki badań?
– Też nie.
– A wzięła pani opakowania leków?
– Zapomniałam.
Pod koniec wizyty mówię do pacjentki, że jej stan zdrowia jest bardzo dobry. Na to ona uśmiecha się, pochyla się do mnie i mówi:
– A wie pan co jest najważniejsze w moim zdrowiu?
– Nie wiem.
– Najważniejsze panie doktorze, że PAMIĘĆ MAM DOBRĄ!

Serdecznie dziękujemy wszystkim Czytelnikom, którzy przesłali swoje anegdoty na konkurs „GL" 12/2013-01/2014.
Więcej nadesłanych anegdot publikujemy w **„Gazecie Lekarskiej Premium" na www.gazetalekarska.pl.**
Czekamy na kolejne historie, opisujące najbardziej niezwykłe, zabawne lub absurdalne sytuacje z życia lekarza.
Należy je przesyłać **do 14 lutego** na adres **anegdota@gazetalekarska.pl.**
Tekst nie powinien przekraczać 700 znaków.
Do wygrania weekend dla dwóch osób w Hotelu Białowieski!
Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.

Statystyka i sprawozdawczość w polityce zdrowotnej

oprac. Piotr Krasucki na podstawie materiałów Zespołu ds. Zdrowia Instytutu Spraw Publicznych

Dane statystyczne zbierane w systemie ochrony zdrowia mają na celu zapewnienie decydentom informacji niezbędnych do kreowania prawidłowej polityki zdrowotnej. Powinny to być dane dotyczące stanu zdrowia jednostek i tworzonych przez nie społeczności oraz stanu infrastruktury zapewniającej prawidłową opiekę zdrowotną wszystkim mieszkańcom kraju.

Informacje o stanie zdrowia muszą uwzględniać zmiany zachodzące w czasie. Ze względów społecznych musimy odróżniać stan zdrowia człowieka od jego sytuacji zdrowotnej. Stan zdrowia to opis danych z wywiadu zdrowotnego i rodzinnego, badania fizykalnego i badań pomocniczych, ocena sytuacji zdrowotnej wymaga pogłębienia o wywiad środowiskowy, uwzględniający dostęp badanej osoby do właściwego poziomu tzw. uwarunkowań zdrowia (health conditions), do których zaliczamy: odżywienie – właściwe ilościowo i jakościowo, warunki mieszkaniowe, poziom wykształcenia, możliwość zarobkowania i zamożność, warunki pracy, możliwość rekreacji i wypoczynku, możliwość komunikacji i łączności, poziom zabezpieczenia materialnego w przypadku utraty zdolności do pracy.

Zebraniu tych danych powinna służyć indywidualna karta pacjenta, uwzględniająca „stan na wejściu" (badanie pierwszorazowe) i odnotowująca zmiany zachodzące w czasie. Karta ta powinna być oparta o aneks do „Decyzji Komisji Rady Europy 1400/97", uzupełniony o elementy karty z badania prof. Stefana Nowaka sprzed 30 lat.

Dane o systemie opieki zdrowotnej powinny zawierać obok rejestracji podmiotów tego systemu (personel medyczny, przychodnie i gabinety lekarskie, pracownie diagnostyczne, szpitale i inne zakłady zamkniętej opieki zdrowotnej) dokładną rejestrację ich obsady personalnej, uwzględniającą także ocenę jakości ich pracy i skuteczność stosowanych procedur.

Tak więc z grup podopiecznych (leczonych) należy wyodrębnić osoby z grup wysokiego ryzyka niektórych, szczególnie istotnych z punktu widzenia zdrowia schorzeń, i systematycznie kontrolować ich stan w określonych odstępach czasu.

II

Dane o stanie zdrowia i relacji: działania – efekty powinny być systematycznie analizowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych w celu przekazywania przede wszystkim lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej informacji o efektywności zdrowotnej podejmowanych przez nich działań. Powinny także stanowić wskazówki dla placówek wyższych szczebli referencyjnych (przychodni specjalistycznych, szpitali).

Dane o infrastrukturze i zasobach kadrowych powinny służyć centrali resortu zdrowia oraz podległych jej organów terenowych w projektowaniu alokacji inwestycji, a przede wszystkim w tworzeniu warunków zapewniających równy dostęp do lekarza pierwszego kontaktu niezależnie od miejsca zamieszkania, zamożności itp.

Mogą okazać się konieczne bodźce materialne wyrównujące nierówności w tym dostępie.

III

Wnioski i rekomendacje oparte na opiniach zawartych w tekstach lub wypowiedziach naszych ekspertów, prezentowanych na seminariach organizowanych przez Instytut Spraw Publicznych:

1) Istnieje potrzeba prawnego i organizacyjnego ustalenia zasad współpracy między elementami systemu informacji zdrowotnej związanymi w szczególności z Ministrem Zdrowia, MSW, MON, GIS, NFZ, ZUS, KRUS, GUS, samorządem zawodowym (izby lekarskie i pielęgniarskie), wojewodami i samorządem terytorialnym.

Istniejący stan prawny nie umożliwia w stopniu dostatecznym, a niekiedy wręcz ogranicza lub uniemożliwia wielostronny dostęp do danych, co skutkuje wielokrotnym zbieraniem tych samych danych. W efekcie uniemożliwia to integrację istniejących elementów w system informacji zdrowotnej poprzez łączenie zapisów stworzonych w różnych instytucjach. Poza wymienionymi elementami, celowe jest uwzględnienie potrzeb Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w celu umożliwienia łączenia danych zdrowotnych z danymi społeczno-ekonomicznymi, co pozwoliłoby na analizę nierówności w zdrowiu.

2) W sferze prawnej i organizacyjno-zarządczej doprecyzowania wymaga kwestia merytorycznej i formalno-prawnej odpowiedzialności za aktualizację definicji,

słowników i rejestrów podstawowych (lekarzy, pielęgniarek, świadczeniodawców), a w szczególności ich publiczne udostępnianie. Ważnym zagadnieniem jest znalezienie takich rozwiązań prawnych i technicznych, aby potrzeba ochrony danych osobowych nie paraliżowała możliwości gromadzenia danych do celów analitycznych.

3) Integrację istniejących elementów systemu informacji zdrowotnej w Polsce można w wymiarze merytorycznym i technicznym rozpocząć od systemu informacyjnego NFZ, który spośród innych zasobów jest najszerszy podmiotowo i najbardziej zaawansowany technicznie. Wymagałoby to poszerzenia zakresu gromadzonych danych o obszary będące obecnie poza kompetencjami NFZ. Należy jednak stworzyć odrębne centrum analityczne i koordynacyjne dla wszystkich elementów systemu informacji zdrowotnej; mógłby to być osobny departament w GUS. GUS wykazał wielokrotnie, że jest w stanie stabilizować procesy gromadzenia i agregowania danych.

Rozsądnym rozwiązaniem wydaje się zachęcenie ośrodków uniwersyteckich i instytutów naukowych oraz tzw. think-tanki (np. Instytut Spraw Publicznych) do prowadzenia prac badawczych na danych istniejących w zasobach publicznych. Ewentualny mechanizm zachęt to np. granty badawcze z Ministerstwa Zdrowia. Rozwój analiz z zakresu zdrowia publicznego byłby przy okazji obszarem działalności naukowej, którą samą w sobie Rząd RP powinien promować w ramach Agendy Lizbońskiej.

4) Poza gromadzeniem danych statystycznych, administracyjnych i rejestrowych zasadne są systematyczne, okresowe badania stanu zdrowia Polaków na reprezentatywnej próbie, które podobnie jak spis powszechny, byłyby użytecznym narzędziem uzupełniającym dane zbierane rutynowo. Sposobem na redukcję kosztów takich badań i nadanie im systematycznego charakteru jest stworzenie w Polsce sieci tzw. sentinel stations, czyli stacji obserwacyjnych opartych o jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych) dobranych w sposób losowy dla zapewnienia reprezentatywności badanej próby. Polska należy do nielicznych krajów europejskich, w których do tej pory nie podjęto próby stworzenia takiej sieci dla monitorowania stanu zdrowia populacji.

5) Proces reformowania systemu informacji zdrowotnej w Polsce powinien być prowadzony konsekwentnie i systematycznie z zapewnieniem ochrony od doraźnych zawirowań politycznych i uwolniony od ochrony interesów korporacji zawodowych. Zakładając przejęcie wiodącej roli przez GUS, należałoby jednak powołać niezależny „komitet zarządzający" przy Urzędzie Rady Ministrów, który czuwałby nad budową systemu i monitorowałby jego funkcjonowanie.

Naczelna Izba Lekarska i Ministerstwo Zdrowia pomogą specjalizującym się lekarzom

Marek Derkacz

Dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii, publicysta czasopism medycznych

Specjalizujący się w Polsce lekarze coraz częściej skarżą się, że ich szefowie – ordynatorzy czy kierownicy klinik – odmawiają im zgody na zaplanowane zgodnie z programami specjalizacji kursy i staże.

Następstwem tego jest wydłużenie okresu realizacji programu specjalizacji, a co za tym idzie – blokowanie miejsc szkoleniowych innym lekarzom i ograniczanie pacjentom i tak niedostatecznego dostępu do specjalistycznej opieki medycznej. Jedną z najczęstszych przyczyn niewyrażania zgody na zaplanowane w określonym terminie szkolenia są braki kadrowe, szczególnie widoczne w małych szpitalach powiatowych. Problem nie byłby tak istotny, gdyby terminy planowanych staży można było dowolnie przesuwać w czasie. Niestety do niektórych ośrodków referencyjnych posiadających uprawnienia do prowadzenia szkoleń dla lekarzy są wielomiesięczne kolejki. Wówczas brak zgody przełożonego na staż staje się nie lada problemem dla lekarza i oznacza konieczność przedłużenia okresu szkolenia. Problem istnieje również w przypadku kursów do specjalizacji, za które odpowiada Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Część z organizowanych przez CMKP kursów odbywa się jedynie raz w roku. Aby dostać się na taki kurs, trzeba wykazać się nie lada refleksem. Osoby, które w listopadzie 2013 r. chciały zapisać się na obowiązkowe kursy niezbędne do realizacji programów niektórych specjalizacji zaplanowane na 2014 r., po wejściu na internetową stronę CMKP mogły jedynie przeczytać informację: „Rekrutacja zamknięta". Pytając o kolejny termin kursu, dowiadywały się, że kolejne szkolenie odbędzie się dopiero w 2015 r., bowiem organizatorem jest jedynie jedna klinika w Polsce, która realizuje go tylko raz do roku.

Kolejnym problemem, którego doświadczają lekarze, są nakazy przychodzenia do stałego miejsca pracy pomimo faktu, że formalnie są w tym czasie oddelegowani na staże kierunkowe do innych oddziałów czy klinik. Duża część specjalizujących się lekarzy w narzucanych im zakazach i nakazach dopatruje się działań o charakterze mobbingu. Częściej jednak mamy do czynienia z łamaniem zasady równego traktowania w zatrudnieniu, wprowadzonej do kodeksu pracy w 2004 r. i będącej jedną z podstawowych zasad prawa pracy. Według zapisów KP: „ochroną zasady równego traktowania w zatrudnieniu objęci są pracownicy, którzy powinni być równo traktowani m.in. w zakresie dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych". Niestety właśnie istotnym problemem dotyczącym głównie lekarzy odbywających specjalizacje zabiegowe jest nepotyzm, który polega na niedopuszczaniu niemających medycznych koneksji medyków do części „lukratywnych" zabiegów operacyjnych, kiedy to inni uczą się sumiennie, dzięki czemu po specjalizacji posiadają odpowiednie umiejętności, a co za tym idzie – monopol na medycznym rynku. Nepotyzm w szpitalach niesie ze sobą wiele zagrożeń i powinien stać się przedmiotem szczególnej troski nie tylko podmiotów odpowiedzialnych za kształcenie lekarzy, ale także ustawodawców.

Duża część specjalizujących się lekarzy w narzucanych im zakazach i nakazach dopatruje się działań o charakterze mobbingu. Częściej jednak mamy do czynienia z łamaniem zasady równego traktowania w zatrudnieniu, wprowadzonej do kodeksu pracy w 2004 r. i będącej jedną z podstawowych zasad prawa pracy.

Problemy specjalizujących się lekarzy potwierdza również prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, według którego system specjalizacyjny jest zbyt mało dostosowany do realiów. Zbytnie wymagania zawarte w programach specjalizacyjnych i spora ilość staży cząstkowych powodują, że zadania stają się niewykonalne. Konieczność rozliczonych staży cząstkowych w różnych miejscach i różnych klinikach jest olbrzymim obciążeniem czasowym i finansowym. Dojeżdżanie przez trzy lata w różne miejsca stanowi poważne ograniczenie możliwości ich wykonania. Ponadto programy specjalizacyjne nie są dostosowane do możliwości, które wynikają z potrzeb pacjentów. Żądanie wykonania np. niektórych rzadko wykonywanych operacji przez specjalizującego się nie wydaje się logiczne i stanowi niepotrzebne „wąskie gardło". Dodatkowo nie bierze się pod uwagę kontraktów jednostek z NFZ. Prezes Hamankiewicz podkreśla również wspomniany wcześniej problem związany z obligatoryjnymi kursami specjalizacyjnymi. CMKP, które organizuje bezpłatne szkolenia, tłumacząc się zbyt niskimi funduszami, organizuje ich dramatycznie mało.

Na co dzień z różnego typu skargami dotyczącymi realizacji programów specjalizacji lekarze zgłaszają się do właściwych centrów zdrowia publicznego lub wydziałów zdrowia, które podlegają wojewodom. Niestety zdarza się niekiedy, że rezydent po zgłoszeniu problemów zmienia miejsca specjalizowania się. Jak mówi prezes Hamankie-

wicz, izba lekarska w sytuacjach niesprawiedliwego traktowania lekarzy zawsze stara się im pomóc i pośredniczy w rozwiązywaniu problemów. W opinii prezesa Hamankiewicza niesprawiedliwe traktowanie specjalizujących się lekarzy i celowe utrudnianie im realizowania programów specjalizacji należy uznać za nieetyczne.

O problemach z realizacją programów specjalizacji lekarskich wie również Ministerstwo Zdrowia (MZ). Jak przyznaje rzecznik prasowy tego resortu, Krzysztof Bąk, zdarza się, że lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne zwracają się do ministerstwa z prośbą o pomoc w rozwiązaniu utrudnień związanych z realizacją programu specjalizacji. Większość tych nieprawidłowości, przejawiających się w nieterminowym kierowaniu do odbywania kursów oraz staży specjalizacyjnych, jest związana z procesami zarządzania pracą oraz kadrami w danej jednostce. W opinii MZ problemy te mogłyby zostać rozwiązane dzięki poprawie współpracy jednostek szkolących i nadzoru nad procesem szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, sprawowanego przez konsultantów wojewódzkich.

Ministerstwo Zdrowia interweniowało w tej sprawie w lipcu 2013 r. Podsekretarz stanu, Igor Radziewicz-Winnicki, za pośrednictwem wojewodów wystąpił do dyrektorów wszystkich jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne na terenie całego kraju o podjęcie działań zmierzających do ograniczenia sygnalizowanych przez lekarzy trudności z terminowym realizowaniem szkolenia specjalizacyjnego. W piśmie ministra przekazana została informacja, że odraczanie udziału w kursach i stażach specjalizacyjnych poza wyznaczony czas trwania specjalizacji powoduje konieczność przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego i opóźnia dopływ lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej. Podsekretarz poinformował również wojewodów, że taka sytuacja powoduje blokowanie miejsc specjalizacyjnych, skutkując ograniczaniem dostępu do miejsc szkoleniowych dla kolejnych lekarzy. Przypomniał także, że obowiązujące regulacje prawne nakładają na jednostkę, która uzyskała akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny, obowiązek zapewnienia szkolącym się w niej lekarzom możliwości zrealizowania programu tej specjalizacji w czasie ściśle określonym w programie specjalizacji. Kwestie terminowego realizowania przez lekarzy programów szkoleń specjalizacyjnych oraz niezwłocznego przystępowania przez nich do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty są istotne dla MZ ze względu na potrzebę zapewnienia odpowiedniej kadry lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia. W opinii ministerstwa, jeżeli lekarze napotykają trudności w trakcie realizacji programu specjalizacji lub widzą nieprawidłowości w jego przebiegu (np. związane z nepotyzmem), powinni jak najszybciej przekazać takie informacje wojewodzie lub ministrowi zdrowia – a nie jak to się dzieje najczęściej, dopiero pod koniec szkolenia, gdy zwracają się z prośbą o przedłużenie czasu jego trwania albo po jego zakończeniu. Minister zdrowia może zdecydować o przeprowadzeniu kontroli zarówno wtedy, gdy informacje o nieprawidłowościach w przebiegu szkolenia specjalizacyjnego zostały przekazane imiennie, jak też w przypadku informacji przekazanych anonimowo. Kontrolę realizacji szkolenia specjalizacyjnego przeprowadzają zespoły kontrolne powoływane przez dyrektora CMKP. Po zakończeniu kontroli kierownik jednostki szkolącej otrzymuje zalecenia pokontrolne dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości i jednocześnie zostaje zobowiązany do usunięcia tych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie. W przypadku niezrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie dyrektor CMKP podejmuje decyzję o skreśleniu jednostki z listy zawierającej wykaz jednostek uprawnionych do kształcenia specjalizacyjnego. Kontrole takie są przeprowadzane w przypadkach powzięcia informacji o nieprawidłowościach w przebiegu szkolenia specjalizacyjnego (niezależnie od tego, czy informacje te zostały przekazane imiennie czy anonimowo). Ministerstwo rozważa również wprowadzenie elektronicznej formy karty szkolenia specjalizacyjnego, umożliwiającej lepszą kontrolę przebiegu procesu szkolenia poszczególnych lekarzy oraz wczesne wykrywanie ewentualnych nieprawidłowości.

Kwestie terminowego realizowania przez lekarzy programów szkoleń specjalizacyjnych oraz niezwłocznego przystępowania przez nich do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty są istotne dla MZ ze względu na potrzebę zapewnienia odpowiedniej kadry lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia.

???

Narastające zagrożenie: choroby przewlekłe

Maria Domagała

Rozwój medycyny przyniósł poprawę zdrowia ludzi i zmniejszył liczbę zgonów z przyczyn nagłych. Zarazem jednak pojawiły się nowe zagrożenia – choroby przewlekłe.

Dziś dłuższe życie zakłócają cukrzyca, schorzenia układu krążenia, astma, niektóre choroby zakaźne, jak HIV/AIDS (dzięki osiągnięciom medycyny zmienił się z choroby ostrej w przewlekłą), psychiczne, jak depresja i schizofrenia, różne niepełnosprawności, jak ślepota czy uszkodzenia układu ruchu, nowotwory (to też coraz częściej choroby przewlekłe).

Skutki trudne do oszacowania

Choroby przewlekłe (ChP) trwają lata lub dekady. Konsekwencje: w 2006 r. 20-40 proc. ludności Unii Europejskiej powyżej 15 r.ż. cierpiało na jakąś długo trwającą chorobę, a 1/4 przyjmowała przewlekle leki. Co najmniej 50 proc. osób powyżej 65 r.ż. cierpi na dwie lub więcej chorób przewlekłych (61 proc. w Holandii, 62 proc. w Niemczech). W Wielkiej Brytanii 80 proc. porad lekarzy ogólnych (GP) dotyczy przewlekle chorych – i nie są to tylko starsi: dane europejskie potwierdzają jedną przewlekłą chorobę u 18-25 proc. dorosłych.

Przewlekle chorzy wymagają długotrwałej, kompleksowej opieki, skoordynowanych działań wielu różnych profesjonalistów zdrowotnych, stałego podawania leków i regularnych kontroli. Standardowa opieka zdrowotna nie jest w stanie zaspokoić takich potrzeb. Choroby te, nawet rozpoznane, są często albo nieleczone, albo kontrolowane niewystarczająco. W USA tylko 45 proc. zdiagnozowanych pacjentów z cukrzycą leczono zgodnie z wytycznymi (dane z 2003 r.). Z przeglądu praktyk POZ w Australii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii wynika, że komplet rutynowych badań wykonuje się u niespełna połowy cukrzyków.

Przewlekle chorzy wymagają długotrwałej, kompleksowej opieki, skoordynowanych działań wielu różnych profesjonalistów zdrowotnych, stałego podawania leków i regularnych kontroli. Standardowa opieka zdrowotna nie jest w stanie zaspokoić takich potrzeb.

Leczenie chorób przewlekłych obciąża całe społeczeństwo. Są to koszty bezpośrednie – leczenia, sprzętu, leków, zabiegów, oraz pośrednie związane z obniżoną produktywnością. Szacuje się, że łączne koszty leczenia chorób przewlekłych to nawet 7 proc. PKB. W USA wydatki na choroby przewlekłe to ok. 3/4 całego krajowego budżetu na ochronę zdrowia. W krajach UE niektóre choroby, jak np. cukrzyca, pochłaniają od 2 proc. do 15 proc. nakładów na zdrowie.

Zmiana proporcji

Celem kontroli ChP nie jest wyleczenie, ale poprawa funkcjonowania chorego, zminimalizowanie dokuczliwych objawów, wydłużenie życia i poprawa jego jakości. Następują zmiany proporcji w różnych grupach działań medycznych: między leczeniem a profilaktyką, między usługami szpitali i innych instytucji (bo nawet dla wymagających kontynuacji opieki odpowiedniejsza bywa zorganizowana opieka w domu, zakład pielęgniarski czy hospicjum). Zmianie ulega proporcja zaangażowania pacjenta i profesjonalisty w opiekę: wiele chorób przewlekłych wymaga udziału pacjenta, który musi znać ich objawy i przebieg. Rośnie przy tym znaczenie technologii informacyjnych – kontakty ze służbą zdrowia coraz częściej będą odbywać się przez internet.

Politycy i decydenci zdrowotni, choć świadomi złożoności problemu ChP, muszą na co dzień koncentrować się na sprawach najpilniejszych, jak np. zwalczanie chorób zakaźnych czy skrócenie kolejek oczekujących na deficytowe zabiegi. Przy ogromie bieżących potrzeb choroby przewlekle schodzą na plan dalszy. Także dlatego, że kontrola ChP wymaga wdrożenia rozwiązań, których rezultaty są widoczne w perspektywie dłuższej niż kadencja rządu.

Systemy ochrony zdrowia nie wypracowały uniwersalnej strategii radzenia sobie z ChP: w jednych rozwijane są programy profilaktyki, w innych stosuje się specjalne ścieżki terapii dla określonych grup pacjentów. Tylko w Holandii, Kanadzie, Australii i Wielkiej Brytanii programy kontroli ChP (chronic disease management programme) poddawane są systematycznej ocenie jako integralne elementy systemów ochrony zdrowia. I widać tam poprawę wyników zdrowotnych – większą satysfakcję pacjenta z opieki, lepsze stosowanie się przez nich do zaleceń medycznych i skuteczniejszą samokontrolę. Konkretne efekty to zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala i nagłych interwencji.

Modele kontroli ChP

Wiele krajów wprowadza modele kontroli ChP pozwalające na lepszą koordynację świadczeń i ciągłość opieki. Przyjęte rozwiązania zależą od wielu elementów. Dominują jednak dwa typy.

1. Modele zarządzane i realizowane w ramach struktur POZ. Ich podstawowe cele to przezwyciężenie rozczłonkowania i zapewnienie ciągłości opieki, ograniczenie wydatków na hospitalizację (niezamierzoną). Pacjent ma wyznaczonego opiekuna, często pielęgniarkę specjalistkę, która jest odpowiedzialna za koordynację i wdrożenie opieki.
2. Modele skierowane na edukację, samokontrolę, informację. Indywidualny plan opieki realizuje zespół specjalistów (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, diete-

tyk, pracownik socjalny), dzięki czemu opieka jest ciągła, pacjent przechodzi ze szpitala do opieki w miejscu zamieszkania.

Jednocześnie rozwija się typ trzeci – populacyjne projekty edukacyjne dotyczące konkretnych ChP, które identyfikują osoby z grup ryzyka i oferują działania interwencyjne.

Niektóre kraje zaadaptowały opracowany w USA ramowy model opieki przewlekłej (Chronic Care Model, CCM), zintegrowany dodatkowo z systemem ochrony zdrowia i wspomagany przez służby socjalne i władze. Zawiera on cztery elementy: wsparcie samoopieki, odpowiednią infrastrukturę, wsparcie procesu decyzyjnego (narzędzia, protokoły, wytyczne) i systemy informacji medycznej.

W 2003 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zarekomendowała CCM w postaci programu Innovative Care for Chronic Conditions. Zawiera on następujące zalecenia: 1) partnerstwo pacjenta (rodziny), zespołu medycznego i partnerów społecznych, 2) organizacja opieki zdrowotnej akcentująca ciągłość, koordynację i dobrze przygotowaną i wyposażoną kadrę, 3) kluczowe dla organizacji opieki w ChP stworzenie zaplecza politycznego i finansowego.

Kluczowa: edukacja i profilaktyka

Najczęściej podejmowane działania w ramach programów CCM to edukacja i treningi pacjentów, przygotowywanie materiałów edukacyjnych, prowadzenie warsztatów i szkoleń lekarzy, powoływanie opiekunów i zespołów terapeutycznych, stosowanie scenariuszy planowych wizyt, monitoring postępów medycznych.

W walce z chorobami przewlekłymi najważniejsza jest profilaktyka, czyli redukcja głównych czynników ryzyka: palenia, alkoholizmu, niewłaściwej diety itd. Profilaktyka dotyczy populacji i pojedynczych osób. Jej głównym elementem jest odpowiednia edukacja, która ma skłonić do zmian w stylu życia oraz nauczyć samoopieki – radzenia sobie z chorobą, gdy już do niej dojdzie. Powinno to być działanie planowe, zorganizowane i systemowe. W Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii 2/3 pacjentów otrzymuje od lekarza plan opieki w domu oraz jasną, precyzyjną poradę dotyczącą postępowania w przypadku określonej choroby, a w Niemczech – 37 proc.

Przesunięte granice zawodów medycznych

Wyzwaniem staje się przygotowanie kadr medycznych do zmienionego środowiska opieki zdrowotnej. Personel medyczny musi być specjalnie przygotowany do aktywnego identyfikowania osób z ChP i zagrożonych nimi, a następnie realizowania odpowiednich działań. Potrzebna jest praca zespołowa różnych specjalistów i współpraca różnych segmentów oraz jednostek (szpital, rehabilitacja, opieka domowa, socjalna), zaś przekazywanie pacjenta od jednego do drugiego świadczeniodawcy musi przebiegać sprawnie. W tym celu pacjentowi często przydziela się indywidualnego opiekuna czy koordynatora, który dobrze orientuje się w systemie i potrafi powiązać działania organizacji medycznych, społecznych i sąsiedzkich.

Realizacja opieki w ChP prowadzi do przesunięcia tradycyjnych granic zawodów. Na przykład w krajach z silną opieką podstawową, jak Wielka Brytania, osobami z ChP zajmują się kliniki w ramach POZ, często prowadzone przez pielęgniarki, które częściowo zastępują GP. W Szwecji opiekę nad przewlekle chorymi prowadzą zespoły interdyscyplinarne w regionalnych centrach. Istotną rolę odgrywają pielęgniarki środowiskowe z prawem do wypisywania recept. Pielęgniarki anestezjologiczne zajmują się opieką paliatywną i leczeniem bólu pooperacyjnego. To stanowiska nowego typu pomyślane do zarządzania opieką nad osobami z ChP.

Jak jest finansowana opieka w ChP

Środki na programy pochodzą z tego samego źródła co finansowanie całego systemu – albo z ubezpieczenia, albo bezpośrednio z budżetu (z podatków).

Realizacji programów kontroli ChP mają sprzyjać zachęty finansowe – w Wielkiej Brytanii i Holandii jako składnik kontraktu lekarzy ogólnych, w USA jako dopłaty w ramach Medicare (patrz „GL" 12/2013). Dopłaty za jakość opieki stanowią znaczną część dochodów praktyk brytyjskich GP.

W Danii państwową strategię „Zdrowo przez całe życie" wdraża Narodowa Rada Zdrowia, natomiast administrowanie i koordynowanie opieki jest w gestii regionów i gmin, które zostały starannie przygotowane do tego zadania.

W Niemczech już od roku 1990 wprowadza się programy kontroli ChP i wsparcia osób o długotrwałych kompleksowych potrzebach zdrowotnych. Od 2004 r. dzięki nowym zasadom finansowania zintegrowanej opieki kasy chorych mogą przeznaczać środki na określone programy i zadania, np. wspólne działania szpitali i centrów rehabilitacyjnych. Niemieckie programy dotyczące np. cukrzycy, astmy, POChP, chorób serca, raka piersi są umocowane w systemie ubezpieczeniowym i stanowią integralny składnik systemu ochrony zdrowia. Zawierają mechanizmy kompensacji ryzyka (które są bodźcem dla kas chorych do pozyskiwania pacjentów) oraz zachęty finansowe dla świadczeniodawców.

W Polsce 400 programów…

W Polsce również narasta problem ChP. Istotną rolę w ich kontroli odgrywają narodowe programy zdrowia i liczne nawiązujące do nich lokalne programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (np. w 2007 r. było to ok. 400 programów dotyczących m.in. ChUK, raka, cukrzycy, zdrowego trybu życia). Jednak fragmentaryczność, słaba koordynacja, nieostry podział zadań i zwykle krótki czas wdrażania ogranicza ich skuteczność. Brak szczegółowych wytycznych oraz systemu zachęt odnoszących się do ChP powoduje, że lekarz rodzinny, choć funkcjonuje jako gatekeeper, nie jest organizatorem kompleksowej opieki. Pielęgniarki środowiskowe postulują, by ich zadania były zbliżone do modelu brytyjskiego, ale dotąd nie potwierdzono tego stosownymi uprawnieniami. Przy niewystarczającym finansowaniu – wg HiT Poland 2011 na kontrolę ChP przeznacza się ok. 0,7 proc. PKB – oraz ukierunkowaniu systemu na leczenie stanów ostrych i pomoc doraźną trudno mówić o istnieniu w Polsce kontroli ChP.

W walce z chorobami przewlekłymi najważniejsza jest profilaktyka, czyli redukcja głównych czynników ryzyka: palenia, alkoholizmu, niewłaściwej diety itd. Profilaktyka dotyczy populacji i pojedynczych osób.

Na podstawie: Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Seria European Observatory on Health Systems and Policies 2008, oraz: Poland 2011, Health system review, Seria Health Systems in Transition.

Joanna Sokołowska

Naklejka z biegnącym pieskiem

FOTO: Photos.com

Poradni Dzieci Chorych dzień jak co dzień. Wydaje się, że to przesiąknięte dorosłym zdenerwowaniem i dziecięcym znużeniem miejsce niespecjalnie skłania do refleksji. A jednak…

Znów otwierają się drzwi, następuje wymiana zwyczajowego „Dzień dobry" i „W czym mogę pomóc?". Z wyraźną niechęcią staje przede mną może 4-letni chłopiec w koszulce z czarno-żółtym logo Batmana. Z wysiłkiem marszczy czoło, poszukując w pamięci odpowiedzi na rzucone przez matkę scenicznym szeptem „Co się mówi?!". Wreszcie myśl, jak objawienie, znajduje odbicie w jego śmiałym spojrzeniu – „Masz naklejkę?" – rzuca mi odważnie prosto w twarz. Moją twierdzącą odpowiedź ripostuje natychmiastowym, raczej żądaniem niż prośbą – „A dasz?!" – i jak na wytrawnego negocjatora przystało, od ręki określa również pułap oczekiwań: „Chcę z biegnącym pieskiem!". Pertraktujemy – hardcorowa naklejka z zielonym uśmiechniętym smarkiem – apoteozą wydzieliny oskrzelowej (moim zdaniem szczytowe osiągnięcie branży reklamy medycznej) zostaje pominięta milczeniem. Także trójwymiarowy wizerunek polarnego misia, który ma zachęcić do picia modyfikowanego mleka (zdaniem mamy po prostu śliczny, choć walory picia czegoś pochodzącego od misia nie są oczywiste) i trącący banałem Medal i Dyplom Dzielnego Pacjenta zostają stanowczo odrzucone przez małoletniego negocjatora, zapewne przyszłość polskiego biznesu. Porozumienie osiągamy przy pluszowym *Haemophilus influenzae*, który według zapewnień mamy wygląda prawie jak biegnący piesek. Dalej idzie jak z płatka – w ramach zawartego paktu mogę dokładnie zbadać chłopca zajętego analizą porównawczą: mikrob – maskotka vs piesek w ruchu. Dostajemy także minuty ekstra na chwilę rodzicielsko-lekarskiej rozmowy i wypisanie recepty. Rozstajemy się nieco zmęczeni, ale w trójstronnym poczuciu dobrze spełnionego obowiązku.

„Na NFZ masz tylko z misiem" – rzuca w trakcie naklejkowych negocjacji, skądinąd dowcipnie, mama rezolutnego przedszkolaka. Sam zaś zainteresowany odbywa tym samym pierwszą, jakże ważną, lekcję funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Od dziś wie już dwie ważne rzeczy – po pierwsze, że to, co się należy „za darmo", to, co jest finansowane ze środków publicznych, nie zawsze będzie odpowiadało jego wyobrażeniom, po drugie, że opłaca się negocjować.

Pisałam już kiedyś o wynikach rankingu skuteczności opieki zdrowotnej Bloomberga, w którym oceniano efektywność systemu w stosunku do poniesionych na to nakładów. Polska wypadła w nim zaskakująco dobrze. Od tego czasu, a minęło już kilka miesięcy, sytuacja uległa pewnej zmianie. Ponieważ nic nie wskazuje na to, że napływ środków do budżetu przeznaczonych

Wreszcie myśl, jak objawienie, znajduje odbicie w jego śmiałym spojrzeniu – „Masz naklejkę?" – rzuca mi odważnie prosto w twarz. Moją twierdzącą odpowiedź ripostuje natychmiastowym, raczej żądaniem niż prośbą – „A dasz?!"

na polską medycynę wzrasta, a koszty – tak jak w innych dziedzinach gospodarki – rosną, może się zdarzyć, że w kolejnej ocenie osiągniemy jeszcze wyższą pozycję. Zarządzający znaleźli bowiem nową drogę na szczyt – choć to już nie oszczędzanie, bo oszczędzić chyba ani nie ma czego, ani nie bardzo jest i na czym. Ta nowatorska droga ku podium, polegająca de facto na zabraniu jednym po to, by wykazać poprawę finansowania innych, dała wyraz w tegorocznym określeniu zasad rozliczania pacjentów. Szczególnie bolesne, że nowy sposób liczenia dotknął tych najmniejszych: noworodków i wcześniaków. W komunikacie prasowym, wydanym 20 grudnia, NFZ informuje ze szczególnym wyrachowaniem, że „mimo znaczącego spadku liczby urodzeń nakłady finansowe na oddziały neonatologii wzrosły z 1,19 mld zł w 2009 r. do 1,25 mld zł w 2012 r.". Ten obciążający system wzrost kosztów argumentuje tym, „że część standardowo przeprowadzanych procedur była wykorzystywana przez świadczeniodawców do rozliczania według wyżej wycenionej grupy JGP.". A więc oszustwo, sprzeniewierzenie publicznych pieniędzy i kara zbiorowej odpowiedzialności! W dalszej części pisma rzecznik prasowy zapewnia, iż „nie jest jednak prawdą, że zlikwidowano możliwość wykonywania poszczególnych procedur medycznych". Bez odpowiedzi pozostaje kwestia, kto za nie zapłaci, jeśli urzędnik Funduszu uzna je za wykonane bezzasadnie. Nie wyjaśnia komunikat również tego, kto poniesie odpowiedzialność za ekonomicznie uzasadnione zaniechanie, jeśli pociągnie ono za sobą odległe niekorzystne skutki zdrowotne. Pracownikom oddziałów neonatologicznych, więc także i sobie, proponuję w sytuacji konieczności obrony swoich decyzji powtarzanie mantry: „Żaden system i żadne regulacje nie zastąpią odpowiedzialnego człowieka" – tak powiedział do przyjaciół lekarzy 24 maja minionego roku Bartosz Arłukowicz – lekarz pediatra, kawaler Orderu Uśmiechu, laureat szczecińskiej nagrody „Brzdąc"!

W 2014 r. będziemy więc pewnie, i to nie tylko neonatolodzy, borykać się z koniecznością uświadomienia pacjentom, że symboliczną „naklejkę z biegnącym pieskiem" będą musieli sobie kupić sami – być może będzie to lek, miejsce w kolejce do specjalisty, a może wyżywienie, szpitalna pościel czy środki higieny. To, co dostaną „na NFZ", raczej nie sprosta nawet tym niezbyt wygórowanym oczekiwaniom.

Poradni Dzieci Chorych dzień jak co dzień. Wydaje się, że to przesiąknięte dorosłym zdenerwowaniem i dziecięcym znużeniem miejsce, niespecjalnie skłania do refleksji. Za to zapada w pamięć na całe życie – mi zapadło. Mam nadzieję, że nauka o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej wyniesiona z ostatniej wizyty pozostanie na zawsze w pamięci 4-letniego Batmana, wielbiciela biegających czworonogów. Życzę mu, by w przyszłości został menadżerem opieki zdrowotnej i równie twardo negocjował kontrakt dla reprezentowanej placówki, jak wymarzoną naklejkę. Życzę mu, by miał z kim negocjować i by w tych negocjacjach był prawdziwym partnerem. A na nowy rok życzę mu, by nie musiał zostać przypisany do żadnej z Jednorodnych Grup Pacjentów!

W 2014 r. będziemy więc pewnie, i to nie tylko neonatolodzy, borykać się z koniecznością uświadomienia pacjentom, że symboliczną „naklejkę z biegnącym pieskiem" będą musieli sobie kupić sami – być może będzie to lek, miejsce w kolejce do specjalisty, a może wyżywienie, szpitalna pościel czy środki higieny.

Sławomir Pietras

Dyrektor polskich teatrów operowych

Opera lekarza i chemika

Dwa słynne teatry włączyły właśnie do swych repertuarów „Kniazia Igora" Aleksandra Borodina. W końcu ubiegłego sezonu uczynił to moskiewski Bolszoj, a w marcu 2014 r. nowojorska Metropolitan Opera.

Mamy do czynienia ze sceniczną wersją staroruskiego eposu, opiewającą walkę o wolność i ojczyznę, przepojoną patriotyzmem, barwnie kreślącą panoramę dawnej Rusi, folklor plemion połowieckich oraz heroizm swych przywódców.

Opera Borodina mimo atrakcyjności tematu i pięknej muzyki nie zdobyła na świecie takiej popularności, jak inne rosyjskie arcydzieła: „Borys Godunow", „Chowańszczyzna", „Eugeniusz Oniegin" czy „Dama pikowa". Wśród przyczyn wymienia się rozmiary spektaklu (grany bez skrótów z dwiema przerwami dochodzi do pięciu godzin), trudny do przetłumaczenia staroruski język libretta oraz brak spójności dramaturgicznej. Kompozytor tworzył swe dzieło z przerwami, aż 18 lat i nagle umierając, nie dokończył. Uczynili to jego przyjaciele Mikołaj Rimski-Korsakow i Aleksander Głazunow.

W ubiegłym stuleciu międzynarodowy rozgłos zdobyły sobie „Tańce połowieckie" prezentowane przez Balety Rosyjskie Sergiusza Diagilewa w choreografii Michaiła Fokina, z niezapomnianą kreacją Wacława Niżyńskiego jako wodza Połowców.

Borodin w młodości wiele podróżował. W Niemczech zetknął się z muzyką Wagnera, gościł u Franciszka Lista, towarzyszył podczas tournée swej żonie, wybitnej pianistce Jekaterinie Protopopowej, sam również grał na wiolonczeli w zespołach kameralnych. Po powrocie do Rosji związał się z tzw. Potężną Gromadką (Bałakiriew, Glinka, Rimski-Korsakow, César Cui) i aktywnie uczestniczył w życiu muzycznym Petersburga. Pozostawił po sobie trzy symfonie i opery, liczne utwory kameralne, fortepianowe i pieśni.

Urodził się w roku 1883 w Petersburgu. Był nieślubnym synem księcia Łuki Giedianowa, ale nazwiska użyczył mu książęcy kamerdyner Borodin, co podobno wówczas było częstą praktyką. Zamożna matka Awdotja Antonowa dzięki pieniądzom otrzymanym od księcia mogła zadbać o solidne wykształcenie syna. Po eksternistycznej maturze w roku 1850 rozpoczął naukę na… Akademii Medycznej w Petersburgu, studiując chemię i chirurgię. Początkowo jako chirurg pracował w szpitalu wojskowym. Po ośmiu latach obronił doktorat, w sześć lat później został profesorem zwyczajnym, a po następnych dziesięciu kierownikiem katedry chemii. W międzyczasie prowadził chór, orkiestrę studencką i był dyrektorem Rosyjskiego Towarzystwa Muzycznego. Ale coraz bardziej pochłaniały go odkrycia chemiczne, które wniosły istotny wkład do rosyjskiej nauki. Jego dorobek w tej dziedzinie to m.in. reakcja Hunsdieckera-Borodina i odkryta równolegle z Wurtzem reakcja kondensacji aldolowej.

Uważał się za kompozytora amatora. Pewnego razu w rozmowie z Franciszkiem Listem nazwał siebie kompozytorem niedzielnym. Ubolewał, że jest o wiele bardziej znany jako artysta niż lekarz i naukowiec. Dymitr Mendelejew – przyjaciel Borodina – napisał kiedyś: „Osiągnąłby znacznie większe wyniki w dziedzinie chemii i dużo większy pożytek miałaby z niego nauka, gdyby nie odrywała go od niej muzyka".

Wydaje się nadchodzić spóźniony renesans „Kniazia Igora" na operowych scenach. Ubiegłoroczną moskiewską realizację firmował sam Jurij Lubimow, niepotrzebnie uwspółcześniając ten arcyrosyjski obraz. Tegoroczną nowojorską reżyseruje Dymitr Czerniakow, który notabene przed kilkoma tygodniami „zmasakrował" „Traviatę" w La Scali. Może – wbrew logice – te reżyserskie bezsensy i ekscentryzmy będą sprzyjać dziełom operowym oczekującym ciągle promocji i w jakimś sensie zwrócą na nie uwagę.

W wielu kinach w całej Polsce zapowiadana jest w dniu 1 marca o godz. 17.30 bezpośrednia transmisja „Kniazia Igora" z Metropolitan. Nie przesądzajmy więc sprawy. Broń nas tylko Boże od reżyserów działających jak ten dentysta, co sam sobie zęba zaplombował.

List
do redakcji

[imię i nazwisko autora do widomości redakcji]

Lekarz to brzmi dumnie

- Status: lek. med.
- Etat bez dorabiania i dyżurowania.
- Około 40 lat pracy, tuż przed emeryturą.
- I stopień specjalizacji, praca w terenie.
- Wynagrodzenie:
  3 960 zł brutto (średnia krajowa),
  2 700 zł netto.
- Stawka godzinowa: 25 zł (za 1 godz. pracy na etacie; najniższa stawka godzinowa w Niemczech dla najuboższego obywatela Niemiec 6,5 euro/godz. – 27 zł/godz.).
- Emerytura przewidywana: 2 500 brutto?

To są wyniki długoletniej działalności w izbie lekarskiej i w lekarskich związkach dla dobra ogółu i swojego.

Lekarz to brzmi dumnie!

Zarabiam na końcu kariery zawodowej tyle, ile zarabia po studiach młody lekarz zaczynający specjalizację. Zaczynający karierę zawodową. Tyle, ile zarabia najmniej wykwalifikowany Niemiec.

Lekarz to brzmi dumnie!

Jak żyje lekarz samotny zarabiający jedną średnią krajową? Ma zwykły dom podobny do tysięcy przeciętnych domów na wsi. Jeździ używanym 10-letnim samochodem. Urlopy spędza w kraju blisko domu.

Uwolnić energię!

Po ostatnim Bożym Narodzeniu długo będę wracał do formy. Nie chodzi o nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu, którego konsekwencje odczuwałbym do dzisiaj.

Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki", konferansjer i satyryk

Nie mam też na myśli jakichś urazów związanych z różnymi formami świętowania – nie potknąłem się o choinkę, nie poparzyłem się barszczem, ość karpia kością w gardle mi nie stanęła, w drodze z pasterki nie pobiłem się z turoniem o jego dziewczynę. Chodzi o stan psychiczny, w jaki wpadłem po otrzymaniu jednego prezentu. Już dawno po świętach, a to stoi na moim biurku przypominając, że ludzie nie znają litości.

Nie dostałem tego od nikogo z rodziny. Przyszło do radia, w którym pracuję. Każdego roku, pod koniec grudnia, pan listonosz przynosi jakieś materialne wyrazy sympatii od nieznanych mi ludzi czy instytucji. Zazwyczaj pocztówka z pozdrowieniami, maskotka, czasem kalendarz, książka, sporadycznie butelka dobrego wina. Tymczasem przed tymi świętami… Dostałem przesyłkę od producenta suplementu diety przeznaczonego dla starszych ludzi! Takiego, który dotychczas znałem tylko z reklam telewizyjnych, z tekstami typu „Spacer z wnuczką to mnóstwo radości…". W gustownie zapakowanym pudełku była butelka tego specyfiku. Ale dla mnie?! To chyba jakaś pomyłka?! Owszem, mam paru kolegów, którzy powinni już zacząć stosować. Mogę podać ich adresy. Ale ja?! Jeszcze nie szybko! W pudełku był też list. Oto fragmenty:

„Szanowny Panie,

jesteśmy pod wrażeniem pasji i energii, z jaką podchodzi Pan do życia!

Od wielu lat zachwyca Pan swoją ciekawością świata, odwagą w podejmowaniu nowych wyzwań, pozytywnym wpływem na innych!

Czy nie brakuje Panu czasem energii, aby sprostać wszystkim wyzwaniom?...".

I dalej informacja o tym, że ten specyfik, który mi podarowali na święta, „… wspomaga witalność, wpływa na odporność, kondycję fizyczną i umysłową, a przede wszystkim pozwala uwolnić energię!", i że z nim stawię czoła „… wszystkiemu, co przyniesie Nowy 2014 Rok".

To o mnie?! I do mnie?! Fałsz albo pomyłka! Zacznijmy od początku – ostatni raz „z pasją i energią" podszedłem do życia pierwszego września 1978 roku, idąc do pierwszej klasy szkoły podstawowej. Ale już drugiego września mi przeszło, bo stwierdziłem, że tornister za ciężki. Owszem, „zachwycam", ale tych lat nie jest znowu tak wiele. Jaka „ciekawość świata"?! Jak już na własne oczy zobaczyłem Rzeszów, to stwierdziłem, że więcej nie chcę i nie muszę. Co prawda byłem później w paru innych miejscach na świecie, ale nigdy z własnej woli. Zawsze mnie zmuszano. I stwierdzam, że rzeczywiście większość przereklamowana i Rzeszów by mi wystarczył.

„Odwaga w podejmowaniu nowych wyzwań"? No, to może racja – wziąłem kredyt na mieszkanie. „Pozytywny wpływ na innych…" – no to też się zgadza… Pracownicy banku, w którym wziąłem ten kredyt, mogą być rzeczywiście zadowoleni. Będą mieli z czego żyć przez najbliższych trzydzieści lat.

Ludzie! Ja rozumiem, że wy w dobrej wierze, ale zastanówcie się, jakie skojarzenia w obdarowanym mogą wywołać praktyczne prezenty w postaci „przywracającego resztki energii" suplementu diety, leku na potencję, kuponu rabatowego na zabiegi chirurgii plastycznej czy albumu fotograficznego pod tytułem „Czas na czar sanatorium"!

Na wszelki wypadek zapytałem kolegę, który naprawdę jest już dziadkiem, czy rzeczywiście „spacer z wnuczką to mnóstwo radości…"? Odpowiedział, że owszem, ale pod warunkiem, że wnuczka jest cudza, ma tak trzydzieści do trzydziestu pięciu lat i żona się o tym spacerze nie dowie.

Ubiera się w ciuchy z przeceny. Poluje na darmowe okazje kulturalne. W lokalach tradycyjnie kawka i nic więcej. Doucza się na bezpłatnych szkoleniach i cieszy się stołem szwedzkim fundowanym przez firmę.

Lekarz to brzmi dumnie!

Życie na emeryturze będzie jeszcze weselsze. Nie wiadomo, czy będą pieniądze na leki.

Cały czas słyszałem w izbie, że nie może zająć się wynagrodzeniami lekarzy, bo ustawa nie pozwala. Własnymi rękami kopałem sobie grób ekonomiczny, działając całe życie zawodowe w „Naszej izbie".

Najlepiej dzisiaj ma się nieliczna grupa lekarzy, którzy postawili na własną karierę i skupili się na własnych pacjentach jako jedynym źródle osobistego, zawodowego i materialnego sukcesu. Innej drogi dla lekarza nie ma!

Nie ma wspólnego interesu i nie ma potrzeby istnienia takich wspólnych organizacji jak izba, związki, towarzystwa itp., itd. Można je mieć, jak się ma dużo pieniędzy i za dużo czasu, żeby się nie nudzić.

Czas zakończyć tę grę pozorów.

Albo się jest lekarzem albo się udaje lekarza.

Czas pożegnać się ze złudzeniami, że jakieś organizacje coś nam załatwią. To tylko stracony cenny czas lekarza i nic więcej.

W Polsce lekarz nie brzmi dumnie!!!

Józef Dolanowski

Lekarz rodzinny

Już nie cykliści…?

Ostatnio czytam trochę starszą literaturę i lubię teksty satyryczne z ubiegłych epok. Zresztą, jak wiadomo, historia jest najlepszą nauką, więc doszukiwanie się analogii w przeszłości i przenoszenie tego na dzisiejsze czasy może być pouczające. Dodatkowo lubię bardzo rower i staram się wykorzystać te skrawki wolnego czasu, który mam, na rowerkowanie.

Jestem też lekarzem rodzinnym i już od dłuższego czasu słucham wypowiedzi, jak to lekarze rodzinni są winni w zasadzie całemu złu w polskiej ochronie zdrowia. Początkowo mnie to dziwiło, potem irytowało, ale ostatnio nie wytrzymuję. Kolejki na SOR-ach? Winni lekarze rodzinni! Nie zła organizacja systemu, niedofinansowanie medycyny rodzinnej, brak edukacji pacjentów, pokrywające się kompetencje, tylko lekarze rodzinni. Ordynator znanej kardiologii za oczywiste uznaje kierowanie wszystkich pacjentów na SOR, bo tak naprawdę często są to Izby Przyjęć. Zdarza się, że lekarz dyżurujący na SOR-ze nie ma pojęcia, że jego dyrektor zakontraktował również Nocną i Świąteczną Opiekę Lekarską. Ale najłatwiej zrzucić winę na rodzinnych.

Trudny dostęp do specjalisty? Kolejki? To również wina lekarzy rodzinnych. Nie braku koordynacji opieki. Nie zmuszania specjalistów, poprzez aspekt finansowy, do przyjmowania pacjentów lżej chorych masowo, żeby móc przyjąć tych ciężej chorych, czyli bardziej kosztownych. Kuriozalna już była wypowiedź wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego tłumacząca braki lekarzy specjalistów. Otóż podobno lekarze rodzinni zawalają ich pracą i dlatego wykształceni emigrują, a młodzi nie podejmują trudu specjalizacji. Przecież to nie my każemy im przyjmować tylu pacjentów, tylko, tak jak wspomniałem, system finansowania i organizacji. Może raz, dwa razy w roku otrzymuję od specjalisty wymaganą przez NFZ w zasadzie dla każdego pacjenta informację, że ktoś nie wymaga leczenia w poradni specjalistycznej lub kontroli potrzebuje dopiero za rok.

Jak Ministerstwo Zdrowia nie może zapełnić szkoleń finansowanych ze środków unijnych, a zlecanych czasem firmom zewnętrznym, to znów są winni lekarze rodzinni. Niewyznaczanie terminów, w których lekarz rodzinny musi wykonywać kontrakt (jako jedyni w Europie pracujemy od 8.00 do 18.00). Nie nieciekawa forma prowadzenia, rodząca poczucie straconego tak cennego czasu, tylko znów najlepiej oczernić lekarzy rodzinnych.

A już szczytów sięgnęła wypowiedź ministra Radziewicz-Winnickiego obwiniająca lekarzy rodzinnych za kolejki do operacyjnego leczenia zaćmy. No niestety tutaj kłania się sposób kształcenia. Gdyby pan Winnicki skończył specjalizację z medycyny rodzinnej, to wiedziałby pewnie, że profilaktyka zaćmy nie istnieje, leczenia, zwłaszcza przyczynowego, także nie ma. Jako człowiek zajmujący się zdrowiem publicznym, powinien wiedzieć, że liczba pacjentów z zaćmą, na skutek zmian demograficznych społeczeństwa, będzie rosła.

Tym bardziej dziwi, że ministerstwo chce za wszelką cenę wprowadzić internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Czy to jest droga do zmniejszenia kolejek? Przecież interniści i pediatrzy mają jeszcze mniej szkoleń z okulistyki niż lekarze rodzinni. Gwałtownie odsuwa się od prac w zespołach sejmowych lekarzy mających doświadczenie w pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Ignoruje się zapisy traktatu akcesyjnego i opinię Komisji Europejskiej. Wszystko dla realizacji jakiejś wizji. Tylko jakiej?

Minister Neumann z rozbrajającą szczerością mówi: „Nie wiemy, co z tego wyjdzie, ale spróbujemy i zobaczymy za kilka lat". Tylko, jak pokazuje praktyka, lekarzem się jest, a ministrem bywa, więc za kilka lat to nie on będzie się borykał ze skutkami zmiany ustawy, tylko przede wszystkim starzejące się społeczeństwo. A dodatkowe światło rzuca na sytuację wypowiedź tego pana sprzed kilku dni „Naszym błędem jest brak polityki zdrowotnej".

Czy coś więcej trzeba dodawać? Zaczynając humorystycznie, gdy wiemy, że obwinianie cyklistów o bezmleczność krów i sianie zgorszenia miało się do rzeczywistości tak samo, jak obwinianie lekarzy rodzinnych o wszystko, oprócz gradobicia i braku pokoju na świecie, kończymy smutno i refleksyjnie. Jak powiedział inny klasyk ubiegłej epoki: „lekarze dadzą sobie radę". Ale ja dodam, że ludzi szkoda. Tak jak dzisiaj miliony ludzi jeździ na rowerach i tylko część pamięta historię cyklistów, tak samo pacjenci będą korzystać z usług lekarzy rodzinnych na całym świecie, również w Polsce. I tak samo ludzie, którzy dzisiaj chcą odwrócić wprowadzane ponad 20 lat regulacje, przejdą bez echa do historii. Tylko może warto się zastanowić, czy powinniśmy tracić kolejne lata.

Pozdrawiam bardzo serdecznie wszystkich cyklistów i… lekarzy rodzinnych.

Idę...

(nagrodzona praca)
Tak bez sensu, bez ochoty, bez potrzeby
idę sobie
mijam ludzi, samochody,
mijam sprawy
to co muszę
to co mogłam
lub wiedziałam
co zgubiłam
zostawiłam
przemilczałam
co niechcący roztrwoniłam
co naprędce pozbierałam
nic nie robię
idę sobie
idę sobie…

Słowa

Słowa. Są wszędzie.
We mnie, w przestrzeni.
Przecinają ciszę.
Wszechobecne,
zaborcze, nijakie
i niepotrzebne nikomu
pustosłowie.

A gdzie te słowa
jak kwiaty, pełne barwy,
które nadają chwilom lekkość
niosą nadzieję ?
co są jak oddech życia
piękne i radosne
Znajdę te słowa bezgłośne?

Jolanta Nadratowska-Kisiel

Laureatka III miejsca w kategorii POEZJA Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza 2013”

XIV Ogólnopolska Biesiada Literacka Unii Polskich Pisarzy Lekarzy

UPPL

Koleżanki i Koledzy!
Z wielką przyjemnością zapraszamy na kolejne ogólnopolskie spotkanie miłośników prozy i poezji, czyli XIV Biesiadę Literacką UPPL. Tradycyjnie obędzie się w pierwszy piątek marca – tym razem będzie to siódmego dnia miesiąca (7 III 2014 r.) – w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Początek spotkania o godz. 17.00.

Zgłoszenia uczestnictwa, wraz z tekstami utworów proponowanych do prezentacji (w dwóch egzemplarzach formatu A4), należy nadesłać najpóźniej do 15 lutego 2014 r. na adres:
Okręgowa Izba Lekarska
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3
(z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka UPPL”).

Dzieciątko się narodziło...

V koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy

Katarzyna Piątek

W niedzielę 5 stycznia o godzinie 17.00 w auli Szkoły Muzycznej im. M. Karłowicza przy ul. Solnej odbyła się premiera symfonicznego wykonania „Oratorium na Boże Narodzenie”. Z wielką dumą zagraliśmy dzieło, które zostało zaaranżowane specjalnie dla nas, dla Polskiej Orkiestry Lekarzy (POL), przez znakomitego polskiego kompozytora Huberta Kowalskiego. Wyzwanie było tym większe, że dyrygował nami sam kompozytor i w razie potknięcia nic nie umknęłoby jego uwadze! Pozwolę sobie wyjaśnić jeszcze, czym jest oratorium – jest to forma muzyczna instrumentalno-wokalna, w której uczestniczą orkiestra symfoniczna, chór i soliści. Jeden z solistów (narrator) opowiada i łączy poszczególne utwory w spójną całość.
Publiczność była wspaniała! Już 10 minut przed rozpoczęciem koncertu zabrakło miejsc na sali, nie tylko siedzących… Było to dla nas olbrzymie zaskoczenie. Następnym razem dołożymy wszelkich starań, by koncert odbył się w większej sali i wszyscy chętni mogli wygodnie wysłuchać efektu naszych ćwiczeń. Mieliśmy przyjemność zagrać dla wypełnionej po brzegi auli – dosłownie. Na początku koncertu zgromadzonych tradycyjnie powitała prezes POLu – Elżbieta Czechowska. Następnie głos zabrał prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Krzysztof Kordel, który wspomniał o Sali Ziemi jako o miejscu o dogodnej liczbie miejsc na widowni, skoro na Bożonarodzeniowy koncert przybyło ponad 500 osób, a reszta się nie zmieściła…

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.

Rzut oka

Renesans ma swój uśmiech Giocondy, barok rozpruty przez Tulpa brzuch, a romantyzm rozczochranych wędrowców nad morzami mgieł. Na przełomie XIX i XX w. ikony malarskie zaczynają się mnożyć: obok efemerycznych allongé Degasa, pikselozy Seurata i obciętego ucha van Gogha, krzyczy także mistrz z północy: Edward Munch.

Agata Morka

Historyk sztuki

Na pierwszy rzut oka Munch to autor jednego obrazu, tak też bowiem przeszedł do historii sztuki, zamknięty w rozdygotanych liniach cierpiącego człowieka na moście. A przecież „Krzyk" to stosunkowo wczesny obraz zaledwie 30-letniego wówczas artysty, który po nim namalował jeszcze wiele. Nieco starszy, dobiegający siedemdziesiątki Munch coraz częściej decyduje się na spojrzenie w głąb siebie, tworząc autoportrety. Obok melancholijnych studiów we wnętrzach, z prostą sylwetką artysty zamkniętą między domowymi sprzętami, jeden autoportret z lat 30. XX w. trzyma widza w szczególnym napięciu, którego natężenie przywołuje na myśl to dobrze znane ze sceny ma moście.

Munch zaprasza nas do pokoju, pomarańczem, czerwienią i szarością wyznaczając chwiejne zarysy okna, komody, półek. W tym stosunkowo zwykłym wnętrzu rozgrywa się jednak dramat. Środek obrazu zdominowany został przez plątaninę kształtów i linii: brązy, czerwienie i fiolety tańczą na płótnie, a ich niepowstrzymany chaos zdaje się zagarniać tak wnętrze, jak i sylwetkę człowieka na drugim planie. Ekspresja, zdawałoby się typowa dla Muncha.

Coś jednak w tym obrazie odbiega od jego zawsze emocjonalnych, ale jednak utrzymanych w kompozycyjnych chociażby ryzach obrazów. W tym płótnie Munch traci kontrolę, jakby coś jeszcze oprócz jego wyobraźni miało znaczny wpływ na to, co i jak widzi, i pokazuje. Malując ten obraz, Munch cierpiał na poważną chorobę oczu, chorobę, której objawów dopatrzeć można się w palecie barw czy kształtach użytych w tej scenie. Jak na jej podstawie można zdiagnozować północnego mistrza?

a b

Edward Munch, „Autoportret w czasie choroby oczu", 1930, Muzeum Edwarda Muncha, Oslo

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę: na co choruje Munch?

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **14 lutego 2014 r.**

W temacie maila należy wpisać GL02.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** **Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**
ufundował voucher obejmujący m.in.:
- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa", Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

NAGRODZENI Z „GL" 12/2013-01/2014

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Stanisław Kurek z Rzeszowa
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL" 12/2013-01/2014

Obraz oryginalny: a

Diagnoza: androblastoma
Obraz Ribery doczekał się wielu interpretacji, tak ze strony lekarzy, jak i historyków sztuki, którzy snują domysły, nierzadko sprzeczne, co do tego, na co cierpieć mogła Magdalena. Do jednej z najczęstszych diagnoz należy androblastoma, inaczej guz jajnika, powodujący między innymi nabywanie przez kobiety cech męskich.

Szczegóły:

1. Dodanie kiści winogron na podeście.
W inskrypcji umieszczonej na podeście Ribera pisze o samym sobie jako o „drugim Apellesie swojego czasu", nawiązując do greckiego malarza, którego kunszt sławny był na całą Grecję. Sławą dorównywał mu, czy nawet przewyższał go, Zeuksis. Legenda głosi, że Zeuksis potrafił tak wyraziście oddać przedstawiane przedmioty i ludzi, że wyglądały jak żywe. Podobno kiedy namalował winogrona, zlatywały się do nich ptaki, myśląc, że są prawdziwe. Umieszczenie kiści na podeście byłoby więc jawnym nawiązaniem do tej tradycji.

2. Dodanie lustra na ścianie po prawej.
Umieszczenie charakterystycznego okrągłego lustra na ścianie byłoby bezpośrednim nawiązaniem do innego niezwykle znanego portretu małżeńskiego, pędzla van Eycka „Małżeństwo Arnolfinich".

3. Dodanie grzywki, obniżenie czoła Magdaleny.
Na hiszpańskich XVII-wiecznych portretach widnieją zazwyczaj kobiety ciemnowłose, z bujnymi puklami i niskim czołem. Zatem dodanie owłosienia akurat w partii czołowej u Magdaleny nie byłoby niczym niezwykłym. Jednak łysienie części czołowej było właśnie jednym z jej objawów chorobowych.

4. Zmiana wąsów męża Magdaleny na stojące do góry.
Wąsy to nieodłączny atrybut niemalże wszystkich wielkich hiszpańskich malarzy. Wśród wąsaczy prym wiódł jednak Salvador Dali, którego charakterystyczne zadziorne wąsy stały się jego znakiem rozpoznawczym. Zmiana kształtu zarostu męża Magdaleny byłaby więc puszczeniem oka do tego katalońskiego surrealisty.

Jusepe de Ribera, *„Kobieta z brodą"*, 1631, Prado, Madryt

Ile jest nauki w sztuce, ile sztuki jest w nauce – rozterki (młodego) lekarza

Maria Serdyńska

Doktorantka Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

„Czcij lekarza czcią należną z powodu jego posług, albowiem i jego stworzył Pan. […] Wiedza lekarza podnosi mu głowę, nawet i wobec możnowładców będą go podziwiać. Synu, w chorobie swej nie odwracaj się od Pana, ale módl się do Niego, a On cię uleczy. […] Potem sprowadź lekarza, bo jego też stworzył Pan, nie odsuwaj się od niego, albowiem jest on ci potrzebny. Jest czas, kiedy w ich rękach jest wyjście z choroby: oni sami będą błagać Pana, aby dał im moc przyniesienia ulgi i uleczenia, celem zachowania życia".

Stary Testament, Mądrość Syracha, 38, 1-14

„Do tego przyszło, że poszli za dworem
O pierwsze miejsce jurysta z doktorem,
Ponieważ wszystkich sententia padnie:
Doktor zabija a jurysta kradnie […]".

Wacław Potocki, XVII wiek

O ile jesienny październik jest w świecie medycznym wyróżniony obchodami Międzynarodowego Dnia Lekarza (w Polsce uhonorowany dodatkowo Dniem Pracownika Służby Zdrowia wyznaczonym na 18.10 – w liturgiczne wspomnienie św. Łukasza Ewangelisty patrona lekarzy oraz dniu imienin Asklepiadesa – imię to nosił rzymski lekarz i filozof greckiego pochodzenia, który zalecał wino jako uniwersalny środek leczniczy; przypisywane jest mu również wynalezienie tracheotomii), o tyle zimowy luty dedykowany jest w sposób szczególny pacjentom.

W tym miesiącu obchodzony jest Międzynarodowy dzień Walki z Rakiem (03.02), Światowy Dzień Chorych (11.02), Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją (23.02). Popularne Walentynki – święto zakochanych (14.02) – to w Polsce także Dzień Chorych na Padaczkę, zwaną chorobą św. Walentego, którym obok zakochanych i pszczelarzy patronuje. W latach przestępnych 29 lutego – nie bez podtekstu – obchodzony jest jako Dzień Chorób Rzadkich.

W miesiącu tym, szczególnie poświęconym pacjentom, ale pośrednio także lekarzom, nasuwa się refleksja o kondycję i pozycję zawodu wykonywanego w Polsce przez blisko 160 tys. osób. Związane z tym pytania szczególnie głośno wybrzmiewają w umysłach najmłodszych adeptów zawodu i ich jeszcze studiujących kolegów, dla których przytłaczająca bywa konfrontacja idei z rzeczywistością. W świetle (lub cieniu) zmieniających się programów kształcenia przed- i podyplomowego, nierównych warunków pracy i migracji zarobkowej, etycznego zamieszania wokół kwestii fundamentalnych dla zdrowia i życia, sporów prawnych i barier ekonomicznych, a także nieustannej krytyki społeczno-medialnej rodem z XVII-wiecznej fraszki Wacława Potockiego, rodzi się pytanie, czy i jak zmieniło się postrzeganie lekarzy przez nich samych, ale – co równie istotne – przez odbiorców ich „usług".

Czy w ogólnym rozrachunku bliżej nam do pracy czysto zarobkowej czy realizowania powołania vel pasji. Czy w codziennej praktyce decydującą rolę odgrywa Evidence-Base Medicine czy indywidualność jednostki. Na ile w pracy wykorzystujemy schematy, a na ile intuicję. Czy „złoty wiek medycyny" upadł w V w. razem z Cesarstwem Zachodniorzymskim, pozostawiając tylko wspomnienie o szacunku społecznym i posłannictwie lekarza, zapisane na przykład w przytoczonym fragmencie ze Starego Testamentu? Jak wiele (a może niewiele) pozostało do dziś z etosu Imhotepa, Hipokratesa, Galena czy Awicenny? Co jeszcze z dziedzictwa naszych poprzedników możemy wskrzesić lub obronić przed zapomnieniem, nie tracąc przy tym ducha postępu?

W rozważaniach nad tak wzniośle postawionymi pytaniami warto odnieść się do sztuki, która nauce, a zwłaszcza medycynie, towarzyszyła od samego początku.

Rycina: „Myśliciel" August Rodin

Rycina: „Szkoła Ateńska". Rafael Santi, Stanza della Segnatura, Pałac Apostolski, Watykan

„Le Penseur" – myśliciel początkowo nazwany poetą, rzeźba przedstawiająca postać ludzką w stanie zamyślenia, symbol filozofii, a także zmagania się z wewnętrznym konfliktem intelektualnego wysiłku. W zamyśle autora początkowo przedstawiająca siedzącego przed bramą piekieł Dantego tworzącego „Boską komedię". Postać naga i przy tym heroiczna, symbioza intelektu i sztuki. Człowiek sam w swoich dociekaniach nad istotą rzeczy, jednostka pochylona nad poszukiwaniem prawdy, odpowiedzią na nurtujące pytanie. W opozycji do samotnej kontemplacji Rodina można wskazać „Szkołę Ateńską" Rafaela Santi. Różnorodność opinii, mozaika poglądów, kalejdoskop ludzkich postaw, w skrócie wielka debata filozofów starożytności. W jej centrum Platon i Arystoteles, konfrontacja sacrum i profanum. Dwa wybitne dzieła sztuki przemawiające jednym głosem – „do prawdy przez rozum". A zatem jaka jesteś współczesna medycyno?

MEDYCYNA

Czy to sztuka czy nauka? – spytał mistrza adept młody.
Mistrz zasępił się pokornie jak to mędrzec siwobrody,
I skamieniał tak w tej pozie, myśląc, jaka jest odpowiedź.

W jego czasach, to łacina dyktowała nazwę „sztuka",
Lecz gdy weszła weń empiria dopisano jej „nauka".

– Ile sztuki jest w nauce? – Ile jest nauki w sztuce?
– Kim ja jestem? W końcu pyta. – Co to znaczy być lekarzem?
– Czy zajęcie to techniczne? Rzemieślniczo-artystyczne?

– Czy nauką jest diagnoza, a terapia to już sztuka?
W gradzie pytań nieustannym, mistrz o pomoc prosi bóstwa.

Pierwszy zjawił się Apollon wraz z orszakiem muz nadobnych,
I w dziewiątce swych boginek szuka opiekunek sztuk medycznopodobnych.
Jednak żadna z owych bogiń, przyznać do nich się nie chciała.

Cóż więc teraz Apollinie? Czyżby taka nie istniała?

Może w błędzie byli wszyscy, co medyczną sztukę głoszą?

W sukurs ojcu, syn wnet przyszedł, Eskulapem w Rzymie zwany.
Swoją świtę zaczął wzywać. Czyżby konflikt rozwiązany?
W niej Machaon i Higieia, Panakea i Epione.

Także Chiron nieśmiertelny co nauczał Asklepiosa,
Gotów w poczet wejść herosów, by wznieść sztukę pod niebiosa.

Obok bogów i kapłanów ze świątyni Apollona,
Do dyskusji dołączyli Asklepiadzi – ziemscy potomkowie boga.
Omnium artium medicina…! – krzyczeć zaczął Hipokrates.

Lecz po chwili wstrzymał słowa, gdy nań spojrzał sam Sokrates.
Meden agan!- Wszystko w miarę! *Gnothi seauton*! – mój medyku.

W Twojej pracy trzeba wiedzy, lecz natchnienia też promyku.
Episteme – ważna sprawa, lecz *Areté* to podstawa.
Ciała z duszą to symbioza – oto człowiek, oto dzieło!

Lecz nie Twoja to zasługa, to nie Twoje rękodzieło.
Chociaż Scio me nescire dam Ci radę majeutyczną.

Choć w codziennym wirze pracy trudno znaleźć estetykę,
Na majestat spójrz zajęcia, spróbuj przyjąć tę optykę.
Choć nie tworzysz, nie kreujesz, jednak sztukę konserwujesz.

Dbasz by dzieło, choć nie Twoje, jednak w Twoje ręce dane,
Nie poddało się chorobie – to zaiste trudna sztuka.

Wiedzę posiąść trzeba wielką. Patrzeć, słuchać umiejętnie.
Każde dzieło inne wszakże i nie każde jest klasyczne,
Często bywa surrealne, impresyjne, romantyczne…

Wtem monolog Sokratesa mistrz z Abdery śmiechem przerwał.
I wesołym swym obliczem tłum w emocjach zbilansował.

Patrz na czyny, nie na słowa! Ja nie będę obradował.
To jak godzić ogień z wodą, próba raczej beznadziejna.
Lecz jest szansa niezwyczajna zbliżyć razem obie sprawy.

Tyś artystą jest nauki…. i by zdanie to cię tknęło,
Prosta droga jest najlepsza! – Z pracy uczyń arcydzieło!

Aprobując, kiwnął głową mistrz nad mistrze – Leonardo,
I nadmienił w swoim stylu: „Hołd czy chichot to historii,
By imieniem wszech artysty, ochrzcić niemy cud techniczny**...?"

Z inspiracji i w hołdzie śp. Profesorowi Andrzejowi Szczeklikowi.

Wiersz autorki artykułu zaprezentowano na festiwalu Med.&Arts 2013 w Zabrzu oraz podczas konkursów literackich „Przychodzi wena do lekarza" i III Ogólnopolskiego Konkursu Litrackiego „Rozum czy serce".

Objaśnienia:

Apollo (*Phoibos* „Jaśniejący", łac. *Apollo*) – w mitologii greckiej syn Zeusa i Leto. Uważany za boga piękna, światła, życia, śmierci, muzyki, wróżb, prawdy, prawa, porządku, patrona sztuki i poezji, przewodnika muz. Przebywał na Parnasie, skąd zsyłał natchnienie.

Asklepios – w mitologii greckiej heros, bóg sztuki lekarskiej (medycyny). Jego rzymskim odpowiednikiem był Eskulap. Uchodził za syna boga Apollina i nimfy Koronis.

Asklepiadzi – w mitologii greckiej potomkowie Asklepiosa, lekarze i uzdrowiciele, którym bóg Apollo przekazał wiedzę (magiczną) o leczeniu i zapobieganiu chorobom

Chiron – w mitologii greckiej nieśmiertelny król centaurów, słynny z biegłości w sztuce lekarskiej i ogromnej wiedzy. Był nauczycielem i wychowawcą wielu greckich herosów

Epione – (Kojaca ból) – w mitologii greckiej bogini, małżonka boga Asklepiosa.

Higieia – w mitologii greckiej bogini i uosobienie zdrowia, córka Aslepiosa i Epione.

Hipokrates z Kos (ur. ok. 460 p.n.e. na wyspie Kos, zm. ok. 370 p.n.e. w Larysie) – lekarz grecki, jeden z najwybitniejszych prekursorów współczesnej medycyny, obdarzony przydomkiem „ojca medycyny".

Machaon – mitologii greckiej był jednym z synów Asklepiosa. Wraz ze swym bratem Podalejriosem – wysoko ceniony medyk (Machaon jako internista, Podalejrios jako chirurg).

Panakeja (łac. *Panacea* „Wszechlecząca") – w mitologii greckiej bogini i uosobienie uzdrawiania za pomocą ziół i panaceum (środka uniwersalnego przeciw wszystkim chorobom.

Omnium artium medicina nobilissima est – Ze wszystkich sztuk medycyna jest najszlachetniejsza. Hipokrates

Majeutyka – stworzona przez Sokratesa dialogiczna metoda filozoficzna, której celem jest wspólne dotarcie do prawdy. Polega ona na wydobywaniu z dyskutanta nieuświadomionej przez niego wiedzy prawdziwej. ***Gnothi seauton*** (z greki) – „Poznaj samego siebie". Napis w świątyni Apollina w Delfach.

Episteme – z greki „wiedza".

Arete – z greki „cnota".

***Scio me nescire* –** „Wiem, że nic nie wiem", Sokrates.

Demokryt z Abdery – ur. ok. 460 p.n.e., zm. ok. 370 p.n.e., myśliciel i podróżnik, znany jako „śmiejący się filozof". Prace Demokryta, których stworzył 70, dotyczyły wielu różnych dziedzin. Według części z historyków był jednym z nauczycieli Hipokratesa.

Leonardo da Vinci – włoski malarz, architekt, filozof, muzyk, pisarz, odkrywca, matematyk, mechanik, anatom, wynalazca, geolog. Szeroko uważa się go za jednego z największych malarzy wszech czasów i prawdopodobnie najwszechstronniej utalentowaną osobę w historii.

** System chirurgiczny da Vinci – system robota medycznego, został zaprojektowany w celu ułatwienia wykonywania skomplikowanych zabiegów chirurgicznych. System składa się z dwóch odrębnych części – konsoli chirurgicznej, która odpowiada za sterowanie, oraz robota medycznego, posiadającego w zależności od wersji od trzech do czterech ramion. Nazwa pochodzi od nazwiska Leonardo da Vinci, któremu przypisuje się pierwszy w dziejach projekt robota.

Sport

Radiolodzy w Bukowinie i Jurgowie

Andrzej Urbanik

03-05 stycznia 2014

Początek stycznia 2014 r. był całkowicie wiosenny. Jadąc Zakopianką w pełnym słońcu i przy temperaturze +11°C, trzeba było mieć sporo wyobraźni, aby myśleć o ośnieżonych stokach, po których szusują narciarze. A jednak ekipa stacji narciarskiej Hawrań w Jurgowie świetnie przygotowała stok i w sobotni poranek, 4 stycznia, prawie 70 zawodników stanęło na starcie. Tłem dla narciarskich zmagań były świetnie widoczne Tatry, a na niebie, przez chmury nieśmiało przebłyskiwało słońce, które na zakończenie zawodów pokazało się w całej okazałości.

Impreza i tym razem przebiegła bardzo sprawnie i oba przejazdy odbyły się przy stosunkowo niskiej temperaturze, a przez to przy całkiem dobrych warunkach śniegowych. Po zakończeniu zawodów narciarze przenieśli się do karczmy położonej przy dolnej stacji wyciągu, gdzie posilając się żurkiem, omawiali przebieg mistrzostw. Korzystając z okazji, większość zawodników szusowała w Jurgowie aż do popołudnia. Przed wieczorną imprezą był jeszcze czas na basen, saunę i jacuzzi ulokowane w miejscu zakwaterowania, czyli Górskim Ośrodku Wypoczynkowym Stasinda w Bukowinie, który tradycyjnie służył za bazę dla zawodników.

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium".

Kalendarz Imprez Kulturalnych i Sportowych 2014

9-12.01
Krynica
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim
Dr Monika Kapińska-Mrowiecka

11.01
Wisła
XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Beskidów Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
Beskidzka IL
Janusz Lewandowski
606 235 361

19.01
XV Turniej Halowy Tenisa Ziemnego Lekarzy
OIL Zielona Góra
Józef Safian 601 511 361

26.01
Wisła Kubalonka
XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym
Beskidzka IL
Maciej Pająkowski 602 177 857

31.01
III Międzynarodowy Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Adwokatów w Narcirstwie Alpejskim i Biegowym
Śląska IL
Mariusz Smolik 504 045 609
Piotr Zagórski 663 787 901
Beata Banaś 32 475 93 78

1-2.02
Nowy Targ
Mecze: Kadra Polskich Lekarzy - Olimpijczycy Polscy w hokeju na lodzie
OIL Kraków
12 619 17 20

7-9.02
Bystre k. Baligrodu
V Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
OIL Rzeszów
OIL Kraków
Maria Szuber 607 365 537
Jacek Tętnowski 12 619 17 20
Marek Zasadny 12 619 17 20

14-16.02
Brenna
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
Beskidzka IL
Jakub Gałaszek 660 083 011
Piotr Zagórski 663 787 901

15.02
Sandomierz
Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie (sprint)
Świętokrzyska IL
Jacek Łabudzki 603 914 107

7.03
Łódź
XIV Ogólnopolska Biesiada Literacka
OIL Łódź
Barbara Szeffer-Marcinkowska
42 683 17 01

7-8.03
Stalowa Wola
XVII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym
OIL Rzeszów
Alek Micał
Jacek Kowal
17 853 58 37
alfred.mical@gmail.com

7-9.03
Nowy Targ
IX Zimowe Igrzyska Lekarskie
OIL Kraków
Maciej Jachymiak 12 619 17 20

9.03
Zakopane
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym
OIL Kraków
Komisja Sportu ORL w Krakowie
12 619 17 20

Marzec
Warszawa
V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa" dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów
OIL Warszawa
Maria Żywicka-Luckner
604 286 324

4-5.04
Opole
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce
Opolska IL
Paweł Pędich 697 699 986

6.04
Bukówiec Górny
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu 15 km
Wielkopolska IL
Leszek Walczak 601 754 720

6.04
Łódź
IV Ogólnopolski Konkurs Literacki pod hasłem „Myśli i słowa"
OIL Łódź
Barbara Szeffer-Marcinkowska
42 683 17 01

10-12.04
X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2014"
OIL Rzeszów
Janusz Bieniasz 014 670 52 61
Lesław Ciepiela 602 758 441

19.04
Gdańsk
Gdańskie Biegi Lekarzy
OIL Gdańsk
Łukasz Skorupa 502 890 284

24-26.04
Poraj
VII Jurajski Zlot Motocyklowy w Poraju
OIL Częstochowa
Mariusz Malicki 600 064 818

Maj
III Mistrzostwa Polski Samorządów Zawodowych w Brydżu Sportowym „Misja"
OIL Warszawa
Krzysztof Makuch 608 200 190

Maj
Warszawa
Otwarcie Sezonu Motocyklowego „Doctor Riders"
WIL
Jerzy Zaleski 601 317 552

Maj
Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy
OIL Warszawa
Włodzimierz Cerański
602 121 084

2-4.05
I Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne Lekarzy
OIL Częstochowa
Krzysztof Muskalski 601 919 619

8-11.05
XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach
Śląska IL
Jerzy Pabis 605 569 065

9-10.05
Sobienie Królewskie
VII Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w Golfie
OIL Lublin
Artur Czekierdowski 606 118 922
Jacek Grabski 605 332 041

9-11.05
IV edycja Międzynarodowego Konkursu Lekarzy Śpiewających „Musica mores confirmat"
OIL Szczecin
Grzegorz Czajkowski 606 246 446

9-11.05
XIII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie
OIL Częstochowa
Lesław Rudziński 601 913 381

10.05
III Puchar Medyczny „Zdążyć przed lotką 2014"
OIL Łódź
Robert Bibik 695 864 973

11.05
II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie
OIL Łódź
Robert Bibik 695 864 973

16-18.05
Termin rezerwowy: 13-15.06
VIII Ogólnopolski Rajd Konny im. Hubala
OIL Łódź
Wojciech Sędzicki 722 282 750

18.05
Bielsko-Biała
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km
Beskidzka IL
Maciej Pająkowski 602 177 857

24-25.05
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym
Beskidzka IL
Klaudiusz Komor
608 365 164

25-30.5
Klub Lekarza Łódź
XII ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy
OIL Łódź
Andrzej Święs 42 683 17 01

30.05-01.06
Wrocław
II Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie „Volvo Cup"
M. Jędrusik 71 798 80 50

31.05-01.06
Zatoka Pucka
V Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck
OIL Gdańsk
Przemysław Rzepecki 693 525 263
Marcin Szczęśniak 603 693 160

Czerwiec
Wydanie III części Albumu z cyklu „ARS VITAE"
Warmińsko-Mazurska IL
Beata Giergielewicz-Januszko
507 045 587

6-8.06
Morzyczyn, jezioro Miedwie
XI Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie klasa Omega o Puchar Prezesa
OIL Szczecin
Halina Teodorczyk 604 416 864
Halina Ey-Chmielewska 601 576 160

6-8.06
Bychawa-Pszczela Wola
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym
OIL Lublin
Krzysztof Matras 605 081 016
Mariusz Trus 697 111 238

7-8.06
Zawady
XIV Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy
OIL w Częstochowie
Tomasz Klimza 691 488 383

7-8.06
Sopot
Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy 2014
OIL Gdańsk
Mateusz Koberda 605 678 443

7-8.06
Gliwice
III Mistrzostwa Polski Lekarzy

w Squashu
Śląska IL
Tomasz Romańczyk 501 464 891

12-16.06
Niechorze
VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej
OIL Szczecin
Maciej Mrożewski 693 543 211
Maciej Lewandowski 606 980 888
Cezary Sierant 605 575 499

14.06
Płock Sobótka
II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB
Maciej Słodki 600 051 957

14-15.06
Częstochowa
VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej
OIL Częstochowa
Piotr Janik 602 380 957
Przemysław Klimas
604 792 574

19-22.06
Warszawa
XXIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2014”
K. Staroń, J. Szafranek, M. Wroński
www.pstl.org

20-21.06
Binowo
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
OIL Szczecin
Jerzy Szymczak 501 161 191

21-22.06
Puławy
IV Grand Prix w strzelectwie Myśliwskim Lekarzy.
Ogólnopolskie Zawody Strzeleckie Lekarzy „Złoty Eskulap”
OIL Lublin
Marek Gogacz
502 114 894
Tomasz Wójcik
504 190 494

21.06
Mistrzostwa Świata Lekarzy w Kolarstwie Górskim
OIL Łódź
Piotr Kosielski
Joanna Kosielska
Zgierz-Malinka
42 683 17 91

24.06
Darłowo, Warszawa
XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo
Krystyna Anioł-Strzyżewska
600 362 792

28-29.06
Radom
III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce
Kujawsko-Pomorska IL
Julian Pełka
504 101 375

11-13.07
Zamość
VI Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Memoriał dra Tomasza Teresińskiego
OIL Lublin
Andrzej Semczuk 601 715 700

25-27.07
Tychy
III otwarte Mistrzostwa Śląska w Tenisie Ziemnym
Śląska IL
Adam Dyrda 601 447 521

2-10.08
Zatwarnica
Górski Rajd Służby Zdrowia
OIL Rzeszów
Maria Szuber
Alfred Orłowski
17 853 58 37

15-17.08
Międzynarodowy Turniej Lekarzy w Tenisie z okazji XV-lecia PSTL
Warmińsko-Mazurska IL
Z. Frenszkowski, Z. Żęgota
89 539 19 29

17.08
Sandomierz
Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie
Jacek Łabudzki 603 914 107

24.08
Gdańsk Brzeźnie
Ogólnopolskie Amatorskie Mistrzostwa Pomorza Lekarzy w Siatkówce Plażowej Gdańsk 2014
OIL Gdańsk
Mateusz Koberda
Łukasz Skorupa
605 678 443

28-31.08
X Jubileuszowy Zlot Motocyklowy „Doctor Riders”
OIL Łódź
Grzegorz Krzyżanowski
601 979 724

30-31.08
Grodzisk k. Wręczycy Wielkiej
II Puchar Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym
OIL Częstochowa
Andrzej Kazek 603 590 999

Wrzesień
Kazimierz Dolny nad Wisłą
II Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy
OIL Lublin
Dariusz Hankiewicz 81 536 04 50

Wrzesień
I Ogólnopolski Bieg Lekarzy „Wybiegaj drugie życie”
Warmińsko-Mazurska IL
Beata Giergielewicz-Januszko
507 045 587

Wrzesień
Szczyrk
Ogólnopolskie Warsztaty Ceramiki
Śląska IL
Stanisław Mysiak 605 256 335

Wrzesień-grudzień
Nowa Wieś k. Rzeszowa
IV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa
OIL Rzeszów
17 853 58 37
Alek Micał
Jacek Kowal

5-7.09
Imionek k. Pisza
XXIV Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy
Warmińsko-Mazurska IL
Bogdan Kula
607 229 601

5-7.09
Zielona Góra
IV Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie Ziemnym
OIL Zielona Góra
Józef Safian
601 511 361

6.09
Istebna Zaolzie
XVII Mistrzostwa Polski lekarzy w Kolarstwie Górskim
Beskidzka IL
Śląska IL
Janusz Lewandowski
606 235 361
Marek Paściak
Maciek Pająkowski

10-14.09
XII Igrzyska Lekarskie
OIL Kraków
Maciej Jachymiak 12 619 17 20

12-14.09
Baranów Sandomierski
Zlot Lekarzy Motocyklistów
OIL Kraków
Mariusz Janikowski 601 406 830

14.09
Gniezno
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie
Wielkopolska IL
Wojciech Łącki 502 244 817

20.09
Bali Indonezja
44. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
Organizowane przez WMTS
www.pstl.org

20.09
XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB Michałki 2014
Wielkopolska IL
Tomasz Kaczmarek 602 215 001

25-28.09
II Ogólnopolski Festiwal Chórów
Wielkopolska IL
Justyna Chełmińska
507 086 865

27.09
V Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym
Aleksander Skop 604 464 455

27.09
II Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Photo Art. Medica 2014
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski 601 919 619

Październik
IV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny
OIL Lublin
Dariusz Hankiewicz 81 53 60 451

Październik
Warszawa
XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym
OIL Warszawa
Krzysztof Makuch 608 200 190

17.10
UM w Łodzi
VI Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy
Wielkopolska IL
Maria Respondek-Liberska
61 852 58 60

19-24.10
OIL Łódź
Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim”
OIL Łódź
Andrzej Święs 42 683 17 01

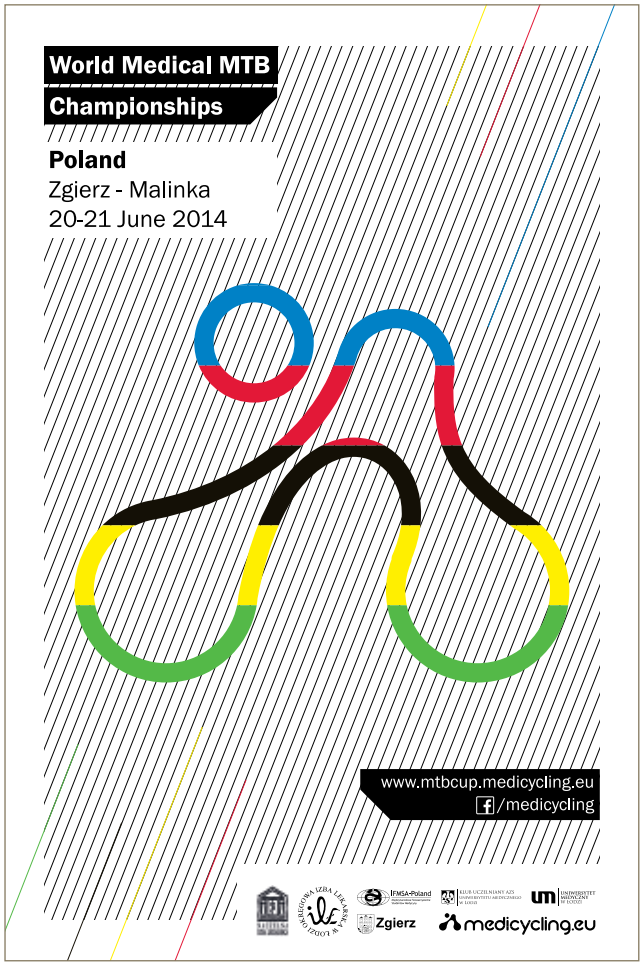
8.11
Pabianice
XVII Ogólnopolski Halowy Turniej w Tenisie Ziemnym Memoriał dra Andrzeja Jasińskiego
OIL Łódź
Adam Jakubowski 42 683 17 01
Bogusław Rataj 604 121 360
Daniel Leończyk 602 574 099

Listopad
Mielec
XX Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2014”
OIL Rzeszów
Zbigniew Bober 508 202 626

Listopad
II Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowych-Bluesowych Esculap Rock 2014
Mazurska IL
Janusz Stępień 530 989 706

6.12
III Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym
Zbigniew Kula 606 464 455
Aleksander Skop 604 267 343

Grudzień
Obchody 25-lecia reaktywacji Samorządu Lekarskiego



Zapraszamy na **XVI OGÓLNOPOLSKIE ZAWODY NARCIARSKIE OKULISTÓW**, które odbędą się tradycyjnie w Kalnicy k. Wetliny w dniach 21-23 lutego 2014 roku.

KONTAKT: Jan Witkiewicz
poczta@kremenaros.com.pl
tel. 601804090

Dermatolodzy na stoku

W dniach 9-12 stycznia 2014 r. odbyły się XII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim i XII Zimowa Konferencja Dermatologiczna w Krynicy.

Monika Kapińska-Mrowiecka

Relacja na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium".

Reklama i lekarze, ciąg dalszy…

Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

Co jakiś czas zajmujemy się w „Gazecie Lekarskiej” reklamą. Poświęciliśmy jej dwa lata temu temat miesiąca. W poprzednim numerze dzieliła się swoimi uwagami wiceprezes ds. stomatologii ze Szczecina. Coraz częściej rozmawiamy o tym z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i komisarzami od etyki. Ustawodawca zakazał reklamowania wszelkich usług medycznych, ale zakaz ten jest martwy…

Posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej w ustawie o działalności leczniczej nie zróżnicowali i mimo szafowania wolnością zawodu i rynku uznali medycynę za dziedzinę, w której swoboda działalności gospodarczej jest regulowana. Dlatego przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego czy praktyka zawodowa, zakład publiczny czy prywatny, a w starej nomenklaturze także zakład niepubliczny, i tak zwany zwykły lekarz oraz najbardziej niezwykły, znany profesor i nestor, podlegają temu samemu paragrafowi. Kontrola prawidłowego wykonywania tych zapisów należy do prowadzących rejestr, w tym izb okręgowych. Poza nielicznymi przypadkami, nabieramy w sprawie łamania ustawy wody w usta, a rozmowa o wszczęciu jakiegokolwiek postępowania, choćby koleżeńskiej reprymendy, rozbija się o definicję: co uważamy za informację, a co za reklamę? Sytuację komplikuje osobisty, fizyczny udział lekarzy i stomatologów w reklamach, którego zakazuje Kodeks Etyki Lekarskiej. Dyskusja się rozwija, argumenty obu stron są ciekawe, tymczasem…

Suplement diety, pleśniawka, nowa grafika na paście do zębów, upławy, hemoroidy, bóle stawowe i krzyżowe, podwójne wzmocnienie serca, dobra filtracja antybakteryjna nerek, a i katar z zapalonymi kolorową infografiką zatokami, przywracanie pamięci, wyostrzanie wzroku, słuchu i sinusoida potencji są wyśmienitym pretekstem do oglądania białego kitla, słuchawek, nowoczesnych gabinetów i unitów. Atrybuty lekarskie podbijają sprzedaż towarów i usług. Stąd za oknami i przy drogach, billboardy, a na klatkach schodowych karteczki z wyrywanym telefonem, ulotki, banery z rankingami: „najlepsza klinika”, „super szpital”, „pantera biznesu w kategorii zdrowie”. Interes się kręci i dużymi krokami reklama, co to niby jest tylko informacją, stosowana jest już nie tylko przez korporacyjne i bezkarne giganty, ale także przez co sprytniejszych lekarzy i lekarzy dentystów z prywatnych gabinetów oraz koleżanki i kolegów z marką własnego nazwiska. Pójdźmy dalej…

Zadziwiający jest świat sieci internetowej. Bulwersują nas rankingi o lekarzach. Prezesi debatowali swego czasu nad krucjatą, która miałaby położyć kres wpisom na specjalnych portalach, oskarżających nas o łapówkarstwo, oceniających merytorycznie, ale również podających adresy, telefony, godziny przyjęć, czyli teoretycznie wypełniających lukę informacyjną. Czy jednak sami czasem nie organizujemy tego szumu?

Mnie osobiście zaszumiało, gdy wystukałem na klawiaturze nazwisko lekarza, o którego specjalizację i typ praktyki toczyłem krótki spór ze swoim pacjentem. Pacjent nie miał racji, otrzymał dowód na ekranie monitora, gdzie, ku mojemu zdziwieniu, otworzyła się pięknie zaprojektowana strona gabinetu prywatnego. Znalazłem na niej kilka zakładek, w tym reklamę wyposażenia, sprzętu i możliwości oddziału szpitalnego, którego w godzinach etatowej pracy codziennej, pan doktor jest ordynatorem. Czy to, co zobaczyłem, potwierdza ataki medialne, szeptankę korytarzy i mieszkań, wpisywanie obelg na forum, że przejście przez polski gabinet lekarski jest sposobem na przyjęcie do niewydolnego systemu opieki zdrowotnej? Czy zaczęliśmy potwierdzać ten fakt czynem, mową, pismem i internetową reklamą? Czy wpadliśmy w jakąś schizofrenię, że co innego mówimy, a co innego robimy?

Opisany przypadek to margines. Ale margines interesuje adwersarzy naszych zawodów, zazdrośników, którzy nie rozumieją, że korzystanie z umiejętności specjalnych, w każdej dziedzinie i na całym świecie jest kosztowne. Margines zaczyna decydować o antyreklamie naszej codziennej, ciężkiej pracy. Czy potrafimy się temu przeciwstawić? Czy potrafimy tupnąć i fuknąć na oszołomionych bogaceniem się poprzez nieetyczne budowanie pijaru, reklamową samowolkę i rozdawanie wizytówek na dyżurze? A może już nie potrafimy…?

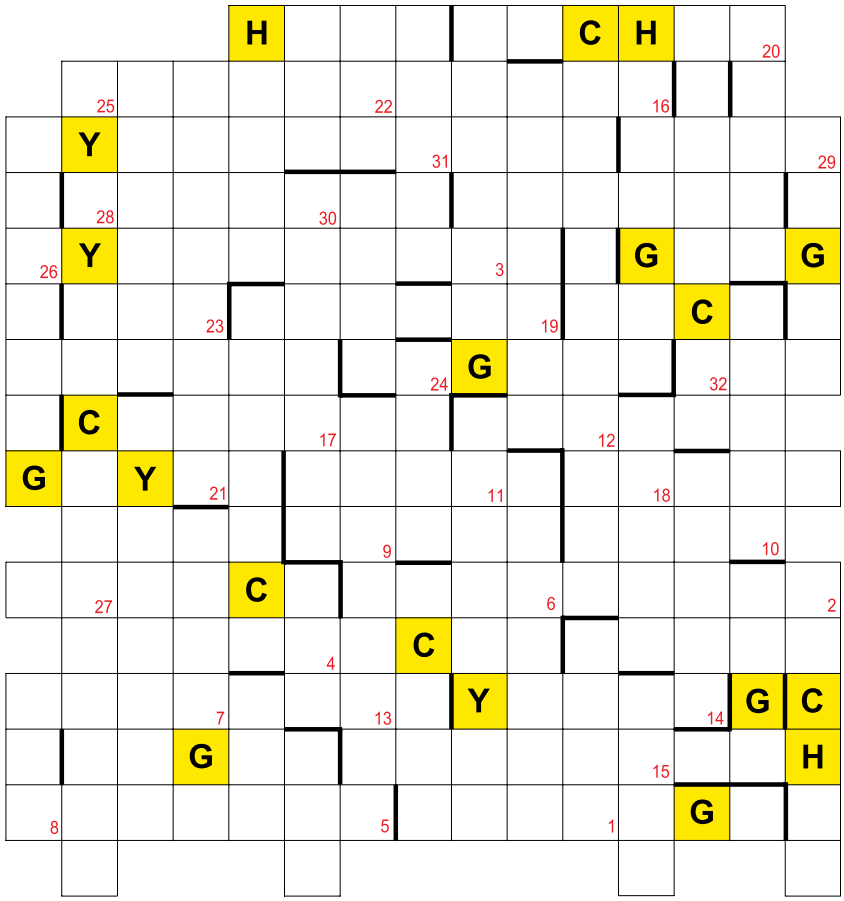
Jolka lekarska 195

PZWL

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 193 („GL" nr 11/2013)
Mądry sam kształtuje swój los. Platon

Nagrody otrzymują: Maciej Jurek (Nowy Targ), Małgorzata Miotk (Rumia), Magdalena Uzar (Brzeźnica). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Objaśnienia 69 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C, G, H i Y. Na ponumerowanych polach ukryto 32 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 marca 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



* excochleatio * popieranie monarchii * gród nad Odrą poniżej Szczecina * siekierka * colika * nawóz, ściółka * znane kąpielisko na pn.-wsch. od Wenecji * gar * pierwiastki przewidziane przez Mendelejewa * matka Słońca Egiptu * w imię Allaha * dinozaur o złej sławie * pani po staropolsku * główny bóg Inków * arabski datek * atrofia * zakład wypiekający bezy i ptysie * land, rzeka i Zagłębie * indiańskie czółno * krzew ozdobny z różowatych * tam zdalnie sterują stacją kolejową * legendarny Kolumb z Kolna * Racławicka we Wrocławiu * seborrhoea * przybór do makijażu powiek (ang.) * szwedzki partner Świnoujścia * fluorowiec * krwiożercze z Amazonki * platoński budowniczy świata * żółta macierz żyznych gleb * specjalista od przyczyn, form, objawów i skutków chorób * rosyjska Natalia * pustynia z Beer Szewa * Utah lub Iowa * acidosis * banda * dzisiejsza Mezopotamia * w parze z Izanami * biała z liśćmi dla jedwabników * nauka o gospodarce * angielski jarl * odczyn antystreptolizynowy * wynik dzielenia * pierwszy niemiecki obóz koncentracyjny * odwołanie od wyroku * jeżozwierz amerykański * turecki Niemiec w Arsenalu * Filipowa, obecnie Banijas * śmieszna francuska czapka wojskowa * patron pląsawicy * przyrząd bartnika do wspinaczki po miód w dziupli * między Jeziorem Górnym a Erie * nalewa drinki * skrzydlata złodziejka * wieńczy, zdobi i chroni mur * rzeka ze skarbem Nibelungów * klosterium * obecność wirusów w moczu chorego * smutek, skrucha * imię Klosa * dowcipniś * między tytanem a chromem * jacht z 2 masztami, tylny znacznie niższy * Praosetyjczyk * duchowny z cerkwi * morski, jest jaszczurką z Galapagos * najciekawsza część telewizora * Akwizgran * nacięcie mięśniówki odźwiernika

BJER

Wydawca:
Naczelna Rada Lekarska

NACZELNA IZBA LEKARSKA

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 163 000 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Mariusz Janikowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl
Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Jarosław Klimek (Łódź)

Adres redakcji: 00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: **Drukarnia Quad/Graphics Europe Sp. z o.o.**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).