

# Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H

11  
2017



## PROTEST MEDYKÓW

### TEMAT MIESIĄCA

---

**Rezydentura to praca na akord**  
Rezydentami łąta się dziury, liczba godzin w pracy jest na granicy bezpieczeństwa

### ZE ŚWIATA

---

**W stronę POZ i e-rozwiązań**  
Czy Austriacy czekają w kolejkach na wizytę u specjalisty?

### REPORTAŻ

---

**Plastikowy pacjent**  
Studenci wrócili na uczelnie. Sprawdzamy, jak umiejętności zdobywają przyszli lekarze dentyści



# Spis treści

- 4 Na wstępie** R. Golański: Determinacja
- 6 Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Dopiero co, a tymczasem
- 7 Skrining**
- 9 Obserwacje** / S. Badurek: Na innych falach
- 10 Temat miesiąca:** Rezydentura to praca na akord
- 12** W pierwszych dniach
- 13** Protest medyków
- 16 Rozmowa o zdrowiu:** Listonosz
- 19 Nasi w Europie** / R. Krajewski: Wakacje
- 20 Ze świata:** W stronę POZ i e-rozwiązań
- 24 Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2004
- 26** 150 Lat Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego
- 28 Wspomnienie**
- 29 Zgrzy** L. Dudziński: Czas ważnych decyzji
- 30 Stomatologia:** Technicy w Europie
- 34 Punkt widzenia** J. Małmyga: Listopadowe zamyślenia
- 35 Kodeks Etyki Lekarskiej:** Dwuletnia antybiotykoterapia
- 36 Lekarskie towarzystwa naukowe:** Przeszkodą są skierowania do okulisty
- 38 Nauka w skrócie**
- 39 Reportaż:** Plastikowy pacjent
- 42 Biuletyn**
- 44 Polskie innowacje:** Takich wizualizacji potrzeba
- 45 Praktyka lekarska:** Suplementy pod kontrolą
- 46 Stukot białych tępów:** Nie patrz schematami
- 48 Praktyka lekarska:** Wizja zmian
- 51** W rozmiarze XXL
- 52** W diagnostycznym ogonie Europy?
- 54** Nobel za zegar, z muszką w tle
- 56** Sepsa, rosnące zagrożenie
- 58 Debata:** 10 sekund
- 60 Listy do redakcji**
- 62 Historia i medycyna:** Piątki Benniowskie
- 64 Indeks korzyści:** Iluminacja by proxy
- 66 Ze sceny** A. Andrus: Republika Replika
- 67 Kultura:** Bezdech
- 68 Błąd malarzski:** Na wszystko
- 70 Kultura**
- Nasza czytelnia**
- 73 Sport**
- 74 Ogłoszenia**
- 80 Komunikaty**
- 81 Epikryza (73)** J. Wanecki: Szelestnie
- 82 Jolka lekarska**



WIĘCEJ NA [WWW.GAZETALEKARSKA.PL](http://WWW.GAZETALEKARSKA.PL)

## SIĘĆ SZPITALI

Od 1 października obowiązuje reforma służby zdrowia polegająca w głównej mierze na utworzeniu tzw. sieci podstawowego zabezpieczenia medycznego oraz na zmianie finansowania szpitali.

## REZYDENTURY

Na najbliższe jesienne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie (1-31 października) minister zdrowia przyznał 4097 rezydentur, w tym 1644 w dziedzinach priorytetowych.

# Determinacja

Zdjęcie na okładce dedykuję osobom, które decydują obecnie o losach Polski. Jest zapewne naiwnością liczyć na to, że iza cieknąca po twarzy młodej lekarki będzie miała siłę oddziaływania podobną do palonych opon, rolników na ciągnikach czy tłumy mężczyzn z kilofami.

**W**ątpię, aby te słowa czytali Pan Prezydent Andrzej Duda, Pan Prezes Jarosław Kaczyński czy Pani Premier Beata Szydło. Wątpię, aby ich biura prasowe „Gazetę Lekarską”, pismo docierające do ponad 170 tys. lekarskich domów, uznawały za medium warte przejrzenia.

Nie wiem, czy przeczytają ten tekst nasi koledzy lekarze: Pan Marszałek Stanisław Karczewski i Pan Senator, Minister Konstanty Radziwiłł. Notabene Pan Marszałek, przed laty wieloletni ordynator oddziału chirurgii w jednym z mazowieckich szpitali, powiedział protestującym lekarzom: „Warto pracować dla idei, nie tylko myśleć o pieniądzach”. Zwracam nieśmiało uwagę Panu Doktorowi Karczewskiemu, że młodzi lekarze domagają się przede wszystkim pieniędzy na ochronę zdrowia w Polsce, nie tylko w swoim partykularnym interesie, ale w trosce o dostęp do leczenia i jego jakość.

Z drugiej strony zdecydowana większość z nas pracuje po to, żeby utrzymać rodzinę. Ta oczywista prawda dotyczy nie tylko lekarzy i nie tylko Polaków. Od wielu lat, wręcz od dziesięcioleci, protesty lekarzy są traktowane przez rządzących, bez względu na opcję polityczną, jak przejaw sprzeciwu wobec słusznych zmian, proponowanych przez władze. Słyszeliśmy o dbaniu wyłącznie o własne interesy, o inspirowaniu protestujących przez opozycję

itd. Jak słycać, nic się nie zmieniło. Może poza jednym. Tak niewybrednych żartów na temat protestujących czy wręcz chamskiego rechotu w wydaniu niektórych parlamentarzystów nie było nigdy do tej pory. Hasłem, które najbardziej utkwiło mi w pamięci po wizycie u głodujących młodych ludzi w szpitalu przy ulicy Trojdena, było skandowane przez nich: „Chcemy leczyć w Polsce”. Co na to usłyszeli? „Niech jadą!” Piszę te słowa w 23. dniu protestu. Nie wiadomo, jak sprawy potoczą się dalej. Powołany przez ministra zdrowia zespół, zbojkotowany przez rezydentów, niewiele da.

„Gazeta Lekarska” to miesięcznik. Wszyscy przywykliśmy do informacji dostarczanych na bieżąco: internet, radio, telewizja. Miesięcznik nie dostarczy Państwu najświeższych informacji, nie taka jest jego rola, ale staraliśmy się pokazać protestujących młodych lekarzy, wysłuchać w Waszym imieniu ich postulatów i racji. Z pewnością ten numer będzie miał charakter historyczny. Chciałbym mieć nadzieję, że w kolejnym, świątecznym numerze, będziemy mogli napisać o pozytywnym zakończeniu lekarskiego protestu. Na razie mogą tylko apelować do władzy: wysłuchajcie głosu lekarzy, to oni mają rację. Należy zmienić priorytety i szybko znaleźć się pieniądze, tak aby było postulowane 6,8% PKB w ciągu trzech lat. Kiedyś usłyszałem od pewnego znanego ekonomisty: wszędzie na świecie władza będzie się liczyła ze strajkującymi lekarzami, kiedy w wyniku ich strajku zaczną umierać pacjenci. Tego chcecie? ○



**Ryszard Golański**

Redaktor naczelny  
„Gazety Lekarskiej”

## MIGAWKA


W dniach 19-21 października odbyły się we Lwowie uroczystości związane ze 150-leciem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. Głównym wydarzeniem był Kongres Historyczny. W obchodach licznie uczestniczyli przedstawiciele polskiego samorządu lekarskiego (więcej na s. 26).



FOTO: RYSZARD GOLAŃSKI

# Przetwarzanie dokumentacji w praktyce

Kontynuując omawianie zmian, jakie w zakresie dokumentacji medycznej przyniosła w maju tego roku ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw [Dz.U. 2017 r., poz. 836], przedstawię państwu zmiany dotyczące przetwarzania dokumentacji w codziennej praktyce.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

**R**edakcja zmienionego art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że osoby wykonujące w gabinecie czy podmiocie leczniczym zawód medyczny nie będą musiały legitymować się odrębnym upoważnieniem administratora danych do przetwarzania dokumentacji medycznej, nadal będzie ono konieczne dla personelu wykonującego czynności pomocnicze czy utrzymującego system informatyczny, w którym przetwarzana jest dokumentacja.

Zgodnie z ust. 2 dodanym do art. 24 ustawy, w dokumentacji medycznej trzeba zamieszczać informację o wydaniu pacjentowi opinii albo orzeczenia, jeśli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Od takich opinii albo orzeczeń przysługuje pacjentom prawo sprzeciwu do Komisji Lekarskiej powołanej przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Zmieniono przepisy regulujące przetwarzanie dokumentacji po śmierci pacjenta. Obecnie mowa jest o prawie dostępu do dokumentacji (a nie wglądu jak dotychczas), które oprócz osób upoważnionych przez pacjenta za jego życia mają teraz wprost przyznane osoby, które w chwili zgonu pacjenta były jego przedstawicielem ustawowym.


Krąg osób, którym dokumentacja może zostać udostępniona, rozszerzył się o:

- Rzecznika Praw Pacjenta, który został wprost wskazany, jako organ władzy publicznej uprawniony do takiego dostępu,
- osoby wykonujące zawód medyczny upoważnione przez podmiot tworzący, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- inne niż lekarz lub pielęgniarka osoby wykonujące zawód medyczny w związku i w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury oceniającej na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo

procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, – członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

Wprost przewidziano również, że podmioty uczestniczące w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny, mogą udostępniać dokumentację tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.

Dokumentacja może być udostępniana do wglądu w miejscu udzielania świadczeń (chyba że są to medyczne czynności ratunkowe) z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć. Wydanie oryginałów dokumentacji za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu będzie obecnie możliwe wyłącznie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a innym podmiotom i osobom (w tym pacjentom i osobom przez nich upoważnionym) tylko wtedy, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Ustawa przewiduje również możliwość udostępniania papierowej dokumentacji przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie go środkami komunikacji elektronicznej lub na nośniku danych, ale taki sposób przekazywania dokumentacji musi przewidywać regulamin organizacyjny. Konieczne jest też prowadzenie wykazu zawierającego informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji (czyja, jak, co, komu, kto, kiedy). Zmieniono też stawki maksymalnych opłat za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji. Określone ustawą stawki maksymalne opłat za udostępnienie dokumentacji są stawkami zawierającymi VAT.

Krócej – bo 2 lata od końca roku kalendarzowego, w którym zostały wystawione – będą przechowywane skierowania na badania, jeśli pacjent nie zgłosił się na nie w ustalonym terminie (chyba że je odebrał). Nowe przepisy przewidują też możliwość wydania pacjentowi (jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie upoważnionej przez pacjenta) dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia. 

# Dopiero co, a tymczasem



**Maciej Hamankiewicz**

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

W ostatnich dwóch tygodniach, w ostatnich dwóch dniach, w ostatnich dwóch godzinach. Tak powinienem zaczynać, bo sytuacja w ochronie zdrowia zmienia się bardzo dynamicznie.

**Dopiero co dwukrotnie odwiedzałem protestujących lekarzy w holu Szpitala Dziecięcego WUM w Warszawie**, a tymczasem dotarła informacja, że ten hol mają opuścić i przenieść się w inne miejsce. Dopiero co Premier Beata Szydło mówiła o powołaniu zespołu, który będzie rozmawiał z protestującymi, a tymczasem obradować ma zespół powołany przez Ministra Zdrowia, i to póki co bez udziału protestujących, którzy domagają się obecności samego Ministra Finansów, który przecież miałby najwięcej do powiedzenia w kwestii budżetu państwa i możliwości przeznaczenia środków na zdrowie.

**Dopiero co Konstanty Radziwiłł był członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej**, a tymczasem złożył rezygnację z członkostwa zaraz po decyzji Prezydium NRL o wystąpieniu samorządu lekarskiego m.in. do Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) o solidarność z protestującymi. Zgromadzenie Ogólne WMA – jako organizacja wewnętrzna świata lekarskiego – potwierdziło tym samym, że protest, jego przyczyny i forma są właściwe, a cały lekarski świat powinien tych młodych ludzi wesprzeć w walce o właściwe sfinansowanie potrzeb pacjentów. Dopiero co głos zabrało WMA, a już teraz codziennie napływają nowe wyrazy poparcia i solidarności z różnych stron. Dopiero co lekarze protestujący mówili o dwukrotności średniej krajowej, a teraz są w stanie zgodzić się na 1,05 średniej krajowej. Dopiero co protest koncentrował się tylko w Warszawie, a już przystąpiły do niego grupy lekarzy w innych regionach kraju. Dopiero co posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej miało być w listopadzie, a tymczasem zadecydowaliśmy, że odbędzie się jeszcze w październiku i będzie nadzwyczajne z powodu nadzwyczajnej sytuacji.

**Okoliczności zmieniają się, choć postulaty samorządu lekarskiego na temat konieczności wzrostu finansowania ochrony zdrowia** i ustalenia minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia dla lekarzy na ściśle określonych przez zjazd krajowy poziomach nie uległy zmianie. Nie zliczę, ile razy przyszło mi ostatnio wymówić w mediach skrót PKB, czyli Produkt Krajowy Brutto. Myślę, że kolega lekarz, który zwrócił się do mnie wiele miesięcy temu, bym apelował do skutku

na łamach „Gazety Lekarskiej”, zauważył, że hasło „6% PKB na zdrowie” wypłynęło o wiele dalej niż te łamy, niż łamy gazet branżowych, niż łamy gazet polskich. Oczywiście pomogli w tym przede wszystkim ci, którzy zdecydowali się na ciężką próbę protestu, jaką jest protest głodowy, narażając swoje życie i zdrowie po to, by pacjenci mogli mieć lepsze warunki.

**Obecne nakłady na zdrowie to 4,7% PKB.** Terapia, jaką obecnie proponuje minister, to to samo 4,7% PKB w 2020 roku, a 6% w roku 2025. O leczeniu w ten sposób ochrony zdrowia i skuteczności tej terapii minister przekonuje nieustannie. Trochę przypomina operę, którą przyszło mi ostatnio oglądać, a która jest jedną z tych, gdzie główną postacią jest lekarz. W „Don Pasquale” Donizettiego po pierwszych taktach muzyki dr Malatesta przychodzi do starszego już Pasquala, aplikując mu terapię tak skuteczną, iż pacjentowi nie tylko przywraca siły, ale i chęć żeniaczki z młodą wdową. Szkopuł w tym, że ona oraz siostrzeniec Don Pasquala już od dawna się kochają. Dobry lekarz – jak dzisiaj powiedzielibyśmy, rodzinny – pomaga w wielu innych sytuacjach niż tylko podawanie leczniczych mikstur. Opera kończy się sukcesem lekarza i doprowadzeniem do rozwiązania rodzinnego konfliktu. Czy sytuacja w kraju też się tak zakończy?

**Początek listopada to czas zadumy i wspomnienia zmarłych.** Ostatnio wraz z konsulem Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie w towarzystwie lwowskich lekarzy stowarzyszonych w dwóch towarzystwach polskim i ukraińskim złożyliśmy kwiaty na grobach żołnierzy poległych w obronie Lwowa. Dla obecnych Polaków była to chwila nie tylko podniosła, ale i pełna wzruszenia, bo to, czego dokonały Lwowskie Orleńskie, w duszy Polaków jest równorzędne z największymi bitwami, jakie w dziejach przychodziło toczyć. Również złożone zostały kwiaty na grobach tych, którzy przeciwko nim strzelali. Oddając zmarłym w tych pierwszych dniach listopada moje myśli i uczucia, wypowiadałem życzenie: oby zawsze dzieci zapalały znicze na grobie rodziców, a nie rodzice na grobach swoich córek i synów. I jeszcze jedno: by wychowawca nie musiał chować swojego asystenta, tak jak mnie się to przydarzyło. ○

## »»» List Prezesa NRL do Protestujących Lekarzy

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz wystosował 5 października br. list otwarty do młodych lekarzy rezydentów, którzy od 2 października zdecydowali się na protest, głosząc postulaty dotyczące finansowania ochrony zdrowia oraz urealnienia wynagrodzeń i nie porozumieli się 4 października z Ministrem Zdrowia na spotkaniu w Centrum Dialog. „Pragnę zapewnić, że na bieżąco zauważamy kłody rzucone pod Wasze nogi. Problemy zgłaszamy w inny sposób, niż może to uczynić związek zawodowy, ale z całą siłą, jaką może dysponować izba lekarska. Wszyscy identyfikujemy się ze zgłaszanymi przez Was postulatami. Niektóre okręgowe izby lekarskie wsparły Was, organizując

możliwość przyjazdu innych lekarzy, by mogli osobiście, w Warszawie, wyrazić swoje poparcie” – zaznaczył w liście. I przypomniał, że samorząd lekarski od lat żąda wzrostu poziomu PKB na zdrowie w Polsce do przynajmniej 6%, a do rządu wraz z Naczelną Radą Lekarską zaapelowało o to w czerwcu 2017 roku ponad sto organizacji, w tym organizacji pacjentów i lekarzy skupionych w różnych towarzystwach naukowych. W kwestii wynagrodzeń prezes NRL zgodził się z protestującymi, że jest ona jednym z wielu czynników wpływających na to, że polski lekarz jest zmęczony. „Nie wolno zapominać, że lekarz przepracowany staje się zagrożeniem dla pacjenta” – podkreślił. ☺



**Katarzyna Strzałkowska**

Rzecznik prasowy  
Naczelnej Izby  
Lekarskiej

## »»» Apel do Prezesa Rady Ministrów

Prezydium NRL 10 października zaapelowało do Prezesa Rady Ministrów Beaty Szydło o pilne spotkanie z protestującymi lekarzami, wysłuchanie ich postulatów oraz o podjęcie wszelkich leżących w gestii rządu działań zmierzających do rozwiązania nawarstwiających się od wielu lat problemów służby zdrowia, które legły u podstaw tego protestu.

Prezydium NRL stwierdziło, że kiedy rozmowy na szczeblu ministerialnym nie dają żadnych efektów, a jednocześnie zdeterminowani młodzi lekarze stawiają na szali swoje zdrowie i życie, Prezes Rady Ministrów nie powinien pozostawać bierny. W apelu Prezydium NRL przypomniało, że w exposé wygłoszonym w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej dwa lata temu Prezes Rady Ministrów słusznie podkreśliła, że każdy polski obywatel powinien czuć się bezpiecznie wtedy, kiedy potrzebuje pomocy medycznej, ma wiedzieć, że ta pomoc zostanie mu udzielona szybko, i będzie to pomoc bezpłatna. Prezydium NRL podkreśliło również ten fragment exposé, w którym Prezes Rady Ministrów wyraźnie wskazała, że lekarze powinni być wysoko wynagradzani za swoją pracę. ☺



## »»» Konferencja prasowa z Protestującymi

6 października prezes NRL Maciej Hamankiewicz spotkał się z protestującymi lekarzami w holu Szpitala Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i uczestniczył

w konferencji prasowej. Na konferencji przedstawił m.in. podjęte właśnie przez Prezydium NRL stanowisko dotyczące wynagrodzeń lekarzy rezydentów. ☺

## »»» Nadzwyczajne Posiedzenie NRL

Prezydium NRL w związku z trwającym protestem lekarzy 18 października podejmuje decyzję o zwołaniu w dniu 27 października nadzwyczajnego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. ☺

## Rezygnacja Konstantego Radziwiłła

15 października wieczorem Konstanty Radziwiłł złożył rezygnację z członkostwa w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Informacja o rezygnacji została opatrzona listem do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza. Treść listu została również przekazana Polskiej Agencji Prasowej przez Ministerstwo Zdrowia. Prezes NRL odniósł się do tych treści na zorganizowanym 16 października w Naczelnej Izbie Lekarskiej briefingu prasowym oraz w programach radiowych i telewizyjnych. ☺



## Rezolucja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy

Na stronie internetowej [www.wma.net](http://www.wma.net) 13 października czasu polskiego pojawiła się informacja o solidarności lekarzy reprezentowanych przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy z lekarzami w Polsce. WMA podjęło rezolucję, w której z poważnym zaniepokojeniem przyjmuje do wiadomości spór, jaki ma miejsce w Polsce pomiędzy lekarzami odbywającymi szkolenie specjalizacyjne a rządem, dotyczący finansowania opieki zdrowotnej oraz wynagrodzeń lekarzy rezydentów, spośród których wielu musi podejmować dodatkowe zatrudnienie, aby pozyskać odpowiednie środki do życia.

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy zaapelowało do Prezesa Rady Ministrów, aby włączyła się do negocjacji w celu wypracowania możliwych do zaakceptowania rozwiązań chroniących życie lekarzy rezydentów, zwłaszcza tych, którzy uczestniczą w strajku głodowym, jak również prowadzących do poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa. ☺

## Dzień Solidarności z Protestującymi Lekarzami

12 października Prezydium NRL ogłosiło dzień 13 października „Dniem Solidarności z Protestującymi Lekarzami” i zaapelowało do lekarzy i lekarzy dentystów, aby w tym dniu w sposób szczególny okazali swoją solidarność z protestującymi. Zaproponowano lekarzom i lekarzom dentystom, by zawiesili na drzwiach gabinetów kartkę z napisem „POPIERAM PROTEST LEKARZY #protestmedyków” (załącznik do apelu do pobrania ze strony [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)) lub przyjęli w swoich miejscach pracy inną formę poparcia dla protestujących, tak aby pacjentom, pracodawcom, władzom państwowym i całemu społeczeństwu pokazać, że postulaty zgłaszane w czasie protestu są wspólne dla całego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. ☺

### Głosy poparcia

Na stronie internetowej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl) w zakładce „Poparcie Protestu Lekarzy” na bieżąco zamieszczane są głosy poparcia płynące z wielu miejsc w Polsce i na świecie. Przesyłają je zagraniczne organizacje lekarskie, samorządy zaufania publicznego, okręgowe rady lekarskie, a także grupy oraz osoby indywidualne. ☺



## Wynagrodzenia — stanowisko Prezydium NRL

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 6 października negatywnie zaopiniowało projekt rozporządzenia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

W stanowisku Prezydium NRL zaznaczyło, że minister zdrowia, chcąc zapewnić ciągłość opieki zdrowotnej i zachęcić młodych lekarzy do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych i wykonywania zawodu w Polsce, powinien niezwłocznie przystąpić do realizacji postulatu zawartego w apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty, w którym Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął, że minimalne wynagrodzenie zasadnicze lekarza i lekarza dentysty odbywającego specjalizację w trybie rezydentury powinno być ustalone na poziomie dwukrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. ☺



Więcej na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)





**Sławomir Badurek**  
Diabetolog, publicysta medyczny

# Na innych falach

Piętnasty dzień września. W Sejmie odbywa się debata na temat obowiązku szczepień. Wiceminister sprawiedliwości Patryk Jaki podsumowuje: „W ocenie większości uczestników, w Polsce nie powinno być obowiązku szczepień i nie wolno zmuszać rodziców do szczepień, strasząc epidemiami”.

**K**ilka godzin później ze szpitala w Białogardzie uciekają rodzice wraz z noworodkiem wcześniakiem. „Rodzice odmówili wykonywania jakichkolwiek czynności wobec dziecka. Pediatrzy długo rozmawiali z matką. Miała, podobnie jak ojciec dziecka, inne podejście do współczesnej medycyny. Byli przeciwnikami szczepień, a oczy chcieli zakrapiać mlekiem matki” – cytuje jednego z lekarzy białogardzkiego szpitala portal tvn24.pl.

Szpital powiadamia sąd, który orzeka o częściowym ograniczeniu sprawowania władzy rodzicielskiej w zakresie udzielanych świadczeń medycznych i ustanawia kuratora. W Polskę idzie wieść o rodzicach porywaczach, parę ściga policja i prokuratura. W internecie pojawia się film nagrany przez ojca urodzonej w 36. tygodniu ciąży dziewczynki. „Nasza córka urodziła się o czasie. Ciąża jest donoszona, poród odbył się bez komplikacji, dziecko nie potrzebowało inkubatora” – tłumaczy ojciec i jednocześnie skarży się na odmowę wykonania u dziecka badań w kierunku wrodzonych niedoborów odporności oraz nieudostępnienie mu ulotki witaminy K. W TVP Info minister Konstanty Radziwiłł informuje o wysłaniu kontroli do szpitala. Patryk Jaki mówi w radiowej „Jedycie”: „intuicja podpowiada mi, że w tej sprawie rodzice mogą mieć rację”. Rodziców broni ojciec Tadeusz Rydzyk, dopatruje się ataku na rodzinę i sugeruje, że „tu chodzi o interesy”. Przed sądem w Białogardzie odbywa się pikietka. „Dzieci należą do rodziny. Nie do urzędników medycznych” – krzyczy wielki banner rozpostarty przez protestujących. Sąd cofa podjętą cztery dni wcześniej decyzję. I robi unik, tłumacząc, że dotyczyła ona wyłącznie opieki poporodowej, przez co traci moc. Rodzice składają do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez lekarzy i żądają od szpitala odszkodowania w wysokości 500 tys. zł.

Koniec września, początek października. Przychodzi czas na komentarze pisane „na chłodno”. Szymon Hołownia ostrzega w „Tygodniku Powszechnym”: „Przyjąłem prostą

strategię: wrzucasz u siebie antyszczepionkową propagandę, wylatujesz z grona moich znajomych (chodzi o to, byś nie zabił kogoś, szerząc te brednie za pomocą mojej społecznej sieci)”. „Dziennik Gazeta Prawna” publikuje obszerny wywiad z prof. Zbigniewem Szawarskim. „Jeżeli ktoś wierzy, że szczepienia to spisek koncernów, żeby zarobić pieniądze, to nie ma pola do rozmowy” – twierdzi profesor. Tytuł wywiadu dobrze podsumowuje tego typu zdecydowane postawy: „Z fanatykami się nie dyskutuje”. W mojej ocenie my – pracujący w oparciu o zasady medycyny naukowej – niczego w ten sposób nie ugramy. Białogard to dowód. Tak zwana medycyna alternatywna od zawsze towarzyszyła tej konwencjonalnej. Różnica jest taka, że szepetucha zdejmująca dawniej uroki z tych, którzy zdołali do niej dotrzeć gdzieś „na skraj świata”, dziś bloguje, vloguje, twittuje, korzysta ze Snapchata i Hangouts, ma oczywiście konto na Facebooku i tysiące fanów. Czas na taką aktywność jest wymarzony, bo wchodzi właśnie w dorosłość tak zwane pokolenie Z, dla którego internet to podstawowe źródło wiedzy i wymiany myśli. Do nas, „staruszków” z pokolenia X (urodzeni w latach 60. i 70. ubiegłego wieku), chyba nie w pełni to dociera. Żyjemy w błędnym przeświadczeniu, że jest tylko nasz drukowany przekaz i coraz bardziej tracimy orientację, „co w trawie piszczy”.

Szósty dzień października. Słucham podczas sympozjum diabetologicznego w Zakopanem wykładu „Czego nauczył mnie Facebook” Teresy Benbenek-Klupy, edukatorki diabetologicznej z Krakowa. Autorka pokazuje slajd z nazwami kilku fejsbukowych grup dyskusyjnych, zrzeszających po nawet kilkanaście tysięcy chorych na cukrzycę. I pyta, kto ze słuchaczy śledzi dyskusje prowadzone przez chorych w internecie. Do góry wędrują dwie, trzy ręce. Na sali jest mniej więcej sto razy więcej diabetologów. A tytuł ciekawych rzeczy można dowiedzieć się z sieci na temat problemów nurtujących chorych i nawiasem mówiąc – na swój temat także. Wniosek nasuwa się oczywisty: medycyna oparta na faktach musi zacząć propagować swoje zdobycze drogą najpopularniejszych form przekazu. To jest droga, która prowadzi pod współczesne strzechy. ☺

# Rezydentura to praca na akord



Lucyna  
Krysiak

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

Z doktorem **Jarosławem Bilińskim**, przedstawicielem protestujących lekarzy Porozumienia Rezydentów OZZL, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

**GL**  
W Y W I A D

**GL** Protest głodowy rezydentów wstrząsnął opinią publiczną, choć na początku wydawało się, że będzie miał niewielki wydźwięk. Czy o to właśnie chodziło protestującym?

Bez poparcia społecznego żaden protest nie zakończyłby się sukcesem. Protesty w ochronie zdrowia są zawsze spokojne, kulturalne i merytoryczne. Nie ma palenia opon, wybijania szyb, walk ulicznych. Rządy wiedzą więc, że nie muszą szybko interweniować. Zdajemy sobie sprawę, że politycy podejmują decyzje przede wszystkim zgodnie z sondażami poparcia, a medycy to nie ich elektorat. Dlatego też nagłośnienie sprawy jest jedną z opcji dojścia do porozumienia. To, że osiągnęliśmy już zasięg 4 mln obserwatorów w internecie, a według statystyk informacje o proteście głodowym i postulatach odczytywane były już 29 mln razy, świadczy o żywym zainteresowaniu opinii publicznej naszą sprawą. Przeprowadzono również sondy w różnych stacjach telewizyjnych z pytaniem, „Czy popierasz postulaty i protest głodowy medyków?”, w większości sond na TAK odpowiadało 80 proc. respondentów. Już wcześniej różne instytucje pytały Polaków o zdanie na ten temat (m.in. CBOS, Pracodawcy RP) i 70-80 proc. obywateli odpowiedziało, że chce realnych zmian w ochronie zdrowia. Są nawet w stanie więcej za nie zapłacić. To, że w przypadku tego protestu udało się „odrobić lekcje” zaniedbań dziesięcioletnich, gdzie medycy tracili zaufanie społeczeństwa, jest sukcesem nie do przecenienia. Pokazując, że walczyliśmy o pacjentów, zyskałiśmy ich przychylność, przez co odbudowujemy prestiż wiodów medycznych.

**GL** Od jak dawna i z jakim skutkiem rezydenci prowadzą dialog na temat poprawy sytuacji w ochronie zdrowia i wynagrodzeń lekarzy na rezydenturach?

Rozmowy na temat poprawy sytuacji w ochronie zdrowia z ramienia Porozumienia Rezydentów były prowadzone m.in. przez naszego kolegę doktora Damiana Pateckiego jeszcze za czasów rządów PO-PSL z premier Ewą Kopaczką

ówczesnym ministrem zdrowia Marianem Zembalą. Kiedy wybory wygrało PiS, od samego początku weszliśmy w dialog z obecnym ministrem zdrowia. Szczerze mówiąc, byliśmy pełni nadziei. Po drugiej stronie mieliśmy niezwykle szanowanego w środowisku lekarza, który jeszcze jako prezes Naczelnej Rady Lekarskiej formułował, artykułował i podpisywał postulaty oraz apele, z którymi w stu procentach się utożsamialiśmy. Wierzyliśmy, że będzie agentem zmiany i wreszcie, po dwudziestu kilku latach marazmu i zaniedbań wyciągnie ochronę zdrowia na powierzchnię. Zaraz po objęciu urzędu, otrzymaliśmy pierwszy sygnał ostrzegawczy. Na spotkaniu na moje pytanie, czy podtrzymuje swoje postulaty i wprowadzi je w życie, padła odpowiedź wymijająca. Później już było tylko gorzej. Odnieśliśmy wrażenie, że celem jest wyciszenie niepokojów w ochronie zdrowia, co zresztą sugerowała premier Beata Szydło po jednej z manifestacji. Spotkań z ministrem zdrowia było już chyba 25 i dalej jesteśmy w tym samym punkcie. Wszelkie działania ze strony tego resortu są pozorowane. Potrzebujemy zapewnienia kierownictwa rządu, że dostrzega nasze cele i tylko kwestią techniczną jest pokazanie, jak do nich dojść. Jeszcze takich deklaracji nie usłyszeliśmy.

**GL** Kiedyś rezydentur było jak na lekarstwo i większość lekarzy musiała specjalizować się bez żadnego finansowego wsparcia ze strony rządu. Kiedy zaczęło ich przybywać, wydawało się, że mają komfortową sytuację. Co poszło nie tak?

Rezydentura jest specyficzną formą zatrudniania lekarzy, jest poligonem, który służy zdobywaniu wiedzy i umiejętności, przygotowaniu się do trudnego egzaminu specjalizacyjnego. Jest to narzędzie państwa do – mówiąc kolokwialnie – wyprodukowania takiej liczby specjalistów, jaka jest potrzebna dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W moim odczuciu rezydentura była pomysłem na centralne sterowanie kształcącymi się lekarzami. System od zawsze jest biedny i szpitale nie miały pieniędzy,



by zatrudniać lekarzy i godzić się, że realizując program specjalizacji, na pewien czas będą poza jednostką pracy. Dlatego zdecydowano, że państwo będzie płacić za tych lekarzy, a szpital na tym skorzysta, bo nie będzie obciążony kosztami i dostanie darmowego pracownika. Jednak lekarzy zaczęło ubywać – część przechodziła na emerytury, znaczna część wyemigrowała za granicę – a studentów medycyny, stażystów i ostatecznie rezydentur od początku ich wprowadzenia było za mało. Wiadomo było, że trzeba kształcić szybciej i więcej specjalistów. Ale tego nie zrobiono i stanęliśmy przed faktem potężnego kryzysu kadrowego.

**GL Rezydenci mówią, że praktycznie nie wychodzą ze szpitala, ponieważ brakuje kadr medycznych, są często posyłani na pierwszą linię frontu.**

Lekarzy jest tak mało, że rezydentami łąta się dziury, liczba godzin spędzonych w pracy jest na granicy bezpieczeństwa. Pierwsza linia frontu wywołuje w nas frustrację i grozi przedwczesnym wypaleniem zawodowym, bo ile razy można mówić pacjentom: „nie da się”, „kolejka”, „nie można”, „proszę czekać”. Kształcenia w tym niewiele – to jest po prostu praca na akord – przerobić odpowiednią liczbę sztuk, aby nie było jeszcze większych nacisków ze strony NFZ i Ministerstwa Zdrowia. To musiało pęknąć. Poza tym totalne niedocenie i płace nieadekwatne do podejmowanej odpowiedzialności. Pensje w ochronie zdrowia są podstawową przyczyną kryzysu. I dopóki rząd tego nie ureguluje, dopóty będą napięcia, a kryzys będzie się tylko pogłębiał.

**GL Ilu lekarzy specjalizuje się na rezydenturach?**

Według oficjalnych statystyk CMKP 16 800 lekarzy, a deficyt kadrowy sięga 75 000 lekarzy. Jeśli kolejni rezydenci włączą się do protestu, może dojść do destabilizacji pracy szpitali. Przy takiej ilości godzin, jakie przepracowują rezydenci, przy takich niedoborach kadrowych, to wręcz pewne. Już dziś wiemy, że do protestu przyłączają się specjaliści i pracownicy innych zawodów medycznych. Jeśli rząd nie podejmie realnych kroków naprawczych, to będzie katastrofa.

**▲ Jarosław Biliński:**  
**– Lekarzy jest tak mało, że rezydentami łąta się dziury, liczba godzin spędzonych w pracy jest na granicy bezpieczeństwa.**

**GL Na jakich zasadach specjalizują się lekarze za granicą?**

Modele są różne. Dominuje model tzw. teaching hospitals, gdzie rezydent w trakcie specjalizacji spędza właściwie życie w szpitalu – np. USA czy Wielka Brytania, lub etatów rezydentckich, gdzie rezydent pracuje normalnie i ma dodatkowo obowiązek szkolenia się i wykonywania procedur – np. Niemcy. Wszędzie jednak przeświadczenie rządów jest takie, że ci lekarze są przyszłością medycyny w danym kraju i muszą mieć warunki, aby wypełniać programy specjalizacji oraz odpowiednie wynagrodzenie. Organizuje się im darmowe szkolenia, płaci delegacje, docenia ich pracę, a przede wszystkim stymuluje finansowo. Proszę pamiętać, że mówimy o pensjach nie jako o pieniądzech służących bogaceniu się. W przypadku lekarzy pragnących się specjalizować pensja to narzędzie do tego, by lekarz mógł zdobywać wiedzę, szlifować umiejętności, a do tego był wypoczęty i sprawny.

**GL Najpierw protestującym chodziło o płace, obecnie głównym postulatem jest wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Czy to nie jest odwracanie kota ogonem?**

Od początku mówimy o nakładach na ochronę zdrowia. To oczywiste, że wyższe nakłady poprawią nasze warunki pracy i płacy, ale też sytuację pacjentów. To jest fundament. Media często upraszczają, że walczymy o podwyżki. Walczymy o dobro pacjenta, o nasze wspólne dobro.

**GL Z ust głodujących lekarzy padały słowa, że ten protest jest krzykiem i wołaniem o pomoc. Na co jeszcze liczą protestujący?**

Na ponadpolityczny, ponadpartyjny konsensus, na przyznanie, że ochrona zdrowia jest priorytetem. Chcemy gwarancji, że ktokolwiek by nie rządził, będzie musiał wywiązać się z tych uzgodnień. Bez tego każdy kolejny rząd będzie wymyślał coś z doskoku. Tu trzeba strategii wieloletnich.

**GL Czy protest może się rozszerzać i do czego może doprowadzić?**

Protest już się rozlewa, już dołączają inne miasta. Jeśli rząd dalej będzie nas lekcewał, traktował tak arogancko, to wszystko niestety pójdzie w stronę strajku generalnego i paraliżu ochrony zdrowia. Już dziś słyszymy od pacjentów: „zróbcie wszystko, by to poprawić”, „my się na to godzimy i wam ufamy”.

**GL Jakie są warunki zakończenia protestu?**

Twarde deklaracje zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6-6,8 proc. PKB w tempie znacznie szybszym niż do roku 2025 oraz realna poprawa warunków pracy i płacy kadr medycznych. Dwa palące problemy i dwie jasne deklaracje rządu.

**GL Dalej jest już tylko ściana, jeśli rząd nie ulegnie i nie zrealizuje postulatów protestujących, bardzo trudno będzie się wycofać. Co zamierza w tej sytuacji Porozumienie Rezydentów?**

Proces jest dynamiczny, ale strategia jest przygotowana. Walczymy o idee, a idei nie oddaje się za bezcen. ○

# W pierwszych dniach

👁️ LIDIA SULIKOWSKA



^ Od lewej:  
Katarzyna  
Pikulska,  
Mikołaj  
Sinica, Piotr  
Zapała  
z żoną, Jan  
Czarnecki,  
Damian  
Patecki.

**MIKOŁAJ SINICA**, LEKARZ STAŻYSTA Z POZNANIA, POROZUMIENIE REZYDENTÓW OZZL

Przyjechałem tutaj, żeby okazać solidarność z lekarzami oraz innymi zawodami medycznymi, i aby zaważczyć o zdrowie pacjentów. Walczymy o słuszną sprawę. Już od dwóch lat prowadzimy rozmowy z Ministerstwem Zdrowia, ale są one bezowocne. Zmiany regulacji prawnych w zakresie ochrony zdrowia, które obecnie są wdrażane, zamiast jednoczyć środowisko lekarzy i powodować dobrą zmianę, są próbą skłócenia nas. To niepoważne. Takie działania doprowadziły nas do podjęcia głodowej formy protestu. Chcemy wzrostu nakładów na cały system ochrony zdrowia, który przez lata był zaniedbywany.

**KATARZYNA PIKULSKA**, LEKARZ REZYDENT Z WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W LUBLINIE, POROZUMIENIE REZYDENTÓW OZZL

Sytuacja jest na tyle zła, że jeżeli czegoś nie zrobimy, to zagrożeni będą pacjenci i lekarze. Nasz protest jest ewidentnym znakiem STOP po tym, jak projekt ustawy obywatelskiej napisany przez Porozumienie Zawodów Medycznych został zamrożony, a weszła inna ustawa oraz nowe regulacje systemowe. Te rozwiązania oceniam negatywnie. Oczekuję realnych zmian i wzrostu nakładów do bezpiecznego według WHO poziomu, czyli około 6,8 proc. PKB. W przeciwnym razie system po prostu się zawali. Dotychczasowe działania resortu zdrowia nie wychodzą nam naprzeciw. Od lat rozmawiamy z ministrem zdrowia, odbyliśmy już ponad 20 spotkań, nic z nich nie wynika. Chcemy rozmawiać. Taki dialog powinny prowadzić co najmniej trzy resorty – Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów i premier Beata Szydło.

**MAGDALENA TOPOREK**, LEKARZ REZYDENT Z SPCSK W WARSZAWIE, OBECNIE NA URLOPIE MACIERZYŃSKIM

Moja podstawa pensji wynosi 2200 zł netto. Mam małe dziecko, szczepionka przeciw meningokokom kosztuje 400 zł, przeciw pneumokokom – 300 zł, do tego dochodzą koszty ubrań i jedzenia. To pieniądze, za które nie da się przeżyć. Trzeba dorabiać w dodatkowych miejscach. Rząd chce nas podzielić, tworząc podwyżkę dla lekarzy dopiero rozpoczynających rezydenturę. Ja nie mam nic przeciwko wzrostowi ich wynagrodzenia, ale my też powinniśmy je otrzymać.

**JAN CZARNECKI**, LEKARZ STAŻYSTA ZE SZPITALA IM. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

W polskiej ochronie zdrowia jest wiele niegodziwości, które tworzą problemy natury etycznej. Trzeba im się sprzeciwić. W codziennej pracy przeszkadza mi niedokadrowanie. Najważniejsze dla mnie, jako stażysty, jest zdobywanie doświadczenia zawodowego, ale dydaktyka jest ograniczona do minimum, ponieważ mój opiekun 2/3 czasu przeznaczanego na pacjenta musi poświęcić na uzupełnianie dokumentacji medycznej. Dużym problemem jest brak pieniędzy, pacjent musi czekać na zabieg, który można by wykonać już teraz. Protestujemy, bo chcemy skrócenia kolejek, ograniczenia biurokracji, podwyższenia wynagrodzeń dla pracowników zawodów medycznych i najważniejsze – zwiększenia finansowania w ochronie zdrowia. Sytuacja jest tak pilna, że wymaga zdecydowanych działań. Protest w formie głodówki jest absolutnie adekwatny. Odwiedził nas m.in. prezes NRL, mamy za sobą ratowników, wspierają nas pielęgniarki, diagnostki laboratoryjni i fizjoterapeuci. Protestując, reprezentujemy cały nasz medyczny świat.

**PIOTR ZAPAŁA**, LEKARZ STAŻYSTA Z WARSZAWY (PROTESTUJE RAZEM Z ŻONĄ, TAKŻE LEKARZEM STAŻYSTĄ)

Nasze postulaty są kontynuacją retoryki środowiska lekarskiego uprawianej od wielu lat. Protestujemy, bo zależy nam na poprawie warunków panujących w służbie zdrowia, na zwiększeniu finansowania, nie tylko z uwagi na nasze potrzeby, ale przede wszystkim ze względu na potrzeby pacjentów i całego systemu. Kolejki są olbrzymie, obłożenie pracą lekarzy, ratowników i pielęgniarek jest zdecydowanie za duże, warunki szkolenia specjalizacyjnego dla młodych lekarzy, którymi mamy nadzieję wraz z żoną się stać, nie są łatwe. Pozostaje jeszcze kwestia pensji. Chcemy pracować w jednym miejscu i dyżurować w ludzkich warunkach, zachowując równowagę pomiędzy życiem prywatnym i zawodowym. Jestem świeżo po ślubie, chciałbym mieć dzieci, nad którymi opieka i ich utrzymanie dla młodego lekarza nie jest łatwe.

# Protest medyków

Ten dzień wiele osób zapamięta na długie lata. W pierwszy poniedziałek października 19 lekarzy rezydentów rozpoczęło głodówkę w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie.

📍 MARIUSZ TOMCZAK



**Z**aczynamy głodówkę, bo nasze pensje są głodowe i łakniemy zmian w ochronie zdrowia – w ten sposób medycy skupieni wokół Porozumienia Rezydentów OZZL uzasadniali niespotykaną dotychczas formułę protestu. Akcja szybko przyciągnęła uwagę mediów.

Pierwszego dnia na nieprzyjmowanie pokarmów zdecydowało się kilkanaście osób, ale wielu młodych lekarzy w geście solidarności tego samego dnia nie pojawiło się w pracy, bo poszli oddać krew w ramach skoordynowanej akcji pod hasłem „Niech poleje się krew”. Na skutek nieobecności rezydentów w niektórych szpitalach doszło do pewnego zamieszania (np. nie odbyły się zaplanowane zabiegi). – Miałem ogromną nadzieję, że do tak mocnego protestu nie dojdzie, że wizja głodówki da ministrowi zdrowia argument do przekonania rządu o konieczności zwiększenia finansowania sektora ochrony zdrowia – powiedział Filip Dąbrowski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL, członek Porozumienia Rezydentów. – Podniesienie wszystkim

rezydentom pensji do dwóch średnich krajowych jest nierealne – stwierdził minister zdrowia Konstanty Radziwiłł na konferencji prasowej w dniu, kiedy rozpoczęła się głodówka młodych medyków. Wzrost wynagrodzeń do dwóch średnich krajowych to nie tylko postulat rezydentów, bo od wielu lat podnosi go samorząd lekarski. Niejednokrotnie wspominał o nim także Konstanty Radziwiłł, zanim został szefem resortu, co protestujący mu przypominali. Po kilkunastu dniach rezydenci zmienili żądania płacowe: chcą dostawać 1,05 średniej krajowej już teraz, a nie jak zaplanował minister zdrowia w 2022 r. (według GUS przeciętne wynagrodzenie w II kwartale br. wyniosło 4220,69 zł brutto).

## ZMIENIAJĄCE SIĘ POSTULATY

Przez pierwszych kilka dni podwyżki stanowiły główny postulat protestujących relacjonowany w mediach, mimo że ich żądania od początku nie ograniczały się wyłącznie do wzrostu płac. Potem w debacie publicznej na pierwszy plan wysunęło się skokowe zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc.

PKB w ciągu trzech lat. Nie zgodził się na to rząd, bo wymagałoby to znalezienia dodatkowych 40-50 mld zł (w tym roku deficyt całego sektora finansów publicznych ma wynieść ok. 50 mld zł). Wydatki publiczne na służbę zdrowia w Polsce mieszczą się w przedziale 4,6-4,8 proc. PKB, podczas gdy średnia państw OECD wynosi 6,7 proc. PKB (pod tym względem Polska znajduje się w ogonie nie tylko UE, ale również państw Europy Środkowo-Wschodniej). Na pytanie, skąd wziąć dodatkowe pieniądze, jeden z liderów protestu, Jarosław Biliński, wskazywał m.in. na możliwość przekazania na potrzeby zdrowotne pieniędzy z akcyzy na alkohol i papierosy, opodatkowanie „śmieciowego jedzenia”, podniesienie składki zdrowotnej o 1 proc. po stronie pracodawców. Inne postulaty protestujących to: skrócenie kolejek, rozwiązanie problemu braku personelu medycznego (jak wynika z ubiegłorocznego raportu Komisji Europejskiej i OECD, w Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada 2,3 lekarza, to najgorszy wynik w całej UE), ograniczenie biurokracji (sami protestujący domagają się wręcz jej likwidacji). Wśród postulatów nie było mowy expressis

▲ Przedstawiciele Prezydium NRL w geście solidarności odwiedzili protestujących lekarzy rezydentów.

# 55

– tyle osób (nie tylko lekarzy) głodowało w 7 miastach w poniedziałek 23 października.



▲ **Lekarze rezydenci prowadzący protest głodowy w Warszawie.**

verbis o lepszym zarządzaniu. Pomimo że wśród ekspertów panuje zgoda co do tego, że polska służba zdrowia jest niedofinansowana, jednocześnie dodają, że zwiększenie środków nie poprawi sytuacji jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, bo pieniądze trzeba wykorzystywać efektywnie. – To zadanie zostawiamy politykom – mówili rezydenci, podkreślając, że ich miejsce znajduje się przy pacjencie i w trwającym od początku października proteście walczą przede wszystkim o to, by skupić się na leczeniu.

**MÓJ PRZYJACIEL SMARTFON**

Już w drugim dniu głodówki, przed północą, protestujących w szpitalu dziecięcym niespodziewanie odwiedził minister zdrowia. Pierwszy głodujący został zdyskwalifikowany przez lekarza w 4. dobie protestu. Kiedy z przyczyn zdrowotnych

odpadał młody lekarz, na nieprzyjowanie pokarmów zdecydowali się kolejni. Ich liczba rosla. – Padł rekord: 37 osób nocuje na czczo w szpitalu – podsumował 12. dzień protestu Krzysztof Hałabuz z PR OZZL. Ten dzień kilka dni wcześniej Prezydium NRL ogłosiło Dniem Solidarności z Protestującymi Lekarzami, apelując, by „w sposób szczególny” okazać „solidarność z protestującymi koleżankami i kolegami”. Spektakularny charakter akcji i upór protestujących sprawił, że protest medyków nie został zamieciony pod dywan. Nie sposób zliczyć materiałów dziennikarskich na ten temat. O nagłośnienie medialne w dużej mierze zadbałi sami rezydenci. W internecie w pierwszym tygodniu akcja młodych medyków dotarła do ok. 3,9 mln osób i, choć dotyczy to głównie dużych i średnich ośrodków miejskich, wynik jest imponujący. Duża zasługa w tym popularności hashtagu #protestmedyków dodawanego w sieci przez protestujących i osoby ich popierające do nawet najkrótszych wzmianek o głodówce. Wydaje się, że gdyby nie smartfony i portale społecznościowe, nie wspominając o powszechnym dostępie do internetu, protest nie

zostałby nagłośniony tak szybko. Trzeba wspomnieć o pomysłowości rezydentów, na każdym możliwym kroku zaznaczających swoją obecność w przestrzeni publicznej. Przykład: na Stadionie Narodowym, podczas meczu reprezentacji narodowej z Czarnogorą, który naszym piłkarzom zagwarantował awans na przyszłoroczny mundial, młodzi lekarze pojawili się w koszulkach z napisem „Popieram protest głodowy lekarzy” i z transparentami PR OZZL. Również na gali wręczenia tytułu Specjalista Roku 2016 przyznanego za bardzo dobre wyniki z egzaminu specjalizacyjnego jeden z młodych lekarzy pojawił się w koszulce z takim napisem. Kiedy miał iść odebrać gratulacje, zdjął marynarkę i dumnie pozował do zdjęcia obok K. Radziwiła i jego zastępcy, Zbigniewa Króla. Ich twarze były nietęgę. Fotografiami pochwalili się na Facebooku, wzbudzając powszechną wesołość i prowokując liczne komentarze, oczywiście nie tylko z powodu uzyskanych wyników. „Szacunek! Jako nagrodę za odwagę możesz potraktować minę pana ministra w tle” – brzmiał jeden z nich. Ważną cezurą był 15. dzień protestu. Nie tylko



Więcej na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

**KALENDARYUM**

**DZIEŃ 1.** 19 lekarzy rezydentów rozpoczęło protest głodowy w szpitalu pediatrycznym WUM w Warszawie. **DZIEŃ 3.** Pierwsze „formalne” spotkanie delegacji PR OZZL z szefem resortu zdrowia na neutralnym gruncie (w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog”). **DZIEŃ 4.** Prezes NRL napisał list do rezydentów. Pierwszy głodujący zdyskwalifikowany przez lekarza. **DZIEŃ 5.** Protestujących odwiedził prezes NRL ubrany w biały fartuch. **DZIEŃ 6.** Pikieta ok. 350 osób pod gmachem resortu zdrowia. **DZIEŃ 9.** Późnym wieczorem protestujący zadeklarowali zawieszenie głodówki od następnego dnia rano (przerwanie tej formy protestu było warunkiem postawionym rezydentom przez szefową rządu). **DZIEŃ 10.** Po spotkaniu premier z młodymi lekarzami głodówka została wznowiona. **DZIEŃ 11.** Wieczorem, na czas kolejnych rozmów ze stroną rządową, protestujący ponownie przzerwali protest głodowy. Szefowa rządu nie spotkała się z rezydentami, dlatego w środku nocy rezydenci powrócili do nieprzyjmowania pokarmów.

**DZIEŃ 12.** Dzień Solidarności z Protestującymi Lekarzami (ogłoszony kilka dni wcześniej przez Prezydium NRL). **DZIEŃ 13.** Pikiety w ok. 20 różnych miastach. W Warszawie pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów manifestowało blisko 1000 osób. **DZIEŃ 15.** Porozumienie Zawodów Medycznych (zrzesza kilkanaście związków zawodowych) poinformowało, że przekształca protest rezydentów w protest PZM, zapowiadając jego rozszerzenie poza stolicę. **DZIEŃ 19.** Po Warszawie, Szczecinie, Łodzi i Lesznie, protest głodowy objął 5. miasto: Kraków. **DZIEŃ 20.** Głodówka rozpoczęła się w 2 kolejnych miastach: w Gdańsku i we Wrocławiu. **DZIEŃ 21.** Rezydenci powołali zespół do spraw obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zakłada wzrost finansowania służby zdrowia do poziomu 6,8 proc. PKB w trzy lata. **DZIEŃ 24.** Zgodnie z decyzją zjazdu Regionu Małopolskiego OZZL ma to być „dzień bez lekarza” w całym województwie.

dlatego, że rano gruchnęła wiadomość o rezygnacji Konstantego Radziwiła z członkostwa w NRL. Po południu decyzję o aktywnym wsparciu protestu lekarzy rezydentów podjęło 12 dużych związków zawodowych. – Porozumienie Zawodów Medycznych, największa i najszerza organizacja skupiająca pracowników ochrony zdrowia, przejmuje protest głodowy Porozumienia Rezydentów i przekształca go w protest głodowy Porozumienia Zawodów Medycznych – oświadczył Tomasz Dybek, szef PZM.

## TRUDNE ROZMOWY

Do czasu rozpoczęcia głodówki odbyło się kilkanaście spotkań przedstawicieli resortu zdrowia z działaczami PR OZZL. Po wybuchu protestu strona rządowa i rezydenci rozmawiali wielokrotnie, choć młodzi medycy dość szybko stracili ochotę na spotkanie się tylko z szefem resortu. – Jesteśmy upokarzani, rozmowy odbywają się nocami – powiedział Krzysztof Hałabuz. Chcieli rozmawiać z politykami decydującymi o kształcie budżetu państwa. W posiedzeniu Rady Dialogu Społecznego, poprzedzającym ich rozmowy z premier Beatą Szydło, nie chcieli uczestniczyć. Odmówili udziału w pracach zespołu do spraw finansowania służby zdrowia powołanego przez ministra Radziwiła. Takiej formule rozmów sprzeciwili się również m.in. NSZZ „Solidarność”, OPZZ i BCC, uznając, że najważniejsze miejsce do rozwiązania problemów protestujących stanowi Rada Dialogu Społecznego. W pracach zespołu nie ma przedstawiciela NRL, pomimo że samorząd lekarski otrzymał zaproszenie, jednak NRL zapewniła o gotowości wparcia rozmów zaplecem eksperckim. Niemniej niektóre środowiska (w tym organizacje pacjenckie) z zaproszenia skorzystały. Poza analizą możliwości zwiększenia wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia przedmiot prac zespołu z wiceminister zdrowia Józefą Szczurek-Zelazko na czele stanowi m.in. wskazanie obszarów, do których w sposób szczególnie powinny być kierowane dodatkowe środki finansowe zasilające system w ramach zwiększania nakładów do docelowego poziomu 6 proc. PKB. Pierwsze spotkanie odbyło się 20 października, kolejne zaplanowano na

3 listopada, a do 15 grudnia mają zostać wypracowane rozwiązania poprawiające sytuację kadr medycznych w Polsce. Czy następne spotkanie zostanie również zbojkotowane przez rezydentów, zobaczymy. Dotychczas głodówka została przerwana dwukrotnie. Pierwszy raz w 10. dniu protestu, bo od jej zawieszenia spotkanie z rezydentami uzależniła szefowa rządu. Nie przyniosło ono rozstrzygnięcia. Drugi raz głodówkę przerwano na kilka godzin w 11. dniu protestu. Jednak wówczas premier Szydło nie spotkała się z rezydentami, choć mieli otrzymać takie zapewnienie. To przelało czarę goryczy. – Do dziś wierzyliśmy, ufaliśmy. Od teraz nie wierzymy i nie ufamy. Zostaliśmy upokorzeni – mówił Łukasz Jankowski z PR OZZL. W środku nocy medycy powrócili do głodówki, zapowiadając, że już jej nie przerwą. – Byłem członkiem protestu od pierwszego dnia, wtedy jeszcze nie było kamer i tłumów odwiedzających. Każdego wieczora, po skończeniu dodatkowej pracy, przywoziłem głodującym wodę, szampon itd. Kiedy pani premier zaprosiła nas na nocne rozmowy, na które sama nie przyszła, coś we mnie pękło. Wziąłem urlop i o świcie zjawiłem się na materacach – powiedział Filip Dąbrowski, podkreślając, że z przyczyn zdrowotnych w ogóle nie powinien głodować (choruje na niedoczynność tarczycy i nietolerancję węglowodanów). Nie przyjmował pokarmów przez 4 doby. – Od 3. dnia miałem nawracające hipoglikemie, zawroty głowy, zaburzenia słuchu. Ostatniej nocy, z głodu, w ogóle nie spałem – dodał. Lekarze skupieni wokół PR OZZL w rozwiązanie problemu chcieli zaangażować kolejne osoby. Apelowali o spotkanie z wicepremierem Mateuszem Morawieckim i prezesem PiS Jarosławem Kaczyńskim. Do prezydenta Andrzeja Dudy najpierw zwrócili się z apelem o mediację w sporze z rządem, potem poprosili o zwołanie rozmów okrągłego stołu. Od pierwszej damy Agaty Kornhauser-Dudy oczekiwali wizyty w szpitalu, gdzie głodują. Jak dotąd nikt z tej czwórki nie spotkał się z nimi. Po kilkunastu dniach protest wykroczył poza stolicę: głodujący przedstawiciele zawodów medycznych (pokarmów nie przyjmują już nie tylko lekarze)



są w kilku miastach (Szczecin, Łódź, Leszno, Kraków, Gdańsk, Wrocław), a manifestacje poparcia odbyły się w kilkudziesięciu innych miejscowościach. Internet zalany jest zdjęciami lekarzy i nielekarzy wyrażających poparcie dla protestu głodowego. Wśród tych ostatnich nie brakuje celebrytów. Protest medyków budzi wiele emocji, a im dłużej trwa, tym – jak się wydaje – wcale one nie słabną. Protestujący zapewniają o swojej apartyjności, ale polityka sama przyszła do nich wielkimi krokami. – Ubolewam, że do protestu podłączają i podłączyli się politycy. Nie chcieliśmy i nie chcemy tego – skomentował Jarosław Billiński. Tymczasem w ostatnich dniach, w czasie posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia, minister Radziwił powiedział, że rezydentura w obecnej formie przeżyła się. Czy to zapowiedź zmian spowodowana protestem rezydentów? ○

▲ **Zorganizowano pikietę przed Ministerstwem Zdrowia, a także Kancelarią Premiera Rady Ministrów. Wiele osób przychodziło również do szpitala, w którym prowadzony był protest głodowy.**

# Listonosz

**GL**  
ROZMOWA

Z prof. **Jackiem Dubielem**, kardiologiem, nauczycielem akademickim, wieloletnim szefem II Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UJ, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

**GL Nieodłączną częścią pracy lekarza jest spotkanie ze śmiercią. Co dla lekarza znaczy śmierć pacjenta?** Śmierć jest nieubłaganą konsekwencją życia. Nikt nie przechodzi obok niej obojętnie. Każda śmierć pacjenta pozostawia w psychice lekarza ślad. Zawsze poddawana jest analizie. Są śmierci, które szczególnie się pamięta.

Po 52 latach pracy mogę powiedzieć, że każdy zgon chorego był dla mnie dużym przeżyciem. W nasz zawód wpisana jest wrażliwość na drugiego człowieka. I nie znajduję czegoś, co mogłoby stanowić dla lekarza parawan ochrony. Śmierć jest konsekwencją pewnych zdarzeń chorobowych, przewidzianych lub nieprzewidzianych. Nie przejdziemy przez ten zawód bez żadnych niepowodzeń leczniczych. Nie ma lekarza na świecie, który miałby same sukcesy. Śmierć zawsze pozostawia obszar do przemyśleń. Jako lekarze, musimy pamiętać, że wybraliśmy zawód, który jest szczególnym wyzwaniem.

**GL Jest rok 2006. W pana klinice umiera Jerzy Ziobro. Jak śmierć tego pacjenta wpłynęła na pana pracę i życie?**

Nigdy wcześniej nie spotkałem się z sytuacją, w której ktoś w obliczu śmierci zarzuca mi niewłaściwe postępowanie albo brak rzetelności. Do chorego zawsze podchodziłem namaszczony słowami znakomitego lekarza i chirurga, księdza Krzysztofa Szczygła, który przed laty powiedział mi: „Pamiętaj, przystępując do leczenia chorego, musisz przejść tzw. próbę rodzinną – lecz go tak, jak leczyłbyś swoją najbliższą rodzinę”. Według tej zasady postępowalem i o to samo prosiłem też swoich uczniów.

Ta śmierć zmieniła w mojej pracy i życiu bardzo wiele. W atmosferze stresu i polowania z nagonką nie da się normalnie pracować. Wiedziałem, że nie mogę zmieniać kierunku działania kliniki i moich asystentów. Czasami patrzyli na mnie z wielką troską, widząc, że pomimo bardzo agresywnych działań nie dają po sobie poznać, że nie mam komfortu pracy. Nie dawałem tego odczuć ani tym, którzy się kształcą, ani pacjentom. Gdy z określonym zadaniem na tej samej scenie pracują prokuratorzy, bardzo ciężko wykonywać nasz zawód. Lekarz ma ograniczone możliwości reagowania na tego typu działania. To bardzo deprymuje. Szczególnie młodych lekarzy, którzy wykonują

wielki wysiłek, żeby się kształcić. Mają świadomość, że ich pracy towarzyszy głęboka podejrzliwość, której celem jest wykazanie czegoś nieprawidłowego.

Jeśli każda śmierć w klinice jest analizowana w aspekcie postępowania prokuratorskiego, nie jest łatwo wypełniać codzienne obowiązki i podejmować decyzje, czasem trudne decyzje. Czuje się ciągle zagrożenie i obawę, że za chwilę praca lekarza z całą dokumentacją będzie analizowana.

**GL Dlaczego rodzina zgłosiła sprawę do prokuratury? Nie rozmawiali państwo ze sobą jak lekarz z lekarzem?**

Nie, po śmierci pacjenta nie. Rozmawialiśmy wcześniej, w czwartym dniu pobytu doktora Ziobro w klinice. To była życzliwa rozmowa. Powiedziałem wówczas, że stan zdrowia chorego jest zadowalający, co było zgodne z prawdą. Że na daną chwilę zrobiliśmy wszystko, co można było zrobić. Uprzedziłem również, że nie będzie mnie przez trzy dni, bo wyjeżdżam na konferencję do Warszawy, ale pacjent pozostaje pod opieką mojego znakomitego zastępcy. Pani doktor nie zgłaszała wówczas żadnych pretensji. Potem spotkaliśmy się dopiero na rozprawie.

**GL Gdyby dzisiaj pacjent z podobnymi objawami został przywieziony do kliniki, to postąpilibyście w ten sam sposób co w czerwcu 2006 r.?**

Tak, postępowanie byłoby takie samo. Mieliśmy związane ręce, jeśli chodzi o decyzję, czy podjąć interwencję przeskórną, czy kardiochirurgiczną. Chory nie był diagnozowany przez zespół tej kliniki. Lekarzem, który dał wskazania do pilnej koronarografii, nie był lekarz mojego zespołu.

**GL Państwo nie weryfikują takich wskazań?**

Pacjenta kierował do nas samodzielny pracownik naukowy i przyjaciel rodziny. Badał chorego dzień wcześniej. Ponieważ wyjeżdżał, dał wskazania do pilnej koronarografii za cztery dni, kiedy wróci z wyjazdu.

**GL Dlaczego podjęliście interwencję wcześniej?**

Coś się zdarzyło, dostaliśmy alarmujące telefony odnośnie dolegliwości doktora Jerzego. Lekarz opiekujący się nim





## LEKARZ Z PROKURATOREM NA KARKU CZUJE SIĘ GORZEJ, NIŻ JAKBY MU ODEBRANO INICJATYWĘ SAMODZIELNEJ PRACY. TO PARALIŻUJE.

robił już lekarz, który prowadził chorego i skierował do szpitala. Wystąpiła mała dysekcja na diagonalnej z niewielką wybroczyną do osierdzia, dlatego pacjent odczuwał dolegliwości bólowe, w związku z czym następnego dnia zrobiono kontrolną koronarografię. Wszystkie tętnice były drożne, z przepływem. Stenty były założone prawidłowo. W kategoriach angiograficznych chory miał pełną rewaskularyzację. Niestety, doszło do zakrzepu w jednym z nich. Wystąpił zespół no-reflow, który zdarza się w 30 proc. przypadków. Jeżeli się go nie rozpozna i nie leczy, to można mówić o niewłaściwym postępowaniu. Jeśli podejmie się interwencję, mówimy o leczeniu powikłań – to normalna procedura na całym świecie. To zdarzenie niepożądane, które może wystąpić.

### **GL 30 proc. pacjentów ma oporność na leczenie przeciwplatek.**

Na szczęście nie w takim odsetku występują powikłania. Dotyczą one tylko 10 proc. z tych trzydziestu. Dlatego obecnie stosuje się prasugrel, który nie daje oporności na leczenie przeciwplatekowe.

Pani redaktor pytała, jak to wpływa na człowieka... Nie może wpływać dobrze, kiedy jest się cały czas pod prężeniem niesłusznych oskarżeń. Lekarz z prokuratorem na karku czuje się gorzej, niż jakby mu odebrano inicjatywę samodzielnej pracy. To paraliżuje.

### **GL Pan wziął na siebie odpowiedzialność za cały zespół. Dlaczego?**

Zespół przez tyle lat miał do mnie pełne zaufanie. Czuję się za nich odpowiedzialny i chciałem, by obecność prokuratora nie paraliżowała ich pracy.

Czuję pewnego rodzaju rozgoryczenie, że środowisko, chociaż ma już doświadczenia z pierwszej kadencji Ministra Sprawiedliwości, w takich sytuacjach nie zajmuje jednoznacznych stanowisk. Jak wiemy, doktor G. jest już obecnie wrakiem człowieka.

### **GL Jakby pan profesor widział to zajęcie wspólnego stanowiska?**

Chciałbym, żeby na paskach w telewizji nie pojawiały się informacje o rzekomych błędach lekarskich, żeby nie szermować tym, że służba zdrowia jest przekupna i niedouczona.

### **GL Niestety, sensacja sprzedaje się najlepiej...**

Nie znam kraju, który poświęcałby tę najbardziej delikatną materię, jaką jest służba zdrowia i lekarz, na pastwę rozgrywek osobistych.

kontaktował się z pierwszym dyżurnym zespołu zabiegowego, czyli zespołu doktora Dariusza Dudka. Pacjent został przyjęty, ale nie do kliniki, do której miał wyznaczony termin. I to zrobiłbym inaczej – poleciłbym przyjąć go do tej kliniki, gdzie był diagnozowany. Jednak w tym dniu dyżur ostrych zespołów wieńcowych miała II Klinika Kardiologii, którą prowadziłem, więc został przyjęty właśnie do niej.

Dwa dni wcześniej choremu ustawiono bardzo agresywne leczenie przeciwplatekowe, podwójne – kłopidogrel 300 mg dziennie z aspiryną, i to w dawce takiej, jaką podaje się jako przygotowanie do bezpośredniej interwencji przezskórnej. Nie dziwię się więc, że pierwszy dyżurny operator podjął decyzję wykonania angioplastyki wieńcowej, ponieważ alternatywna operacja była wykluczona, gdyż wiązała się ze zbyt dużym ryzykiem w przypadku chorego na pełnym leczeniu przeciwplatekowym, gdzie każde wkłucie to z potężne ryzyko krwawienia. Każdy, kto wykonuje taką czynność manualną, dokładnie wie, o czym mówię. Teraz robi się takie zabiegi, bo mamy zabezpieczenie w postaci koncentratu platekowego. W 2006 r. operacja była zbyt ryzykowna.

### **GL To fakt, biorę pacjenta na blok, kiedy wiem, że mam płytki...**

Ale ryzykuje pan tylko wtedy, gdy nie ma alternatywnego postępowania, gdy wiadomo, że do rana pacjent umrze. W czasie koronarografii okazało się, że mamy dwie zamykające się tętnice z zespołem NSTEMI. Założyliśmy stenty i ustabilizowaliśmy pacjenta. Drugi zabieg stentowania

### **^ Prof. Jacek Dubiel:**

**– Nie przejdziemy przez ten zawód bez żadnych niepowodzeń leczniczych.**

**Nie ma lekarza na świecie, który miałby same sukcesy.**

**GL Czy w swojej klinice złamał pan prawo i dopuścił doktora Dariusza Dudka do stołu operacyjnego, choć ten nie miał do tego kwalifikacji – w 2006 roku był internistą, a nie kardiologiem?**

W Polsce na 10 szkółących się na kardiologii lekarzy trzech zostaje zabiegowcami. Tyle wspólnego z umiejętnością wykonywania angioplastyki wieńcowej ma specjalizacja z kardiologii. Oczywiście w 2006 r. nie było w Polsce żadnych regulacji, kto może wykonywać zabiegi angioplastyki, a kto nie może. Pierwszą koronarografię zrobił torakochirurg Wiktor Iljin.

Dopiero trzy lata temu, w 2014 r., powstały wytyczne certyfikatu kardiologa interwencyjnego, które określają, ile zabiegów musi wykonać samodzielnie operator, żeby mieć certyfikat oraz że powinien mieć specjalizację z kardiologii albo z dziedzin zabiegowych pokrewnych, czyli albo drugi stopień specjalizacji z interny, albo z radiologii. W 2006 r. korzystaliśmy z wytycznych amerykańskich i europejskich, według których certyfikat otrzymywało się, mając 500 samodzielnie wykonanych zabiegów. W tym okresie docent Dudek miał za sobą niemal dwa tysiące zabiegów wykonanych w Polsce i za granicą. Już w 2003 r. do Krakowa przyjechał prof. Jean Marco z prośbą, żebyśmy transmitowali do Paryża zabieg interwencyjnego leczenia zawalu. Zostaliśmy tym samym zaproszeni na warsztaty kardiologii interwencyjnej PCR Paris.

**GL „[...] stenty amerykańskiej firmy Boston, które dr Dudek zastosował u mojego męża, były dopiero w pierwszej fazie badań klinicznych w wielonaczyniowej chorobie wieńcowej” – czy to był eksperyment medyczny?**

To był stent dopuszczony do użycia, miała certyfikat. To już zostało wyjaśnione. Ta procedura nie miała żadnych cech eksperymentu medycznego.

Ponadto zarzuty dotyczą też programu pod nazwą „SYNTAX”, od ośmiu lat prowadzonego w Europie. Obejmuje on wyłącznie pacjentów ze stabilną dławicą piersiową. Polska została do niego zaproszona w 2005 r. W Krakowie objęto nim 15 pacjentów. Prowadzono protokoły, było badanie randomizowane, wszystko odbywało się zgodnie ze standardami. Doktor Jerzy Ziobro nigdy się w nim nie znalazł, ponieważ był pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym. Obecnie toczy się postępowanie prokuratorskie sprawdzające realizację tego programu.

**GL Myśli pan, że można było tego procesu uniknąć?**

Strona skarżąca weszła na drogę procesową tak daleko, że już z niej nie zejdzie.

**GL Sąd pierwszej instancji uniewinnił wszystkich czworo pozwanych lekarzy.**

To nie ma najmniejszego znaczenia. Prokuratura dwukrotnie umorzyła postępowanie. Wówczas strona skarżąca wystąpiła z oskarżenia subsydialnego. W ciągu ostatnich dwóch lat zmiany w systemie sądownictwa sprawiły, że postępowanie z powództwa prywatnego zmieniono na postępowanie prokuratorskie. Przecież powstały specjalne komisje do

spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Kiedyś Jacek Żochowski, chyba najlepszy z dotychczasowych ministrów zdrowia, powiedział bardzo ważne zdanie: „Medycyna, kardiologia, to bardzo delikatna materia, której nie można oddać w ręce tylko polityków”.

**GL Operacja się udała, pacjent zmarł. Trudno to zrozumieć.**

Czy w rozmowie z pacjentem mam mu przedstawić wszystkie możliwe powikłania? Mówię przede wszystkim o celu i przebiegu zabiegu. Oczywiście powikłania mogą wystąpić. Informację o nich pacjent otrzymuje w karcie, którą podpisuje, wyrażając zgodę na zabieg. Najczęściej jednak nie chce tego czytać, nie chce informacji, co złego może się stać. Woli nie wiedzieć.

**GL Czy rozumie pan determinację, żal, pretensje pani Krystyny Kornickiej-Ziobro? Może to ona jest tym lekarzem, który ma rację?**

Nie, nie rozumiem. Zrobiliśmy wszystko, co można było zrobić.

**GL Jak pan myśli, kiedy skończy się ta sprawa i jakie będzie zakończenie?**

Nie wiem kiedy, ale myślę, że zakończenie może być tylko jedno – takie, które zadowoli Ministra Sprawiedliwości.

**GL Jedyne możliwe według pana?**

Tak. Po tych 11 latach przestałem już wierzyć, że prawda zawsze zwycięża.

**GL A czuje się pan winny?**

Nie. I muszę powiedzieć, że nigdy wcześniej nie spotkałem się z taką dozą nienawiści. Kiedy ktoś pyta, jak się czujesz, odpowiadam: od 11 lat codziennie, choćby na chwilę, wracam do tej sytuacji z obawą, co jeszcze może się zdarzyć. Przychodzę na klinikę i dowiaduję się, że kolejny asystent jest wezwany do prokuratora. Pytają o wszystko. Z kolei w dyrekcji szpitala mówią, że dokumentacja obejmująca 15-letnią historię chorób jest sprawdzana przez grupę prokuratorską. Jak mam się czuć?

Przeszedłem na emeryturę, ale lekarzem nie przestałem być. Chciałbym przestrzec młodych adeptów tego zawodu, że biorą na siebie wielką odpowiedzialność. W tym zawodzie nikt im nic nie obieca, samych sukcesów i radości nie będzie. Mogę zapewnić ich tylko o jednym, że jeśli będą dobrze wykonywać swoją pracę, to będą mieć najwyższą nagrodę – poczucie, że pomagają drugiemu człowiekowi. „Bo cóż jest nasze życie warte, jeśli drugiej osobie nie przynosimy nadziei” – jak powiedział bohater opowiadania „Listonosz” Marka Hłaski.

Już doszedłem do pewnej granicy wytrzymałości. Czekam jeszcze apelacji, która wiem, jak się skończy.

**GL Skąd pan to wie?**

Bo został wyznaczony cel.

**GL Co pan czuje?**

Głęboki żal. Mam poczucie wielkiej krzywdy. ○



**Romuald Krajewski**  
Prezydent Europejskiej  
Unii Lekarzy Specjalistów

# Wakacje

W poprzednich informacjach o pracy UEMS pisałem, że w połowie października spotykamy się z przedstawicielami europejskich towarzystw, aby rozmawiać o rozszerzeniu współpracy europejskich lekarzy w celu ustalania zasad rozwoju zawodowego i potwierdzania kwalifikacji przez lekarzy. Spotkanie odbyło się parę dni temu z udziałem ponad 100 Koleżanek i Kolegów reprezentujących 22 europejskie towarzystwa naukowe i sekcje specjalistyczne UEMS.

**W**spółpraca UEMS z europejskimi towarzystwami naukowymi istnieje od wielu lat. W licznych specjalizacjach jest ona już bardzo dobra, czego przykładem są wspólne dokumenty dotyczące zasad kształcenia specjalizacyjnego, wspólnie organizowane egzaminy europejskie, udział w akredytacji doskonalenia zawodowego.

Po okresie dyskusji i problemów udało się nam nawiązać doskonałą współpracę z European Society of Cardiology i European Society of Radiology, ogromnymi, bardzo aktywnymi, doskonale zorganizowanymi i profesjonalnie zarządzanymi towarzystwami, prowadzącymi bardzo szeroką działalność szkoleniową w Europie i na całym świecie.

Rolą UEMS jest organizowanie konsultacji i interdyscyplinarnej współpracy. Obecnie już trudno sobie wyobrazić tworzenie na przykład programu specjalizacji bez konsultacji z „przyległymi” specjalnościami i bez korzystania z doświadczeń innych specjalności. Nie można sobie wyobrazić oceny i akredytacji doskonalenia zawodowego czy egzaminu przez towarzystwa organizujące te aktywności, ponieważ nikt nie powinien oceniać i akredytować sam siebie.

Na spotkaniu przedstawiono najlepsze przykłady współpracy i dla mnie szczególnie ważny był polski akcent. Profesor Antoniewicz, przewodniczący komisji egzaminów w European Board of Urology mówił

o organizacji i sposobie przeprowadzania egzaminu europejskiego, który w wielu krajach jest równoważny z egzaminem krajowym. Wykorzystanie nowoczesnych technologii, sposoby oceny, zasady pracy komisji są świetnym przykładem, czego może dokonać grupa entuzjastów, jeżeli konsekwentnie i konstruktywnie ze sobą współpracują.

Przed wszystkim wskazywaliśmy jednak, że dotychczasowa współpraca i spektakularne osiągnięcia to tylko podstawa do dalszych działań. Zaproponowaliśmy utworzenie europejskiej rady do spraw rozwoju zawodowego i zaprosimy do niej towarzystwa naukowe oraz inne organizacje europejskich lekarzy. Opierając się na zasadach wyrażonych w deklaracji europejskich organizacji lekarskich z 2015 r. przyjętej w Luksemburgu, która mówi, że udział w dobrej jakości doskonaleniu zawodowym jest wystarczającym sposobem potwierdzenia podtrzymywania kwalifikacji zawodowych, opracujemy też propozycję wstępnie nazwaną „European Fellowship”, jako naszą lekarską alternatywę dla administracyjno-biurokratycznych rewalidacji, recertyfikacji, reegzaminowania i podobnych rozwiązań. Lekarze mogą to zrobić lepiej.

To oznacza dużo pracy i łatwo nie będzie, ale niezwykle pozytywny nastrój uczestników spotkania oraz zasoby ludzkie i organizacyjne, którymi dysponują towarzystwa naukowe oraz UEMS, dają duże szanse na powodzenie. ○

# W stronę POZ i e-rozwiązań



Lidia Sulikowska

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

Czy Austriacy czekają w kolejkach na wizytę u specjalisty? Kto może skorzystać z porady lekarskiej udzielanej telefonicznie? W których obszarach system opieki zdrowotnej w Polsce jest lepszy od austriackiego?

**W Austrii mieszka około 8,7 mln ludzi. Publiczna ochrona zdrowia jest finansowana przede wszystkim ze składek na ubezpieczenia społeczne i podatków.**

Można dodatkowo wykupić prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Część świadczeń medycznych wymaga współpłacenia, opłaty są pobierane m.in. za pobyt w szpitalu czy zakup leków na receptę i środków pomocniczych. Część świadczeń stomatologicznych jest bezpłatna, szczególnie w zakresie profilaktyki, za inne obowiązuje częściowa odpłatność, niektóre nie są refundowane wcale. Średnia nakładów na zdrowie per capita, czyli w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wynosi 3789 euro, dla porównania – w Polsce mamy wynik na poziomie 1259 euro (za: OECD).

System opieki zdrowotnej pacjenci oceniają dobrze. Kraj ten zajmuje przyzwoite 10. miejsce na liście Europejskiego Konsumenckiego Indeksu

Zdrowia (EHCI) 2016 i choć w dalszym ciągu nie potrafi odrobić spadku z 2012 r. (miał 6. pozycję), to jednak zdecydowanie mamy mu czego zazdrościć (Polska w ostatniej edycji EHCI zajęła 31. miejsce). Szczególnie dobre noty Austria zdobyła w obszarze praw pacjenta i informacji przeznaczanych dla pacjenta oraz dostępności do leczenia. Czy Austriacy czekają w kolejkach do specjalistów? – Oczywiście, są one jednak krótsze niż w wielu innych krajach – twierdzi dr Katarzyna Greco, wiceprezes Wiedeńskiej Kasy Chorych, która przedstawiła różne aspekty austriackiego systemu opieki zdrowotnej podczas spotkania prasowego, które we wrześniu odbyło się Ambasadzie RP w Wiedniu. Jak długo Austriacy muszą czekać na wizytę np. u dermatologa? – Nie powiem dokładnie, ale nie jest to kilka miesięcy, myślę że maksymalnie dwa tygodnie – odpowiedziała, zaznaczając, że lepszy dostęp jest w dużych miastach niż w małych miasteczkach czy na wsiach. Dostęp zależy od rodzaju specjalisty i konkretnego gabinetu.

Zdarza się, że w ogóle nie trzeba czekać na wizytę.

## WYDAWAĆ EFEKTYWNIIE

Austria ma jednak swoje problemy, o których nie boi się mówić, i z którymi próbuje się zmierzyć. – Wydajemy w sumie około 10,4 proc. PKB na zdrowie, ale więcej nie znaczy lepiej – uważa dr Timo Fischer z Głównego Związku Austriackich Zakładów Ubezpieczeń Społecznych, również obecny na spotkaniu. Okazuje się, że pomimo sporych nakładów na ochronę zdrowia, odsetek zdrowych osób w wieku 65 lat nie jest zadowalający. – Nie osiągamy w tym zakresie średniej OECD, jesteśmy tylko nieco lepsi od Polski. To znaczy, że musimy skuteczniej wykorzystać dostępne środki, potrzebujemy zmian – tłumaczy Katarzyna Greco.

Zdaniem Timo Fischera, w prawidłowym funkcjonowaniu służby zdrowia przeszkadza fragmentaryzacja jego finansowania. Ubezpieczenie socjalne zapewnia środki na działalność medyczną poza szpitalami i rehabilitacją,

**POWINNO BYĆ MNIJ LEKARZY W PLACÓWKACH SZPITALNYCH, A WIĘCEJ W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ. POLSKA JEST LEPIJ ROZWIĘTA W TYM ZAKRESIE – UWAŻA TIMO FISCHER, DODAJĄC, ŻE NIEPOTRZEBNIE SPECJALIŚCI ZATRUDNIENI W SZPITALACH ZAJMUJĄ SIĘ TAKIMI CHOROBYMI JAK POCHP CZY ASTMA, GDYŻ MOGLIBY TO ROBIĆ LEKARZE PIERWSZEGO KONTAKTU.**

z kolei za finansowanie szpitali, w tym SOR-ów i przyszpitalnych ambulatoriów, odpowiadają kraje związkowe (ryczałt). Profilaktyka jest finansowana z jednego i drugiego źródła. – Od 2014 r. reformujemy system, aby lepiej funkcjonował. Obecnie trwa dyskusja nad formą organizacyjną systemu ubezpieczeń społecznych – mówi Timo Fischer.

Eksperti zwracają uwagę, że jednym z największych problemów jest zbyt rozbudowana sieć usług szpitalnych przy niezbyt popularnej wśród społeczeństwa podstawowej opiece zdrowotnej. Rzeczywiście, kraj ten znajduje się w ścisłej czołówce wśród wszystkich krajów OECD pod względem liczby łóżek szpitalnych (7,6/1000 mieszkańców) i hospitalizacji (263/1000 mieszkańców). Taki model funkcjonowania ochrony zdrowia jest uważany za przestarzały.

– Powinno być mniej lekarzy w placówkach szpitalnych, a więcej w podstawowej opiece zdrowotnej. Polska jest lepiej rozwinięta w tym zakresie – uważa Timo Fischer, dodając, że niepotrzebnie specjaliści zatrudnieni w szpitalach zajmują się takimi chorobami jak POChP czy astma, gdyż mogliby to robić lekarze pierwszego kontaktu. Jednak lekarzy rodzinnych brakuje. – W Austrii przypada 5,1 lekarza na tysiąc mieszkańców. To dobry wynik, ale jest wśród nich zbyt niska liczba specjalistów medycyny ogólnej – wyjaśnia dr Greco.

## **NIERÓWNOŚCI**

Dr Timo Fischer podkreśla także, że brakuje równości i sprawiedliwości w dostępie do świadczeń medycznych. Poszczególne kasy chorych mają różniące się od siebie katalogi usług przysługujących pacjentom. Na przykład kasa chorych Górnej Austrii oferuje 100 proc. zwrotu za zakup elektronicznego wózka inwalidzkiego, z kolei w Burgenlandzie nie ma w ogóle refundacji tego sprzętu. Rozbieżności istnieją też m.in. w zakresie leczenia stomatologicznego. Wskazał również na problem transparentności. – W tym roku zajęliśmy się analizą przepisywanych antybiotyków dzieciom i młodzieży.

## **SYSTEM OCHRONY ZDROWIA JEST INFORMATYZOWANY, JEDNAK W KWESTII SZEROKO POJĘTEGO E-ZDROWIA POZOSTAŁO JESZCZE SPORO DO ZROBIENIA.**

Zebrane dane pokazały, że w jednych regionach było dużo takich preskrypcji, w innych mniej, dlaczego? – pyta dr Fischer. Mówił też, że proces zakupu przez kasy chorych usług medycznych nie jest ukierunkowany na wynik leczenia. Jego zdaniem system płacenia powinien być uzależniony od jakości. Zrobiono jednak pewien krok w tym kierunku, uruchamiając portal ([www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at)), gdzie można znaleźć

informacje o liczbie świadczeń danego rodzaju przeprowadzonych w konkretnej placówce wraz z opinią pacjenta, czy był zadowolony z opieki. Informacje o błędach lekarskich nie są tam publikowane.

### **E-MEDYCYNĄ**

System ochrony zdrowia jest informatyzowany, jednak w kwestii szeroko pojętego e-zdrowia pozostało jeszcze

REKLAMA



sporo do zrobienia. Od końca 2004 r. każdy ubezpieczony posługuje się tzw. e-card (karta ubezpieczenia zdrowotnego), która z roku na rok posiada coraz więcej funkcjonalności.

Jak tłumaczy Katarzyna Greco, za pomocą tego dokumentu potwierdza się prawo do korzystania ze świadczeń. Poprzez e-kartę dokonywanych jest już także 95 proc. zgłoszeń niezdolności do pracy. Powoli wdrażany jest też projekt ELGA, dzięki któremu w systemie e-card ma być zapisywana cała dokumentacja pacjenta, co ma zapewnić przepływ informacji pomiędzy wszystkimi podmiotami realizującymi opiekę zdrowotną, zwiększając tym samym bezpieczeństwo chorych i ograniczając zjawisko dublowania wykonywanych

usług. – Obecnie korzystają z tej funkcji szpitale, zapisując wyniki badań, proces terapeutyczny i kartę wypisu po przebytej hospitalizacji. Od marca 2018 r. do systemu ELGA mają być włączani lekarze indywidualnych praktyk lekarskich. W planach jest także możliwość zanotowania skierowania na badania diagnostyczne i inne – wyjaśnia dr Greco. Co ciekawe, pacjent może zrezygnować z danych medycznych umieszczanych na karcie. Rozwijany jest też projekt e-medykacji, czyli rejestracji informacji o przyjmowanych przez pacjenta lekach. Dostęp do tych danych ma mieć lekarz uczestniczący w leczeniu oraz farmaceuta, który będzie mógł wprowadzić na tę listę także istotne z punktu widzenia

interakcji produkty OTC. Dzięki temu będzie można lepiej kontrolować zjawisko polipragmazji. E-karta funkcjonuje już jako EKUZ, a jej możliwości wykraczają poza stricte medyczne zastosowanie. Można jej m.in. używać do sprawdzenia stanu konta emerytalnego.

W trzech krajach związkowych Austrii działa już system telefonicznych porad medycznych. Dyżurujący przy słuchawce przeszkolony pracownik personelu medycznego (np. pielęgniarka, nie lekarz) doradzi, co trzeba zrobić i czy problem wymaga interwencji. – Z tej usługi chętnie korzystają szczególnie rodzice. Docelowo ma być ona dostępna w całej republice – mówi dr Katarzyna Greco. ○

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu na wieczny dyżur

### **Pana Doktora Tomasza Jaroszewskiego**

pierwszego Redaktora Naczelnego „Gazety Lekarskiej”,  
uznanego specjalisty w dziedzinie psychiatrii,  
Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Rodzinie, Bliskim i tym, którzy mieli szczęście i zaszczyt znać  
Pana Doktora  
składamy wyrazy szczerego współczucia.

**Maciej Hamankiewicz**  
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
wraz z Naczelną Radą Lekarską

Z wielkim żalem i smutkiem  
żegnamy

### **Doktora Tomasza Jaroszewskiego**

cenionego Psychiatrę i Redaktora prasy medycznej  
Inicjatora i pierwszego Redaktora Naczelnego „Gazety Lekarskiej”,  
Twórcę „Nowinek Psychiatrycznych”,  
Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Najbliższym  
składają

**Ryszard Golański**  
Redaktor naczelny  
„Gazety Lekarskiej”

**Jarosław Wanecki**  
Przewodniczący  
kolegium redakcyjnego  
„Gazety Lekarskiej”



# Meritus Pro Medicis 2004

W 2004 r. po raz pierwszy przyznano najważniejsze odznaczenie samorządu lekarskiego – Meritus Pro Medicis. Uhonorowano 11 osób.

☉ **LIDIA SULIKOWSKA**



**Bohdan  
Bzowski**

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych i higieny pracy. Społecznik. Brał udział w pracach nad reaktywacją samorządu lekarskiego. Przewodniczył Naczelnej Komisji Rewizyjnej II i III kadencji, a w kolejnej pełnił funkcję wiceprzewodniczącego. Jest twórcą nowej koncepcji pracy komisji rewizyjnych w samorządzie lekarskim. Uhonorowany odznaczeniem OIL w Warszawie „Laudabilis”, a także Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski za zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia.



**Jan  
Ciećkiewicz**

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Chirurg, jeden z pierwszych specjalistów w kraju z zakresu medycyny ratunkowej. Gorący zwolennik samorządności lekarskiej, przekonanie o jego użyteczności wyniósł z domu. Działał w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich, wkładając dużo wysiłku w pracę na rzecz komisji regulaminowej przygotowującej jednolity tryb wyborów i organizację I KZL. Włączył się też w organizację OIL w Krakowie. Przewodniczył ORL w Krakowie w dwóch pierwszych kadencjach. Prowadził II NKZL, w czasie którego uchwalono KEL. Odznaczony Krzyżem Komandorskim OOP.



**Andrzej  
Fortuna**

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Specjalista stomatologii zachowawczej, protetyki stomatologicznej i organizacji ochrony zdrowia. Przewodniczył Komisji Stomatologicznej NRL (przez ponad dwie kadencje) i ORL w Krakowie. Wieloletni wiceprezes NRL ds. stomatologii. Zastępca Przewodniczącego ORL w IV kadencji. Inicjował współpracę z zagranicznymi organizacjami stomatologicznymi. Redaktor działu „U stomatologów” „Gazety Lekarskiej”. Odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Zmarł w 2007 r. Na jego cześć ustanowiono Ogólnopolskie Odznaczenie OIL w Krakowie im. doktora Andrzeja Janusza Fortuny, przyznawane za zasługi dla lekarzy dentyków.



**Tadeusz Lesław  
Chruściel**

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista farmakologii klinicznej, profesor medycyny, uhonorowany doktoratem honoris causa Śląskiej Akademii Medycznej. Ekspert WHO, autor ponad trzystu prac naukowych, klinicznych i doświadczalnych. Pierwszy przewodniczący Naczelnej Rady Lekarskiej. Doprowadził do powstania Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL i Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną przy NIL. Współtwórca Kodeksu Etyki Lekarskiej, komentator „Gazety Lekarskiej”, aktywny członek zarządu Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Wspólnie z żoną działał w warszawskim oddziale „Lekarzy Nadziei” i prowadził aptekę leków bezpłatnych dla osób ubogich i bezdomnych. Zmarł w 2010 r. Odznaczony Krzyżami: Wielkim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.



**Stanisław  
Leszczyński**

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista radiologii, profesor medycyny. Współtwórca polskiej radiologii i odrodzonego samorządu lekarskiego. Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji. Wiceszef Polskiego Towarzystwa Radiologicznego, członek wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych, w których pełnił ważne funkcje, wykładowca na Uniwersytetach w USA, Europie, Kanadzie, Meksyku i Australii (jako visiting profesor). Współautor m.in. „Leksykonu Radiologii”, redaktor 3-tomowego podręcznika „Radiologii”. Otrzymał amerykańską nagrodę A. Jurzykowskiego, medal W. Zawadowskiego, odznaczony m.in. Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski. Zmarł w kwietniu br.





## Jerzy Moskwa

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista ortopedii i traumatologii oraz medycyny sportowej. Oddany lekarz i społecznik. Wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, pierwszy przewodniczący OIL w Warszawie i Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej II kadencji. Przez wiele lat był członkiem Prezydium ORL, w III kadencji przewodniczył Komisji Historycznej NRL. Został honorowym prezesem warszawskiej izby. Odznaczony Krzyżem Walecznych i Krzyżem Armii Krajowej, a także Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz „Laudabilis”. Zmarł w 2006 r.



## Andrzej Nagórny-Martynowski

(Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy)

Specjalista pediatrii i alergologii. Przewodniczył Radzie Okręgowej Bydgosko-Pińskiej Izby, jednocześnie angażując się w działalność NIL (1990-97). W latach 1997-99 był rzecznikiem prasowym swojej izby i członkiem jej prezydium. Od 1997 r. do 2001 r. działał w Komisji Finansowej NRL. Honorowy Prezes BIL i Konwentu Przewodniczących Okręgowych Izb Lekarskich, felietonista „Primum” i były szef kolegium redakcyjnego tego pisma. Był też w kolegium redakcyjnym „Gazety Lekarskiej”. Uhonorowany m.in. odznaczeniami: „Zasłużony dla Samorządu Lekarskiego BIL”, „Cerebrum Medici”, „Pro Gloria Medici”, Złotym Krzyżem Zasługi.



## Władysław Nasifowski

(Śląska Izba Lekarska w Katowicach)

Anatomopatolog, specjalista medycyny sądowej. Profesor medycyny, nestor śląskiej medycyny, doktor honoris causa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Uczestniczył w tworzeniu odrodzonego samorządu lekarskiego. Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego II kadencji, wieloletni przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach. Wykładowca patomorfologii, medycyny sądowej, etyki lekarskiej. Współtworzył KEL. Autorytet na świecie w zakresie alkoholologii sądowo-lekarskiej. Uhonorowany m.in. „Wawrzynem Lekarskim”, Złotym Odznaczeniem „Zasłużony dla Lekarzy Pro Medico”, wyróżnieniem „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy” i odznaką „Advokatura Zasłużonym”.



## Ładysław Nekanda-Trepka

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Chirurg ogólny, specjalista medycyny sportowej. Działał w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich. Od 1989 r. w składzie ORL w Warszawie. Wieloletni członek Prezydium ORL. W okresie rządów AWS radca ministra zdrowia w Departamencie Nauki i Kształcenia. W V i VI kadencji był sekretarzem warszawskiej izby, obecnie jest zastępcą sekretarza, szefem okręgowej komisji wyborczej i przewodniczącym komisji ds. stażu podyplomowego oraz komisji rejestracji i prawa wykonywania zawodu swojej izby. Aktywny także w NIL – od wielu lat przewodnicząc Krajowej Komisji Wyborczej i Komisji Organizacyjnej NRL. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, „Pro Gloria Medici”, „Laudabilis”.



## Jacek Piątkiewicz

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych. W samorządzie lekarskim od momentu jego reaktywacji. Szczególnie zaangażowany w kwestie związane z prawem medycznym, bioetyką i zdrowiem publicznym. Członek Prezydium NRL I kadencji. Obecnie jest wiceszefem komisji legislacyjnej swojej izby. Był wiceministrem zdrowia i opieki społecznej (1997-1999) i członkiem, a następnie wiceprzewodniczącym Stałego Komitetu Regionu Europejskiego WHO (1999-2002). Od marca 2001 r. jest członkiem Odwoławczej Komisji Bioetycznej działającej przy Ministrze Zdrowia. Odznaczony m.in. Medalem im. Doktora Jerzego Moskwy, „Laudabilis”, Krzyżem Oficerskim OOP.



## Bożena Pietrzykowska-Bodnar

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista psychiatrii. Członek Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich. Wiceprezes NRL I kadencji, a w kolejnej – Sekretarz NRL, później zajmowała się sprawami związanymi z kształceniem medycznym i etyką lekarską, kierowała też Ośrodkiem Współpracy z Polonią Medyczną. Aktywna także w okręgu – od lat poświęca swój czas komisji legislacyjnej, komisji etyki lekarskiej i komisji bioetyki warszawskiej izby, działa też w Ośrodku Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie. Odznaczona Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski i „Laudabilis”.

# 150 lat Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego

Polscy lekarze bardzo licznie odpowiedzieli na zaproszenie pani prof. Eweliny Hrycaj-Mańanicz do udziału w obchodach przywołanego w tytule jubileuszu. Wiadomo, że 150 lat temu Polski nie było, polscy lekarze, pracujący we Lwowie, o pozwolenie na utworzenie lekarskiego towarzystwa musieli się zwrócić do Jaśnie Panującego Cesarza w Wiedniu.

⊕ RYSZARD GOLAŃSKI



**W**ażne, że zgodę otrzymali i mogło powstać Towarzystwo Galicyjskie. Lwów w tamtym czasie był bardzo silnym ośrodkiem akademickim, dzięki Uniwersytetowi Jana Kazimierza, z wydziałem lekarskim. Towarzystwo lekarskie o naukowym charakterze, było dla tamtego środowiska oczywistą koniecznością.

Do Lwowa, na jubileusz przyjechali polscy lekarze z całego świata. Bardzo liczne były delegacje izb okręgowych. Mocna była reprezentacja Naczelnej Rady Lekarskiej, z prezesem Maciejem Hamankiewiczem i wiceprezesami rady.

Dla osób, które, tak jak ja, wcześniej uczestniczyły w spotkaniach organizowanych przez Stowarzyszenie Polskich Lekarzy we Lwowie, w których brali udział prawie wyłącznie lekarze polscy, ze Lwowa, z Polski i ze świata, tegoroczne uroczystości były pewną nowością. Było to bowiem wydarzenie międzynarodowe, z silną reprezentacją państwowych i lokalnych władz ukraińskich i ukraińskich organizacji lekarskich. Strona polska była reprezentowana przez konsula generalnego RP we Lwowie Rafała Wolskiego i konsula Mariana Orlikowskiego. Ze strony ukraińskiej w większości wydarzeń brali udział prorektor Uniwersytetu Medycznego

▲ Cmentarz Orłąt Lwowskich.

Andrej Bazylewicz i przewodniczący lwowskiego oddziału Ukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego Oleg Duda.

Na wspólnej konferencji poświęconej reformowaniu ochrony zdrowia na Ukrainie i w Polsce mówiono o zmianach w naszym systemie, nie pomijając obecnego protestu rezydentów, oraz przedstawiono nową ustawę świeżo uchwaloną przez ukraiński parlament. Jednak najważniejszymi wydarzeniami tych dni były: msza święta w przepięknej katedrze lwowskiej, złożenie kwiatów na Wzgórzach Wuleckich, oddanie hołdu Obrońcom Lwowa na Cmentarzu Orłąt, kongres historyczny prowadzony przez prof. Ewelinę Hrycaj-Mańanicz, prof. Marka Krawczyka i prof. Waldemara Kostewicza oraz Gala Jubileuszowa w opozycji lwowskiej – Parnas Polskich Lekarzy.

Wzgórze Wuleckie to miejsce szczególne. W lipcu 1941 r. hitlerowcy rozstrzelali tam profesorów uniwersytetu, w tym wielu lekarzy. Poruszające było wystąpienie dr. Zbigniewa Kosteckiego z Niemiec, którego ojciec był wśród zamordowanych.

Szczególny dla wielu z nas charakter miała wizyta na Cmentarzu Łyczakowskim. Obok tradycyjnego złożenia wieńców na Cmentarzu Orłąt, kwiaty złożono na grobach żołnierzy ukraińskich, którzy zginęli w walce z Polakami w roku 1918. Groby te, przeniesione z Cmentarza Janowskiego, znajdują się



obecnie w mauzoleum stworzonym na Cmentarzu Łyczakowskim, obok Cmentarza Orłąt. Na koniec kwiaty złożono na najmłodszej części cmentarza. Są tam groby żołnierzy ukraińskich, którzy zginęli w ostatnich latach i miesiącach w wojnie z rosyjskimi separatystami na wschodzie Ukrainy.

Kongres historyczny, który był najważniejszą częścią obchodów 150-lecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego wymaga osobnego opisanie. Z pewnością część bardzo ciekawych referatów, przedstawiających znaczenie lwowskiej medycyny i lwowskich lekarzy dla

medycyny polskiej i światowej, będziemy chcieli przedstawić państwu na łamach „Gazety Lekarskiej”. Ważne spotkanie odbyło się w dawnej siedzibie izby lekarskiej, poświęcone organizacji ochrony zdrowia. Wzięli w nim udział przedstawiciele ukraińskiego ministerstwa zdrowia i ukraińskich organizacji lekarskich. Panel prowadził Maciej Hamankiewicz, a polskie doświadczenia przedstawili Leszek Dudziński, Zyta Kaźmierczak-Zagórska i Anna Lella. Pięknym zwieńczeniem obchodów była Gala Jubileuszowa w operze, pod hasłem: Parnas Polskich Lekarzy we

Lwowie. Wydarzenie to zostało perfekcyjnie przygotowane przez naszego kolegę dr. Jarosława Waneckiego.

Tegoroczna wizyta we Lwowie była: jak zwykle sentymentalna, bo Lwów to niezmiennie piękne miasto, bardzo pouczająca historycznie – ogromny materiał przygotowany przez wykładowców z Polski. Pouczająca także ze względu na to, że uczymy się inaczej patrzeć na obecne stosunki polsko-ukraińskie. Nie wolno nam zapominać o historii, ale musimy żyć chwilą obecną. Także ze względu na Polaków, w tym lekarzy, mieszkających we Lwowie. [O](#)

#### ▲ Prezydium kongresu.

REKLAMA

# Tomasz Jaroszewski

(1943-2017)

Gorący grudzień 1989 r. Po burzliwym I Krajowym Zjeździe Lekarzy, zobowiązani wyborem do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, nieustannie debatujemy w ciasnych pomieszczeniach Zakładu Farmakologii Klinicznej i Społecznej CMKP przy ulicy Nowowiejskiej 10 w Warszawie.



## WOJCIECH MAKSYMOWICZ

**S**zef Zakładu, prof. Tadeusz Chruściel, został pierwszym prezesem reaktywowanego samorządu lekarskiego. Mamy ok. 2 tys. zł i maszynę do pisania. Wszystko przed nami: znaleźć lokum, zorganizować pracę organów izb lekarskich, przygotować stosowne uchwały i regulaminy, pozyskać i właściwie gromadzić pieniądze, zatrudnić pracowników, a do tego występować do władz o danie szansy naprawy sytuacji służby zdrowia, broniąc interesów lekarzy.

Uskrzydleni poczuciem misji zmiany świata na lepsze, niespodziewanie znaleźliśmy niebywałego sprzymierzeńca, który nas odwiedził i zaferował, że chętnie zajmie się wypełnieniem obowiązku nałożonego na NRL na mocy ustawy o izbach lekarskich – pomoże utworzyć „Gazetę Lekarską”. To Tomasz Jaroszewski spadł nam z nieba. Natychmiast wziął się za pracę. Pozyskiwał autorów, tworzył schemat pisma, załatwiał skład i druk. 27 marca 1990 r. NRL podjęła uchwałę o powołaniu dr. Tomasza Jaroszewskiego na p.o. redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”.

Tomek ze swoją determinacją i ofiarnością zawsze zostanie dla mnie wzorem społecznika i tylko

dzięki takiej postawie możliwe było zrobić coś dobrego prawie z niczego. Już po pół roku gotowa była „szcrotka” pierwszego specjalnego numeru „Gazety”, który wydrukowano w lipcu 1990 r.

W tamtych czasach, gdy nie było telefonów komórkowych, internetu ani nawet zbyt łatwego kontaktu z niskonakładowymi pismami medycznymi, wydanie naszego ogólnopolskiego pisma równało się ze zdobyciem podstawowego narzędzia komunikacji i integracji lekarzy polskich, a nawet było źródłem informacji o postępach medycyny.

Wkrótce po wydaniu pierwszego „normalnego” numeru „Gazety Lekarskiej”, we wrześniu 1990 r., poznałem prawdziwą naturę kolegi Tomka – niebywałą skromność. Warto tu zacytować, za doktor Iwoną Kozszewską, słowa naszego Kolegi: „Nastał czas wolności mówienia, pisania i jeszcze większej wolności pozostawania na boku”. Ten pierwszy redaktor naczelny oddał całą energię, żeby STWORZYĆ, po czym odszedł, aby więcej czasu poświęcać pacjentom i leczącym ich psychiatrom, znowu tworząc, tym razem pionierskie pismo „Nowinki Psychiatryczne”. Redagował je wiele lat, zapewniając dostęp do podstawowej wiedzy specjalistycznej, a nade wszystko umożliwiając wzajemne poznawanie się

i zrozumienie w świecie psychiatrów. Psychiatrzy polscy uszanowali Tomka największym wyróżnieniem – został Honorowym Członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Dobrze by było, żeby cały polski świat lekarski pamiętał o takich ludziach jak Kolega Tomasz Jaroszewski. ☹

NUMER SPECJALNY  
 Bezpłatny  
 Nakład 50 000 egz.

GAZETA  
LEKARSKA

PISMO  
IZB  
LEKARSKICH  
  
Lipiec  
1990

---

### TROCHE WYOBRAŹNI

Z prof. TADEUZEM L. CHRUSCIELEM,  
prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Ewa Berberysz.

**EWA BERBERSZ** — Lety lekarstwa widziałam krótko przed wojną, ale wtedy nie było lekarzy, nie było szpitali, nie było leków, nie było pieniędzy. Przeszedłem przez długie lata walczenia o życie. Przez lata walczyłem o zdrowie i życie innych ludzi, by móc im pomóc i im pomóc. Był to czas, gdy nastąpiło coś nowego i niesamowitego.

**TADEUSZ L. CHRUSCIEL** — Lety lekarstwa, jak wiadomo, nie to był ten czas, który nie był łatwy, ale czas, który przetrwał. W tym czasie, gdy nie było lekarzy, nie było szpitali, nie było pieniędzy, nie było leków, nie było pieniędzy. Przeszedłem przez długie lata walczenia o życie. Przez lata walczyłem o zdrowie i życie innych ludzi, by móc im pomóc i im pomóc. Był to czas, gdy nastąpiło coś nowego i niesamowitego.

„To, czy medycyna jest powołana, czy lekarzom w jakichś warunkach, w tym czy lekarzom...” (Kł. B. Małach)

GAZETA LEKARSKA

1



**Leszek Dudziński**

Wiceprezes NRL, przewodniczący  
Komisji Stomatologicznej NRL

# Czas ważnych decyzji

Lekarze dentyści popierają protest rezydentów. Wiedzieliśmy to już w dniu, kiedy w telewizji i prasie ukazały się pierwsze migawki i informacje dotyczące protestu rozpoczętego przez młodych lekarzy.

**W** przekazach medialnych z miejsca, gdzie rezydenci rozpoczęli głodówkę, od razu w oczy rzucał się baner z napisem „Lekarze dentyści popierają protest medyków”. To był jednoznaczny przekaz, że od samego początku z poparciem przyłączają się do protestu również lekarze dentyści jako przedstawiciele całego środowiska lekarskiego. Napłynęły do nas stanowiska poparcia od międzynarodowych organizacji stomatologicznych ERO-FDI i CED.

Protest trwa już wiele dni i rozwija się. Myślę, że gdziekolwiek i w jakiejkolwiek formie by nie wystąpił, warto, abyśmy wszyscy wytrwale popierali dążenie naszych młodszych kolegów do tego, by finansowanie ochrony zdrowia stało się w końcu znacząco wyższe. Można oczywiście dyskutować, czy ma to być 6 proc., czy 6,8 proc. PKB, można spierać się, czy nastąpić to powinno w roku 2021, czy w 2025, jak proponuje minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, ale bezdyskusyjne jest, że potrzeba pilnych decyzji w sprawie zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia już teraz. Ich brak grozi nie tylko rozszerzeniem protestu, ale również dramatycznym załamaniem się dostępu do świadczeń medycznych.

Podczas ostatniego posiedzenia Prezydium NRL zapadła decyzja o jak najszybszym zwołaniu nadzwyczajnej Naczelnej Rady Lekarskiej. Spotkanie w szerszym gronie jest niezbędne, ponieważ jako środowisko musimy zastanowić się, w jaki sposób uzyskać zwiększenie finansowania w ochronie zdrowia jak najszybciej. Wszystkie próby przesunięcia w czasie takiej decyzji poprzez powoływanie kolejnych

zespołów oraz przesuwanie jej podjęcia poza okres dyskusji o budżecie i uchwalaniu budżetu na rok 2018, nie wskazują, ażeby ze strony rządu była wyraźna dobra wola w tej sprawie.

Podczas ostatniego spotkania Komisji Stomatologicznej NRL poświęciliśmy część uwagi tematowi tzw. łączenia procedur. Wysłuchaliśmy opinii dwóch prawników i wydaje się, że powoli zbliżamy się do podjęcia ostatecznego stanowiska w tej sprawie.

Odbyła się również bardzo ciekawa dyskusja na temat propozycji ustawy, którą złożyło Stowarzyszenie Inżynierów i Magistrów Techniki Dentystycznej. W dyskusji wzięli udział zarówno przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w osobie pani dyrektor Katarzyny Chmielewskiej, jak i środowiska lekarskiego, m.in. prof. Teresa Sierpińska – konsultant krajowy do spraw protetyki. Rozmawialiśmy na temat propozycji, zgodnie z którą część świadczeń udzielanych przez lekarzy dentyków zostałaby przeniesiona do zakresu czynności techników dentystycznych. Po uprzednim zapoznaniu się z zakresem uprawnień techników w Europie i po szerokiej dyskusji uznaliśmy, że propozycję przepisów proponowanych przez SLiMTD należy odrzucić w całości. Nasze stanowisko poparła również konsultant krajowa, a także Polskie Towarzystwo Techników Dentystycznych oraz stowarzyszenie techników dentystycznych zrzeszonych w Krajowej Izbie Gospodarczej. Nasze stanowisko (poniżej) przekazaliśmy przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia i temat ten uważamy za zakończony.

W najbliższym czasie uwagę poświęcimy założeniom projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży. W tej sprawie wypowiadają się obecnie przedstawiciele poszczególnych komisji stomatologicznych. Zagadnieniem tym zajmiemy się na najbliższym posiedzeniu KS NRL już w listopadzie.

## STANOWISKO NR 9/VII/2017 KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 6 PAŹDZIERNIKA 2017 R.

w sprawie projektu ustawy o zawodzie specjalisty do spraw techniki dentystycznej Komisja Stomatologiczna NRL, na podstawie § 2 uchwały Nr 4/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, przedstawia następujące stanowisko w sprawie projektu ustawy o zawodzie specjalisty do spraw techniki dentystycznej.

Do Komisji Stomatologicznej NRL dotarł dokument noszący znamiona projektu aktu prawnego. KS NRL, odnosząc się do jego treści, jednoznacznie negatywnie ocenia zawartą w nim próbę przekazania uprawnień przysługujących jedynie lekarzom dentykom jakiegokolwiek grupie zawodów pomocniczych w stomatologii.

Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL  
Leszek Dudziński

# Technicy w Europie



Anna  
Lella

Prezydent  
ERO-FDI

Uprawnienia zawodowe techników dentystycznych w kontekście wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-125/16.

**Z**arówno w Polsce, jak i w szeregu innych państw prowadzone są co jakiś czas dyskusje na temat zakresu kwalifikacji zawodowych i uprawnień osób wykonujących tzw. zawody pomocnicze w stomatologii, w szczególności higienistek i techników dentystycznych. W odniesieniu do drugiego z tych zawodów warto zapoznać się z jednym z niedawnych wyroków Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE), wydanym 21 września 2017 r. w sprawie o sygnaturze C-125/16, która dotyczyła rejestracji oraz uprawnień zawodowych techników dentystycznych na Malcie.

TSUE stwierdził w sentencji wyroku, że przepisy prawa unijnego powinny być interpretowane w ten sposób, że nie stoją na przeszkodzie uregulowaniu państwa członkowskiego (w tym przypadku Malty), zgodnie z którym czynności technika dentystycznego muszą być wykonywane we współpracy z lekarzem dentystą, oraz że w takim przypadku wymóg ten znajduje zastosowanie także do tzw. klinicznych techników dentystycznych, którzy uzyskali swoje kwalifikacje zawodowe w innym państwie członkowskim.

Jak to często bywa z wyrokami sądów, a w szczególności wyrokami TSUE, które sprowadzają się do interpretacji określonych przepisów prawa unijnego, sama sentencja niewiele mówi – istotne jest więc dowiedzieć się, czego dana sprawa dotyczyła oraz przeanalizować uzasadnienie wyroku.

## DENTYSTYCZNI A KLINICZNI

W państwach europejskich możemy spotkać się z dwiema kategoriami techników



dentystycznych. W większości funkcjonuje zawód technika dentystycznego wykonującego określone prace wyłącznie na zlecenie lekarza dentysty. W kilku państwach należących do Unii Europejskiej (w 5) pracują natomiast także technicy określani jako kliniczni technicy dentystyczni (ang. clinical dental technician; dentist), którzy mają szersze uprawnienia zawodowe, obejmujące udzielanie określonych świadczeń bezpośrednio pacjentom, bez zlecenia lekarza.

W Polsce istnieje obecnie jedynie zawód technika dentystycznego – choć z formalnoprawnego punktu widzenia jest inaczej. Nadal obowiązujący dekret z 5 lipca 1946 r. o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych wyróżnia bowiem dwie kategorie techników, w tym tzw. uprawnionych techników dentystycznych, którzy stanowili odpowiednik klinicznych techników dentystycznych:

„Art. 1. Wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej dozwolone jest w zakresie określonym w art. 2 wyłącznie:

- 1) technikom dentystycznym,
- 2) uprawnionym technikom dentystycznym.

Art. 2.1. Technicy dentystyczni mogą wykonywać roboty techniczno-dentystyczne w pracowniach techniczno-dentystycznych lekarzy dentystów lub utrzymywać własne pracownie dla wykonywania w nich tych robót na zamówienie lekarzy-dentystów. Stykanie się z pacjentami w związku z wykonywaniem tych robót jest technikom dentystycznym wzbronione.

2. Uprawnieni technicy dentystyczni, oprócz wykonywania robót techniczno-dentystycznych, mogą wykonywać zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej”.

Należy jednak pamiętać, że regulacje te, przyjęte w okresie powojennym, miały charakter przejściowy i obecnie taka grupa techników nie występuje.

## SPRAWA C-125/16 PRZED TSUE

Na Malcie uznawany jest zawód technika dentystycznego tylko takiego, który wykonuje prace techniczne wyłącznie na zlecenie lekarza dentysty. W ostatnich latach kilku techników, którzy uzyskali w innych

▲ Stomatologiczne wyroby wykonywane na zamówienie przez techników dentystycznych stanowią element dokładnego leczenia stomatologicznego.

państwach UE kwalifikacje technika klinicznego, złożył wniosek o uznanie ich kwalifikacji i – co istotne – o udzielenie im zezwolenia na wykonywanie tego zawodu na Malcie, a więc w istocie o przyznanie im szerszych uprawnień zawodowych niż te, które mają technicy maltańscy.

Z uwagi na obowiązujące regulacje krajowe wnioski te były rozpatrywane odmownie. Właściwe urzędy maltańskie proponowały wnioskującym zarejestrowanie „jedynie” w charakterze techników dentystrycznych – mogliby więc wykonywać swoją działalność zawodową na Malcie na takich zasadach jak maltańscy technicy dentystryczni, czyli pod nadzorem lekarza dentystry.

Twierdząc, że taki stan rzeczy byłby sprzeczny ze zobowiązaniami państw członkowskich wynikającymi z dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, jeden z wnioskodawców (J. S. Reynaud wspomagany przez Malta Dental Technologists Association) zdecydował się wystąpić do sądu maltańskiego z żądaniem, aby ten zobowiązał właściwy organ maltański do rejestracji klinicznych techników dentystrycznych z innych państw UE i zezwolenie im wykonywania zawodu na Malcie bez nadzoru dentystry.

Z uwagi na istniejące w sprawie aspekty wynikające z prawa unijnego, rozpoznając sprawę w pierwszej instancji maltański sąd cywilny zawiesił postępowanie i wystąpił do TSUE z wnioskiem o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym, tj. o dokonanie wykładni wskazanych przepisów prawa unijnego, formułując cztery tzw. pytania prejudycjalne, na które odpowiedź miała temu sądowi ułatwić prawidłowe rozpoznanie sprawy.

Na wstępie swego wywodu prawnego TSUE wskazał, jaka jest istota pytań zadanych przez sąd maltański, uznając, że poprzez swe pytania sąd dąży w istocie do ustalenia, czy wykładni postanowień traktatu o funkcjonowaniu UE oraz przepisów dyrektywy 2005/36 należy dokonywać w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu państwa członkowskiego, zgodnie z którym czynności technika dentystrycznego muszą być wykonywane we współpracy z lekarzem dentystrą w zakresie, w jakim wymóg ten znajduje zastosowanie do klinicznych techników dentystrycznych, którzy uzyskali swoje kwalifikacje zawodowe w innym państwie członkowskim.

W omawianym wyroku można wyróżnić dwie odrębne, choć łączące się ze sobą, kwestie prawne, którym należy poświęcić bliższą uwagę:

- 1) czy możliwy jest tzw. częściowy dostęp klinicznego technika dentystrycznego do zawodu lekarza dentystry;
- 2) czy możliwe jest skuteczne ubieganie się przez klinicznego technika dentystrycznego z jednego

państwa UE o przyznanie mu uprawnień zawodowych w innym państwie UE, w którym taki zawód nie funkcjonuje.

## **TZW. CZĘŚCIOWY DOSTĘP DO ZAWODU LEKARZA DENTYSTY**

Jest to stosunkowo nowa regulacja wprowadzona do dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji nowelizacją, która obowiązuje od stycznia 2016 r. Jak wskazano w niej, w niektórych przypadkach w tzw. przyjmującym państwie członkowskim dane czynności stanowią część zawodu o większym zakresie czynności niż w tzw. rodzimym państwie członkowskim. Jeżeli różnice w obszarach czynności są na tyle duże, że konieczne byłoby odbycie przez daną osobę pełnego programu kształcenia i szkolenia w celu uzupełnienia braków, na żądanie tej osoby przyjmujące państwo członkowskie powinno w tych szczególnych okolicznościach udzielić dostępu częściowego do zawodu. Tak więc w omawianej sprawie maltańska by potencjalnie przyjął, że kliniczny technik dentystryczny z Wielkiej Brytanii uzyskuje na Malcie (a w takim razie również w innych państwach, czyli np. w Polsce) częściowy dostęp do zawodu lekarza dentystry obejmujący udzielanie określonych świadczeń bezpośrednio pacjentom.

Co prawda przepisy unijne dopuszczają możliwość odmówienia udzielania dostępu częściowego, jeżeli występują tzw. nadrzędne względy interesu ogólnego, co może mieć w szczególności odniesienie do zawodów medycznych mających wpływ na zdrowie publiczne lub bezpieczeństwo pacjentów, z czego skorzystano w Polsce – na wyraźny wniosek samorządu lekarskiego – poprzez stanowczo sformułowany przepis w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jednakże z uwagi na to, że są to nowe regulacje, które nie były jeszcze poddane interpretacji w konkretnych tego rodzaju sprawach, zagadnienie to pojawiło się w omawianym postępowaniu.

TSUE uchylił się jednak od rozstrzygnięcia tej kwestii, powołując się na to, że skarżący w tym postępowaniu na Malcie nie domagali się częściowego dostępu do zawodu lekarza dentystry.

Do kwestii częściowego dostępu odniósł się natomiast w swej opinii dla TSUE rzecznik generalny, który zastanawiał się, czy można by rozważyć możliwość skorzystania przez klinicznych techników z częściowego dostępu, jako że ich czynności pokrywają się w pewnym stopniu z czynnościami wykonywanymi przez stomatologów. Innymi słowy, czy jest dopuszczalne, aby kliniczni technicy

## WNIOSKI:

tylko lekarz dentysta – po odbyciu wymaganego kształcenia – zapewnia odpowiednie, kompleksowe leczenie, bezpieczne dla pacjenta.

mieli częściowy dostęp do zawodu lekarza dentysty.

Rzecznik generalny stwierdził, że uznanie możliwości częściowego dostępu klinicznego technika dentystycznego do zawodu lekarza dentysty wydaje mu się całkowicie sprzeczne z intencją prawodawcy Unii oraz że skutkowałoby to utworzeniem nowej kategorii niepełnych stomatologów, która nie odpowiada żadnej z kategorii przewidzianych w dyrektywie, a to jest wykluczone.

W tym kontekście należy ubolewać, że TSUE tego wątku nie podjął i nie wyjaśnił. Być może kwestia ta jeszcze powróci w innym postępowaniu.

### KLINICZNY TECHNIK DENTYSTYCZNY NA MALCIE

Odpowiadając na pytanie, czy możliwe jest skuteczne ubieganie się przez klinicznego technika dentystycznego z jednego państwa o przyznanie mu jego uprawnień zawodowych w drugim państwie, w którym taki zawód nie funkcjonuje, TSUE odniósł się do wymogów kształcenia lekarzy dentystów, do udziału lekarza dentysty w leczeniu pacjenta, który to udział przyczynia się do zapewnienia ochrony zdrowia, oraz stwierdził, że wymóg nadzoru lekarza dentysty jest właściwy do realizacji tego celu i nie wykracza poza to, co jest niezbędne do jego osiągnięcia.

„W sprawie rozpatrywanej w postępowaniu głównym wymóg takiego nadzoru (lekarza nad technikiem) opiera się na założeniu, że tylko osoby, które odbyły kształcenie dentystyczne, o którym mowa w art. 34 dyrektywy 2005/36, i które posiadają dyplom ukończenia podstawowego kształcenia lekarsko-dentystycznego, mają wystarczające kwalifikacje do wykonywania czynności wymienionych w art. 36 ust. 3 tej dyrektywy w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia nieprawidłowości i chorób zębów, jamy ustnej, szczęki i okolic przyległych”.

„W tych okolicznościach obowiązkowy udział lekarza dentysty w leczeniu pacjenta, na którego rzecz technik dentystyczny świadczy swoje usługi, przyczynia się do zapewnienia ochrony zdrowia publicznego, co stanowi jeden z nadrzędnych względów interesu ogólnego, mogący uzasadniać ograniczenie swobody przedsiębiorczości”.

„Z uwagi na zagrożenia dla zdrowia pacjenta (...) należy uznać (...), że wymóg

nadzoru lekarza dentysty jest właściwy do realizacji tego celu i nie wykracza poza to, co jest niezbędne do jego osiągnięcia”.

### WNIOSKI

Z analizy uzasadnienia wyroku można wysnuć kilka wniosków, które mogą mieć istotne znaczenie także w odniesieniu do sytuacji w Polsce i pojawiających się postulatów poszerzenia uprawnień zawodowych techników dentystycznych. Po pierwsze, należy wskazać, że kwestia tego, kiedy i przy spełnieniu jakich warunków można odmówić tzw. częściowego dostępu do zawodu lekarza dentysty – w tym przypadku osobom, które uzyskały w innym państwie UE kwalifikacje do wykonywania zawodu klinicznego technika dentystycznego – pozostaje na razie bez odpowiedzi ze strony TSUE.

Po drugie, to do państw członkowskich UE należy decyzja o poziomie, na którym chcą one zapewnić ochronę zdrowia publicznego, i o sposobie osiągnięcia tego poziomu – w tym do ustalania zakresu uprawnień poszczególnych zawodów. TSUE uznał, że wymóg nadzoru lekarza dentysty nad działalnością technika dentystycznego jest właściwy do realizacji celu, którym jest ochrona zdrowia publicznego. TSUE nie podważył założenia, że tylko osoby, które odbyły kształcenie lekarsko-dentystyczne, o którym mowa w art. 34 dyrektywy 2005/36, mają wystarczające kwalifikacje do wykonywania czynności wymienionych w art. 36 ust. 3 tej dyrektywy w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia nieprawidłowości i chorób zębów, jamy ustnej, szczęki i okolic przyległych.

Innymi słowy, tylko lekarz dentysta – po odbyciu wymaganego kształcenia – zapewnia odpowiednie, kompleksowe leczenie, bezpieczne dla pacjenta.

### STANOWISKA MIĘDZYNARODOWE

Wnioski, do jakich doszedł TSUE, są tożsame z licznymi stanowiskami międzynarodowych organizacji lekarsko-stomatologicznych odnoszących się do relacji w zespole stomatologicznym. Europejska Regionalna Organizacja Światowej Federacji Dentystycznej (ERO) w stanowisku w sprawie roli techników dentystycznych w udzielaniu opieki stomatologicznej przyjętym w sierpniu 2012 r. wskazuje, że:

„Tylko właściwie wykwalifikowany lekarz dentysta jest odpowiedzialny za zapewnianie opieki stomatologicznej. Członkowie zespołu stomatologicznego muszą wykonywać pracę pod nadzorem lekarza dentysty, zgodnie z jego wskazówkami i zaleceniami. Stomatologiczne wyroby wykonywane na zamówienie przez techników dentystycznych stanowią element dokładnie zaplanowanego leczenia stomatologicznego wymagającego właściwej diagnozy, do dokonania której technik dentystyczny nie posiada kwalifikacji. Technicy dentystyczni wytwarzają wyroby wykonywane na zamówienie ściśle według przepisu lekarza dentysty, a wykonany wyrób jest następnie zakładany w jamie ustnej pacjenta wyłącznie przez lekarza dentystę. Technicy dentystyczni nie są przygotowani do udzielania świadczeń pacjentom”.

Powyższe okoliczności podkreślała także ERO w rezolucji z kwietnia 2015 r. w sprawie warunków delegowania czynności przez lekarza dentystę w ramach zespołu stomatologicznego oraz w stanowisku w sprawie profilu zawodowego technika dentystycznego przyjętym w kwietniu tego roku.

Światowa Federacja Dentystyczna (FDI) już w 1998 r. przyjęła stanowisko w sprawie laboratoryjnych techników dentystycznych, w którym podkreśliła, że są oni odpowiedzialni za wykonywanie prac zgodnie ze szczegółową specyfikacją lekarza dentysty. FDI wyraziła sprzeciw wobec jakichkolwiek czynności techników w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w rezolucji „Delegowanie tak – substytucja nie” z listopada 2009 r. wskazała, że lekarz dentysta jest liderem zespołu stomatologicznego i wyłącznie do niego należą decyzje w zakresie diagnostyki i planowania leczenia. CED przeciwstawiła się wszelkim formom autonomicznego, niezależnego leczenia pacjentów przez osoby niebędące lekarzami dentystami bez nadzoru wykwalifikowanego lekarza dentysty.

W stanowisku z maja 2015 r. w sprawie zespołu stomatologicznego CED stwierdziła, że technicy jako wytwórcy pracują zgodnie z zaleceniami lekarza dentysty. Odbiorcą ich prac jest lekarz dentysta, który ponosi ogólną odpowiedzialność za całość leczenia wobec pacjenta. ○





# Listopadowe zamyślenia



**Jolanta Małmyga**  
Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

*Życie to piękny teatr,  
niestety repertuar marny.*

*Oscar Wilde*

**L**istopad to miesiąc pamięci i wspomina-  
nia tych, których już nie ma wśród nas.  
Żyją w innym wymiarze, a my wierzymy,  
że zapewne w lepszym, mogą spokojnie  
obserwować to, z czym lepiej lub gorzej  
się zmagamy. Dla nas żyją we wspomnieniach, są  
obecni w naszych sercach.

Dobrze jest myśleć, że nam towarzyszą i są z nami nie tylko w trudnych chwilach, ale też wtedy, gdy wydarza się coś dobrego i chcielibyśmy, żeby cieszyli się z nami. Dobrze jest wracać do chwil pełnych radości i szczęścia, ale także przypominać sobie te trudne, kiedy wspólnie rozwiązywaaliśmy problemy i mieliśmy satysfakcję z ich pokonywania. Wzruszają nas piosenki z dawnych lat, których teksty, zarówno tych starszych, jak i młodszych, zmuszają do przeżywania tego, co przekazują śpiewane słowa i wzbudzają głębokie emocje.

To właśnie wspomnienia pozwalają nam porównać i ocenić, jak postępujemy i radzimy sobie z codziennymi wyzwaniem i czy nie należałoby zmienić wytyczonych priorytetów. W długie listopadowe wieczory warto usiąść z filiżanką herbaty, obejrzeć zdjęcia sprzed lat, posłuchać starych piosenek, przypomnieć sobie wydarzenia i ludzi, którzy w nich uczestniczyli. Czy jeszcze pamiętamy ich przesłania i nauki, które przekazywali, czy potrafiliśmy dobrze je wykorzystać, czy może zrobiliśmy tylko totalny galimatias? Życie jest piękne i tylko od nas samych zależy, jaki repertuar wybierzemy, jaki napiszemy scenariusz i czy właściwie zagramy rolę, które wybraliśmy świadomie. Nie powinniśmy dawać zgody na to, aby inni narzucali nam repertuar, którego nie akceptujemy. Trzeba mieć siłę,

by walczyć o życie zgodne z własnymi oczekiwaniami, a nie biernie poddawać się tym, którzy za wszelką cenę chcą pisać scenariusz życia innych.

Kiedy to piszę, trwa protest lekarzy rezydentów. Jestem pełna podziwu dla tych młodych ludzi, którzy odważnie i z pełną determinacją walczą nie tylko o własną przyszłość, ale także o przyszłość polskich pacjentów. Mają odwagę, aby wyrazić niezadowolenie z narzucanego im stylu pracy i życia. Chcą pracować w kraju, w którym się urodzili, właśnie w nim spędzić życie, kształcić się i leczyć. Ale w godnych warunkach i za godziwą zapłatę, która umożliwi im utrzymanie rodziny, i będą mieli możliwość kształcenia się bez różnicowania na lepsze i gorsze specjalności, o przepraszam, na bardziej i mniej potrzebne. Rodzi się dodatkowo pytanie, kto potrafi określić, jakie jest zapotrzebowanie na poszczególnych specjalistów, gdy mamy dziurę pokoleniową, a w Polsce jest za mało lekarzy. Zwiększenie limitu przyjęć na studia medyczne niewiele zmieni. Jakoś nikt wcześniej nie starał się o rozwiązanie tego problemu, mimo zgłaszania obaw przez wiele środowisk lekarskich. Wina jest po stronie reżysera i to nie jednego, który wybrał sztukę napisaną przez złego autora. Trzymam kciuki za młodych, aby mieli siłę wytrwać w swoich dążeniach i żeby udało im się zmienić repertuar rządzących na lepszy. Bez względu na wynik i tak będziemy wspominać w listopadowy wieczór tę walkę. A życie napisze własny scenariusz. Musimy wierzyć, że będzie lepszy.

Upływ czasu wymazuje złe wspomnienia z pamięci, a pozostawia te dobre. Może u rządzących obudzą się ludzkie uczucia i spróbują zrozumieć, że postulaty lekarzy są do spełnienia również dla ich dobra i powinni postarać się je zrealizować. ○

# Dwuletnia antybiotykoterapia

Dlaczego sąd lekarski orzekł naruszenie art. 8 oraz art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej\*?

**W** okresie od sierpnia 2011 r. do września 2013 r. obwiniony lekarz w gabinecie prywatnym podjął się leczenia pacjenta chorującego od wieku dziecięcego na spondyloartropatię i zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych II stopnia.

Zlecił badania w kierunku *Mykoplasmy pneumoniae*, *Chlamydii*, *Yersinii*, *Salmonelli*, a także badania podstawowe w kierunku schorzeń reumatycznych. Wszystkie, poza podwyższonym mianem *Mycoplasmy pneumoniae* w klasie JgG, były ujemne. Obwiniony lekarz zaproponował choremu nową metodę leczenia, która miała polegać na długotrwałej (24 miesiące!) antybiotykoterapii. W tym czasie u pacjenta występowały dolegliwości żołądkowo-jelitowe, które lekarz bagatelizował. Pomimo dwuletniego leczenia stan kliniczny

pacjenta nie uległ poprawie. Lekarz zaproponował pacjentowi przedłużenie kuracji antybiotykami lub wyłącznie leczenie sterydami. Pacjent jednak zrezygnował z dalszego leczenia. Ze względu na utrzymujące się dolegliwości żołądkowo-jelitowe zgłosił się do gastrologa. Wykonano badanie kolonoskopowe, które wykazało wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Sprawa trafiła do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który po zbadaniu sprawy ustalił, że obwiniony lekarz bez istnienia wskazań medycznych oraz nie będąc specjalistą w dziedzinie reumatologii zastosował u skarżącego pacjenta 24-miesięczną antybiotykoterapię (a także NLPZ), czym naraził go na długotrwałą, nieskuteczną i nieobojętą dla zdrowia terapię, i skierował sprawę do okręgowego sądu lekarskiego, powołując

się na popełnienie przewinienia zawodowego z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i art. 10 KEL w zbiegu z art. 37 w/w ustawy.

OSL przeanalizował zebrany materiał dowodowy, w tym opinię biegłego, i uznał lekarza winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego. Orzekł karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres dwóch lat, w ten sposób, że lekarz nie może wykonywać pracy w lecznictwie otwartym (ambulatoryjnym), a jedynie może pracować pod nadzorem w lecznictwie zamkniętym (w szpitalu). obrońca obwinionego odwołał się od tego orzeczenia. Sprawa trafiła do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który utrzymał w mocy wyrok sądu pierwszej instancji. Postanowił też o publikacji orzeczenia w biuletynie izby lekarskiej, której członkiem jest obwiniony. ○



\*Art. 8 KEL: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

Art. 10 KEL: „1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych. 2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego”.



**Grzegorz Wrona**

Naczelny Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej

## ) KOMENTARZ

Na wstępie należy zaznaczyć, że od tego prawomocnego już orzeczenia przysługuje lekarzowi prawo do złożenia kasacji do Sądu Najwyższego. Trzeba jednak mieć na względzie, że głos w sprawie nieprawidłowego, a właściwie przynoszącego pacjentowi szkodę, leczenia nieopartego o aktualną wiedzę medyczną, metodą niezwyfikowaną naukowo, ale opartą na zapoznaniu się z „wiedzą” z internetu, zabrało co najmniej dziesięciu lekarzy – dwóch rzeczników i ośmiu członków lekarskich sądów. Każdy z nich zapoznał się nie tylko z aktualnymi, sprawdzonymi metodami leczenia schorzenia, ale też

wysłuchał argumentów lekarza, zapoznał się z przedstawianymi przez niego „publikacjami” i dokonał własnej oceny podstawy do zastosowanej terapii. Zapoznano się też z doświadczeniem zawodowym lekarza, a także z (nie)dopełnieniem przez niego obowiązku doskonalenia zawodowego. Efektem jest rzeczywiście dość surowa kara. Surowa, ale adekwatna do skutków działania lekarskiego. I na zakończenie – warto dokonać na tym przykładzie analizy przyczyn postanowienia o publikacji tego orzeczenia w naszym, lekarskim miesięczniku. Czy opisanie przypadku będzie dla nas przestrogą przed pochopnym korzystaniem z wiedzy doktora Google bez głębszego zastanowienia i poszukiwań wiedzy wymaganej od profesjonalisty? ○

# Przeszkodą są skierowania do okulisty

**GL**  
W Y W I A D

Z prof. **Iwoną Grabską-Liberek**, prezesem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

**GL** **Żyjemy w kraju, gdzie na wszczepienie soczewek w zaćmie czeka się kilka lat, słaba jest także dostępność do operacji w jaskrze i w powikłaniach cukrzycy. Co się dzieje?**

Od lat mamy w służbie zdrowia zastój, jeśli chodzi o nakłady finansowe, a w okulistyce jest to szczególnie odczuwalne. Wykonywanie procedur okulistycznych przez NFZ są oderwane od realiów, co doprowadziło do tego, że np. w zaćmie za te same pieniądze wykonujemy dwukrotnie więcej zabiegów. To miał być sposób na skrócenie kolejek, ale nie sprawdził się, ponieważ tworzenie się tzw. kolejek zaćmowych to skutek wprowadzenia przed kilku laty skierowań do okulistów. Najpierw pacjent czeka na wizytę, a później w kolejce do ambulatorium lub szpitala. Także dystrybucja środków prowadzona przez płatnika jest niedobra i trudno nimi racjonalnie gospodarować. Jeśli szpital dostaje na okulistykę pieniądze w połowie października i ma je wydać do końca grudnia, to jak nimi zarządzić? Tego rodzaju finansowanie nie pozwala zaplanować ani żadnych zmian, ani zatrudnienia nowego personelu, ani wydatków. Teraz weszła sieć szpitali, niepubliczne ośrodki okulistyczne, które miały kontrakty z NFZ, są z niej wyłączone, przejmujemy więc ich pacjentów i kolejki do operacji zaćmy znów będą niebotyczne.

**GL** **Problemem są nie tylko kolejki, ale rodzaj soczewek, które wszczepia się w ramach NFZ.**

Chodzi o soczewki premium, które oprócz przywracania widzenia po zaćmie korygują astygmatyzm i starczowzroczność, czyli działają jak szkła progresywne. Ale to nie są soczewki dla przeciętnego Kowalskiego. Fundusz refunduje tylko soczewki jednoogniskowe zwijalne. Te nowoczesne byłyby bardziej dostępne, gdyby pacjent mógł uczestniczyć we współpłaceniu, co oznacza, że zabieg mógłby być przeprowadzany nieodpłatnie w publicznej placówce, a za soczewkę premium pacjent by dopłacił. Niestety, ma do wyboru – albo przestała soczewkę na NFZ, albo soczewkę premium wszczepioną prywatnie, co oznacza, że koszty całej procedury musi pokryć

z własnej kieszeni. PTO postuluje, aby powrócić do koncepcji koszyka świadczeń gwarantowanych, gdzie będzie określone, co pacjentowi przysługuje nieodpłatnie, a za co musi dopłacić.

**GL** **Ponad 14 tys. Polaków bez kolejki zoperowało zaćmę za granicą.**

To jest wypaczenie. Ustawa transgraniczna była stworzona po to, by w sytuacji, kiedy obywatelowi z Polski coś się stanie w czasie pobytu za granicą, miał on zapewnioną pomoc medyczną w ramach NFZ. Ponieważ ten akt prawny ma luki, Polacy wykorzystują je do pominięcia długich kolejek i tak pieniądze, które powinny trafiać do polskich placówek medycznych, zasilają PKB innych państw. Od przyszłego roku planowane jest, aby zezwolenie na operację zaćmy za granicą NFZ wydawał tylko w sytuacji, kiedy termin oczekiwania na zabieg w kraju przekroczy rok, poniżej tego terminu wskaże ośrodek w Polsce, gdzie czeka się krócej. To też dziwne rozwiązanie i dziwne dlatego teraz NFZ nie może wydawać takich zezwoleń, gdy czas oczekiwania w niektórych placówkach jest poniżej roku po kwalifikacji. PTO wnioskowało, aby pacjent z kolejki, który operuje zaćmę za granicą, najpierw zapłacił, a później wystąpił o refundację do NFZ, ale nie było reakcji.

**GL** **Czy Polacy dbają o wzrok? Jak często chodzą do okulisty?**

Z tym bywa różnie i znów dlatego, że do okulisty potrzebne jest skierowanie. Jednak jakaś kontrola okulistyczna jest prowadzona, ponieważ przy każdym przyjęciu do pracy wymagane jest badanie okulistyczne, każde badanie okresowe w zakładzie pracy musi zawierać zaświadczenie od okulisty. Jednak to za mało. Badania okulistyczne powinny być częstsze i łatwiej dostępne. Mamy ponad 3 tys. czynnych okulistów, na 10 tys. mieszkańców przypada średnio 1-1,5 lekarza tej specjalności, a połowa z nich jest po 50. roku życia (w Europie Zachodniej jest 3 okulistów na 10 tys. obywateli). Poza tym są oni skupieni w dużych centrach, w małych miejscowościach okulistów brakuje. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że od

przyszłego roku do odwołania nie będzie rezydentur z okulistyki, wtedy sytuacja jeszcze bardziej się skomplikuje, bo starsi koledzy przejdą na emerytury, a następców nie będzie.

#### **GL Coraz więcej dzieci musi nosić szkła korekcyjne lub ma inne, wymagające operacji schorzenia oczu.**

Poprawę opieki okulistycznej nad dziećmi widzę w centralizacji ośrodków zabiegowych, bo tylko tam mają one zapewnione warunki leczenia na najwyższym poziomie. Opieka ambulatoryjna może być rozproszona i stanowić sito klasyfikacyjne jeśli chodzi o dalsze leczenie. Postulujemy po jednym ośrodku na województwo, a w przypadku Mazowsza i Śląska po dwa. Wycena procedur dziecięcych jest taka sama jak dorosłych, a wiadomo, że dziecko przebywa w oddziale okulistycznym dłużej niż dorosły, a więc koszty leczenia są dużo wyższe. Wobec takiego finansowania przez NFZ dziecięce oddziały okulistyczne są nierentowne i planuje je się zamykać. U dzieci im później wykryta wada, tym trudniej ją leczyć. Dlatego włączamy się w różne akcje badań przesiewowych. Przewodniczę zespołowi ds. potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia, który postuluje, aby do bilansu badań 3-latków włączono badanie okulistyczne, co u dzieci z niedowidzeniem pozwoli wcześniej wykryć wady.

#### **GL Mamy epidemię cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego, a to uszkadza wzrok.**

No cóż, społeczeństwo się starzeje, a to oznacza, że pacjentów z chorobami oczu będzie przybywać. Nie tylko chodzi o zaćmę, ale o retinopatię cukrzycową, jaskrę. Tacy pacjenci powinni mieć ułatwiony dostęp do opieki okulistycznej i PTO stoi na stanowisku, że należy wzmocnić finansowo okulistikę ambulatoryjną. Pozwoliłoby to szybciej kierować ich do leczenia zabiegowego. Co roku z okazji dnia jaskry nasze towarzystwo włącza się w badania przesiewowe pod kątem wykrywania tej choroby. Dołączyliśmy też z badaniem wzroku do badań wykrywających niedosłuch z prof. Henrykiem Skarżyńskim.

#### **GL Jak daleko nam do światowych standardów, jeśli chodzi o metody diagnozowania i leczenia?**

Mimo tej mizerii finansowej staramy się leczyć zgodnie ze światowymi standardami. Oczywiście dyrektorzy liczą pieniądze i oszczędzają, kupując tańsze soczewki indyjskie lub tureckie. W klinikach zdarza się to rzadko, dbałość o standardy jest większa. Trudno tam jednak przy obecnym finansowaniu wymienić sprzęt na nowy, szansą są granty, o które ciągle zabiegamy. Nowoczesną aparaturą diagnostyczną i zabiegową dysponuje wiele regionalnych szpitali. Organy założycielskie mogą je finansować i często kupują im nowy sprzęt, kliniki uniwersyteckie mają z tym problem, ponieważ inwestują w dydaktykę, na wyposażenie już nie wystarcza. W regionach natomiast brakuje specjalistów okulistyki. Chociaż więc staramy się wprowadzać nowe procedury, przy takich nakładach i rozłożeniu kadr nie rozwinie my skrzydeł.

#### **GL A kształcenie i kontakty z zagranicą?**

Jednym z głównych zadań PTO jest dbałość o wysoki poziom wiedzy i wykształcenia naszych okulistów. Towarzystwo realizuje je poprzez tworzenie wytycznych postępowania z pacjentem,



które są podstawą dla płatnika. Przyznawanie dwutygodniowych grantów na szkolenia w renomowanych ośrodkach za granicą. Lekarzom po zakwalifikowaniu po trzecim roku specjalizacji finansujemy takie wyjazdy. Współpracujemy z Amerykańskim Towarzystwem Okulistycznym, opłacamy dostęp do biblioteki, najnowszych technologii, metod operacyjnych, którymi dysponuje to towarzystwo, dzięki czemu polscy okuliści mogą się dokształcać. Na naszej stronie internetowej PTO są prowadzone szkolenia, kursy, seminaria. Współpracujemy z Europejskim Stowarzyszeniem Jaskrowym, Europejskim Towarzystwem Chirurgów Zaćmy i Chirurgów Refrakcyjnych, Amerykańską Akademią Okulistyki, Europejskim Stowarzyszeniem Okulistów, które wspomagają nas w organizowaniu europejskiego egzaminu specjalistycznego. Po raz pierwszy będzie on organizowany w 2019 r. Swoją wiedzę konfrontujemy na dorocznym zjeździe okulistycznym.

#### **GL Rynek usług okulistycznych w dużej mierze jest skomercjalizowany.**

Niestety, występuje tutaj konflikt interesów, ponieważ kliniki prywatne podbijają klinikom państwowym pacjentów łatwiejszych do leczenia, a zostawiają im przypadki najcięższe, wymagające większych nakładów finansowych i ludzkich. Prywatne kliniki nie prowadzą też całonocnych dyżurów. Oczywiście bez rynku prywatnego tak duża ilość zabiegów np. w zaćmie byłaby niewykonalna. Jednak tam nie przeprowadza się trudnych witrektomii, wszczepów jaskrowych, przeszczepów rogówki.

#### **GL Okulistyka to specjalność z bogatą historią. Jak PTO się w nią wpisuje?**

Nasze towarzystwo powstało w 1911 r. jako Towarzystwo Okulistów Polskich, później przyjęło nazwę Polskie Towarzystwo Okulistyczne. Od tego czasu wiele się zmieniało w metodach leczenia, diagnozowania chorób oczu, jednak od początku była dziedzina, która stawiała na postęp i ta idea wciąż jej przyświeca. Dziś w diagnostyce wykorzystuje się technologie 3D, w nowotworach oka protonoterapię, a w przeszczepach rogówki już tylko jej fragmenty. Okulistyka idzie w kierunku mikrochirurgii – małe cięcia, małe stenty, z jak najmniejszą szkodą dla oka. Historia wpisuje się więc w nowoczesność i PTO jest tego najlepszym przykładem. ○

**▲ Prof. Iwona Grabska-Liberek: – Mimo mizerii finansowej staramy się leczyć zgodnie ze światowymi standardami.**

# ) Protezy z celulozy?



**P**olscy naukowcy chcą stworzyć protezę tchawicy z celulozy bakteryjnej. Konstrukty protez już są, a badania wytrzymałościowe wykazały, że mają właściwości zbliżone do naturalnych.

– Z chemicznego punktu widzenia celuloza bakteryjna to taka sama celuloza jak ta, wytwarzana przez rośliny. Fakt, że jest produkowana przez komórki bakteryjne, powoduje, że materiał charakteryzuje się wysokim stopniem „czystości” – tłumaczy dr inż. Przemysław Rytczak z zespołu Bionanocelulozy Instytutu Biochemii Technicznej Politechniki Łódzkiej. Ze względu na swoją unikalną nanostrukturę, dużą zdolność do pochłaniania wody, materiał ten charakteryzuje się dużą biokompatybilnością, co powoduje, że po wszczępieniu nie jest odrzucany przez organizm. – Dlatego znalazł zastosowanie w medycynie regeneracyjnej – dodaje. Dr inż. Rytczak wyjaśnia, że obecnie dostępne na rynku protezy tchawicy w większości przypadków są produkowane z tworzyw sztucznych. Mają niską biokompatybilność, a ze względu na brak struktury porowatej nie mogą być przerastane przez komórki czy

▲ Celuloza bakteryjna to taka sama celuloza jak ta, wytwarzana przez rośliny.

naczynia krwionośne tak, aby mogły być z powodzeniem przyjęte przez organizm pacjenta. Taką możliwość, jak podkreśla, daje celuloza bakteryjna, która jest naturalnym polisacharydem. – Jest materiałem biokompatybilnym, a ze względu na swoją unikalną nanostrukturę powinna być porastana przez komórki m.in. nabłonka oddechowego czy też kapilarne naczynia krwionośne, dzięki czemu ten konstrukt po wszczępieniu powinien przetrwać w organizmie pacjenta – ocenia dr inż. Rytczak. Obecnie naukowcy są na etapie badania zdolności porastania otrzymanych protez przez komórki nabłonka, które naturalnie znajdują się w tchawicy. Warto przypomnieć, że kilka lat temu naukowcy z zespołu Bionanocelulozy, kierowanego przez prof. Stanisława Bieleckiego z IBT PŁ, skomercjalizowali technologię wytwarzania bionanocelulozy i opatrunków z celulozy bakteryjnej do leczenia m.in. trudno gojących się ran. Udało im się też odczytać genom szczepu bakterii wytwarzających ten biomateriał oraz uzyskać potencjalne produkty z bionanocelulozy (np. biokompatybilne siatki do leczenia przepuklin). ○

## Alkoablacja

**W Pracowni Elektrofizjologii Serca i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego przeprowadzono pierwsze w naszym kraju zabiegi żylnego ablacji alkoholowej arytmii komorowej.**

Ich nowatorstwo polega na tym, że przeprowadzono je u pacjentów (dwóch kobiet i jednego mężczyzny) z powodu uporczywej komorowej arytmii serca oraz trudnej lokalizacji tej arytmii w sercu. – Po wykonaniu oceny miejsca powstawania komorowej arytmii (tzw. ogniska arytmii) metodą mapowania elektrofizjologicznego oraz wykonaniu tzw. wenografii zatoki wieńcowej, poszukiwaliśmy w obszarze lewej komory serca żylnego odgałęzienia, które zlokalizowane jest jak najbliższe ogniska arytmii. Następnie wprowadzaliśmy do tego żylnego naczynia serca 2-4 mililitry 95-98-procentowego alkoholu etylowego, wywołując powstanie odczynu łącznotkankowego, który współuczestniczy w usuwaniu ogniska arytmii, stąd termin: ablacja alkoholowa – tłumaczy prof. Krzysztof Błaszczak. W ramach zabiegów w Poznaniu żylną ablacją alkoholową przeprowadzono także u pacjenta z migotaniem przedsionków. W tym przypadku zabieg żylnego ablacji alkoholowej wykonano w celu uzupełnienia wcześniej wykonanego zabiegu izolacji żył płucnych. ○

## Pokrzywka

**Uniwersyteckie Centrum Pokrzywkowe zostało otwarte w UM w Łodzi.**

To jedyna w kraju placówka, która – w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – zapewnia wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentami z przewlekłymi pokrzywkami. – Pokrzywka to choroba, z którą w ciągu całego życia zetknie się 25 proc. populacji. U 2 proc. osób przechodzi w formę przewlekłą. Pomoc chorym oferuje nasz interdyscyplinarny zespół: dermatolodzy, alergolodzy, immunolodzy kliniczni, pediatrzy, interniści. Przy takim zapleczu specjalistycznym pacjent nie jest „dzielony” na poszczególne organy, lecz traktowany jest jako całość – wyjaśnia prof. Anna Zalewska-Janowska, kierująca Zakładem Psychodermatologii UM w Łodzi. ○



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Źródło: Servis Nauka w Polsce  
– [www.naukawpolsce.pap.pl](http://www.naukawpolsce.pap.pl), PTK

# Plastikowy pacjent



Niedawno zaczął się rok akademicki. Studenci wrócili na uczelnie. Przed nimi nowe wyzwania i szanse rozwoju. Postanowiliśmy sprawdzić, jak wiedzę i umiejętności zdobywają przyszli lekarze dentyści. Wsiadamy w pociąg i jedziemy do Poznania.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

**Jednym z najważniejszych etapów nauczania przeddyplomowego, i chyba dających największą frajdę, jest trening przedkliniczny. Musi go przejść każdy student, zanim będzie miał do czynienia z prawdziwym pacjentem.**

Takie zajęcia symulacyjne z wykorzystaniem fantomów są pierwszym praktycznym zetknięciem się ze stomatologią. To dla nich coś naprawdę fajnego. Ja czułem to samo, gdy studiowałem. Moim pierwszym wymodelowanym z wosku zębem chciałem natychmiast pochwalić się rodzicom – mówi Krzysztof Gawriołek, kierownik Centrum Symulacji Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Na terenie budynku Collegium Stomatologicum zajęcia fantomowe dla studentów stomatologii prowadzone są od ponad 10 lat, ale dopiero od roku działa tu rozbudowany, nowoczesny, odrębny kompleks przeznaczony do tego celu. Dzięki dotacjom unijnym udało się stworzyć kilkadziesiąt nowych stanowisk symulacyjnych. Zbudowane są one z tych samych elementów, jakie lekarz ma do dyspozycji w prawdziwym gabinecie stomatologicznym. – Mamy takie same unity jak te, które wykorzystywane są w praktyce dentystrycznej, jedynie pacjent jest plastikowy. Student wokół siebie ma możliwie najdokładniej odwzorowane warunki prawdziwego gabinetu. Wprawdzie chory jeszcze nie czuje bólu przy znieczuleniu, nie porusza się ani nie ślini, ale myślę, że dla studenta już same warunki jamy ustnej i woda, która

▲ – **Właśnie nakładamy kamień na zęby, które zostaną wkręczone do modeli, a następnie na fantomach studenci będą mogli go usuwać – opowiada Jakub Leda.**

pojawia się w czasie pracy, to wystarczające utrudnienie. Korzystamy też z 18 symulatorów starszego typu, dla grup początkujących. Gdyby nie dofinansowanie, dalej funkcjonowalibyśmy tylko z takimi, wiekowymi już, urządzeniami, w niewielkiej liczbie. Oczywiście da się w ten sposób wytrenować przyszłego stomatologa, ale obecne warunki pozwalają na bardziej specjalistyczną naukę, dzięki jak najbliższemu odtworzeniu realiów środowiska pracy i możliwości przeprowadzenia większej liczby zajęć – tłumaczy dr Gawriołek.

Studenci rozpoczynają trening przedkliniczny na początku II roku studiów. Spędzają tutaj około 1,5 semestru. Zajęcia symulacyjne dotyczą wszystkich klinik stomatologicznych, czyli stomatologii zachowawczej z endodoncją, protetyki, periodontologii oraz chirurgii stomatologicznej, gdzie do ćwiczeń wykorzystywane są specjalne modele do znieczuleń i usuwania zębów. Nie ma tylko ortodoncji. Każdy student ma do własnej dyspozycji unit. Grupa liczy kilkanaście osób. W sumie trzeba odbyć kilkaset godzin zajęć praktycznych, aby nabyć umiejętności manualne i zaznajomić się ze środowiskiem pracy stomatologa. Tyle teorii, czas odwiedzić poszczególne pomieszczenia.

➤ dr Katarzyna Baksalary-  
-Iżycka;  
dr Krzysztof  
Gawriolek



jak unit i nie są wyposażone w wyciągi protetyczne. Studenci pochyleni nad stołami wykonują w skupieniu jakąś precyzyjną czynność. – Właśnie nakładamy kamień na zęby, które zostaną wkręczone do modeli, a następnie na fantomach studenci będą mogli go usuwać – opowiada Jakub Leda, asystent w Klinice Chirurgii Stomatologicznej i Periodontologii poznańskiej uczelni.

Wykorzystywane dziś modele mają zasymulowane m.in. recesje dziąsłowe. Studenci badają miejsca, w których są kieszonki poddziąsłowe, skalerem ultradźwiękowym usuwają kamień i przechodzą do skallingu poddziąsłowego, by narzędziami ręcznymi usunąć pozostałe złogi kamienia.

### PREPARACJE I WYPEŁNIENIA

Na koniec wchodzimy do sali wyposażonej w kilkanaście nowych stanowisk składających się z unitu symulacyjnego, wraz z lampą zabiegową, głową fantomową z popiersiem, dmuchawką, turbiną, mikrosilnikiem, kątnicą i kątnicą przyspieszającą, skalerem piezoelektrycznym, systemem ślinociąg plus ssak oraz krzesłem dla przyszłego stomatologa. Również w tej sali działa system oceny preparacji i elektroniczny system komunikacji pomiędzy stanowiskiem fantomowym studenta a wykładowcą.

– Ta grupa ma już za sobą preparacje. Dziś zakładają wypełnienia z amalgamatu. Student pracuje tu w identycznej pozycji co lekarz dentysta w czasie wykonywania prawdziwego zabiegu, czyli za głową pacjenta – wyjaśnia Katarzyna Baksalary-Iżycka, wykładowca Zakładu Przedklinicznej Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji.

1,5

– tyle semestrów trwają zajęcia. Trening przedkliniczny studenci rozpoczynają na początku II roku.

### W GIPSIE I WOSKU

Wchodzimy do pierwszej z nowych sal ćwiczeniowych. Właśnie odbywają się zajęcia z okluzji i protetyki. Ćwiczy grupa anglojęzyczna z Tajwanu. Dziś przygotowują modele zębów do późniejszej preparacji. Jest dość głośno, w tle słychać odgłosy działających silników protetycznych. – Studenci najpierw robią model gipsowy, potem odtwarzają go z wosku, następnie uczą się pracy w akrylu, a także rysują. Muszą nauczyć się zachowywać odpowiednie kształty i proporcje. Na każdym zajęciu dostają określoną grupę zębów do wykonania. Celem jest poznanie anatomii budowy zębów i zaznajomienie się z narzędziami i materiałem – wyjaśnia Agata Prylińska-Czyżewska, adiunkt w Klinice Rehabilitacji Narządu Żucia Wydziału Lekarskiego II UM w Poznaniu, która dziś jest jedną z prowadzących zajęcia.

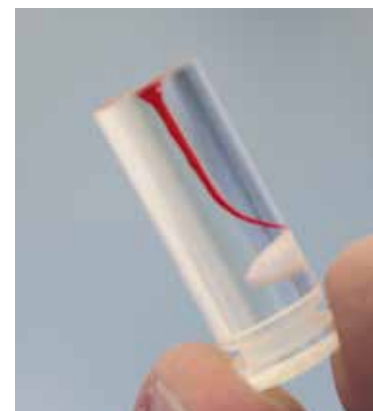
Do dyspozycji są tu 42 nowoczesne stanowiska pracy, w skład których wchodzi w pełni wyposażone unity stomatologiczne (z turbiną, mikrosilnikiem, kątnicą przyspieszającą, skalerem pneumatycznym, systemem ślinociąg plus ssak) ze stanowiskiem protetycznym

oraz popiersie z głową fantomową. Jest też system oceny preparacji. Wykładowcy (na zajęciach musi być zawsze dwóch) komunikują się ze swoimi podopiecznymi elektronicznie, za pomocą komputera i monitorów LCD dostępnych przy każdym stanowisku. Jest też skaner 3D, dzięki któremu można porównać efekt końcowy tego, co stworzył student, z wzorcem, na którym miał się opierać, budując model, np. konkretny kształt zęba. – Przy stanowisku nauczycielskim zamontowane są kamery, które na żywo przekazują do ekranów przy stanowiskach studenckich obraz czynności, którą wykonuje nauczyciel – tłumaczy dr Gawriolek. Naszą uwagę przykuwają ustawione na końcu sali dwie głowy zadziergnięte na metalowy stelaż. – Te zabytkowe fantomy, które pieszczotliwie nazywamy Stefanami, to drewniane imitacje czaszki. Kiedy byłem studentem, już wtedy były stare – śmieje się dr Gawriolek.

### PSUJĄ I NAPRAWIAJĄ

W kolejnej sali odbywają się zajęcia z periodontologii. Również tu są symulatory do ćwiczeń, ale starsze. Nie wyglądają

▼ Ta grupa ma już za sobą preparacje. Dziś zakładają wypełnienia.





Co sprawia studentom najwięcej problemów? – Praca w lusterku – odpowiadają jednogłośnie młodzi ludzie, odrywając na chwilę głowy znad fantomów. – Student ma siedzieć prosto i patrzeć w lusterko, a nie bezpośrednio na ząb. Gdy zaczynają pracować końcówkami, lusterko pokrywa się wodą i nic nie widać. Jest więc ogromna pokusa, by się pochyłać i zaglądać do jamy ustnej, ale nie wolno – to jest niezdrowe dla kręgosłupa – tłumaczy dr Baksalary-Lżycka.

Zanim jednak złączą wierzcie w zębach, ćwiczą na specjalnych płytkach, na których wyrysowanych jest kilka określonych kształtów. Muszą je wyborować. Dopiero potem przychodzi czas na preparację zębów.

– Materiały imitujące zęby wyglądają i zachowują się jak prawdziwe. Mają te same struktury co ząb, a poszczególne ich rodzaje odzwierciedlają konkretne przypadki kliniczne. Oczywiście nigdy sztuczne tkanki w stu procentach nie zastąpią naturalnego materiału, ale jeśli chcemy przeprowadzić jak największą ilość zajęć praktycznych, musimy w głównej mierze bazować na zamiennikach. Patrząc z perspektywy nauczyciela, jest to super narzędzie edukacyjne. Student jest lepiej przygotowany do późniejszej pracy z pacjentem i trudniej go czymś zaskoczyć – podkreśla Krzysztof Gawriolek. Do dyspozycji są różne rodzaje modeli zębów, m.in. te do preparacji kanałowej. Zaczynają od zęba wykonanego z przezroczystego materiału, z widocznym kanałem. W późniejszej fazie nauczania część kanałowa jest niewidoczna, a student może wspomagać się jedynie obrazem RTG. Kanały są zarówno proste, jak i te trudniejsze w opracowaniu, bo zagięte. Są także specjalne modele zębów do nauki leczenia próchnicy – takie z próchnicą płytką i próchnicą głęboką.

Na salach, gdzie prowadzone są zajęcia symulacyjne, obowiązują reżim sanitarny, taki jak w prawdziwym gabinecie stomatologicznym, tylko narzędzi się nie sterylizuje. Studenci pracują tu w maskach, silikonowych rękawiczkach i mają do dyspozycji przyłbice ochronne.



▲ **Również tu są symulatory do ćwiczeń, ale starsze. Nie wyglądają jak unit i nie są wyposażone w wyciągi protetyczne.**

### JESZCZE WIĘCEJ PRAKTYKI

Wychodząc z ostatniej sali, mijamy gipsownie. Zaglądamy zaciekawione do środka. Stoi tu kilkanaście 25-kilogramowych worków. – To gips stomatologiczny. Schodzi tego sporo – mówi dr Gawriolek. Pytamy, do czego wykorzystywana jest ta stojąca w kącie duża maszyna. – To urządzenie do produkcji wody destylowanej niezbędnej do pracy ślinociągów zamontowanych przy unitach. Dziennie produkuje się tu około 80 litrów takiej wody – wyjaśnia.

Jesteśmy pod wrażeniem tego, co przed chwilą widziałyśmy. To nauczanie XXI w. Czy dzięki takim warunkom nauka jest przyjemna i łatwa? Z czym studenci mogą mieć najwięcej problemów? Okazuje się, że mimo nowoczesnego wyposażenia sal do ćwiczeń niezwykle ważne jest coś, co od lat decyduje o byciu bardziej lub mniej biegłym w pracy lekarza dentystry. To zdolności manualne. – Z tą umiejętnością trzeba się urodzić, bardzo ciężko jest ją wytrenować. Uważam, że powinniśmy kłaść większy nacisk na ocenę tych zdolności podczas rekrutacji na stomatologię. Technicy stomatologiczni odbywają taki egzamin – podkreśla dr Krzysztof Gawriolek. Niektóre osoby mają duże niedobory w tym zakresie. Co wtedy? Rezygnują? – Ekstremalnie rzadko. Po prostu muszą dużo więcej ćwiczyć i ciężką pracą zdobywać to, w co nie zostali wyposażeni przez naturę – odpowiada.

Czy studenci mogą korzystać z zajęć symulacyjnych także po zakończeniu 1,5-letniego kursu lub pomiędzy zajęciami obowiązkowymi, np. w okresie

wakacyjnym? – Niestety jeszcze nie. Chciałbym, aby była taka możliwość, ale potrzebne są na to dodatkowe, duże środki. Stworzenie studentom takiej możliwości to dla mnie jeden z głównych celów na przyszłość. Codzienna eksploatacja stanowisk fantomowych jest jednak kosztowna. Głowa jest wielorazowego użytku, ale wszystkie zęby i środowisko wokół nich, w tym maska twarzy, języki i dziąsła, są wymienne, a co za tym idzie – również uszkodzalne – wyjaśnia nasz rozmówca.

Drugi z celów, jaki stawia sobie kierownik odwiedzanego przez nas Centrum Symulacji Stomatologicznej, to poszerzenie możliwości symulacyjnych. – Istnieje dużo możliwości poszerzenia zakresu leczenia symulacyjnego, ale na chwilę obecną brakuje nam najbardziej symulacji endodontycznej maszynowej – wyjaśnia.

A trzeci cel? – Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jako pierwszy w Polsce wprowadził na ostatnim semestrze studiów zajęcia zintegrowane. Nie ma oddzielnych zajęć z chirurgii, stomatologii zachowawczej, periodontologii. Student pracuje z pacjentem i jest w stanie zrobić wszystko, czego chory w danym momencie potrzebuje. Znieczula, usuwa ząb, leczy przyzębie, likwiduje ubytki i wykonuje protetykę. Chciałbym, aby nasza praca w Centrum Symulacji Stomatologicznej, czyli nauczanie przedkliniczne, też poszła w tym kierunku – dr Gawriolek dodaje na koniec. Po tym, co dziś zobaczyłyśmy, i jak zorganizowana jest już teraz praca, wierzymy, że mu się to uda. ○

**WYZWANIA**  
 Gdy zaczynają pracować końcówkami, lusterko pokrywa się wodą i nic nie widać. Jest więc ogromna pokusa, by się pochyłać i zaglądać do jamy ustnej, ale nie wolno.

# BIULETYN

NR 5 (177) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IX 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

## Posiedzenie NRL – 15 września 2017 r.

### **UCHWAŁA Nr 17/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 września 2017 r.**

w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres VIII kadencji 2018-2022

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 522) oraz § 16 ust. 1-3 w zw. z § 12 ust. 4 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., na wniosek Krajowej Komisji Wyborczej uchwała, co następuje:

#### § 1.

Ustala się:

- 1) liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres VIII kadencji 2018-2022 na 466, w tym 362 mandaty dla lekarzy i 104 mandaty dla lekarzy dentyistów;
- 2) następującą liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy wybieranych przez okręgowe zjazdy lekarzy na okres VIII kadencji 2018-2022, która wynosi:

nazwa izby lekarskiej	liczba delegatów na KZL		
	lekarze	lekarze dentyści	łącznie
Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	13	4	17
Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej	7	2	9
Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	9	2	11
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	24	7	31
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim	2	1	3

Śląska Izba Lekarska w Katowicach	34	8	42
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	9	3	12
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	32	9	41
Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie	21	6	27
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	27	8	35
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	7	2	9
Okręgowa Izba Lekarska w Opolu	6	2	8
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	3	1	4
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu	28	9	37
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	9	3	12
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	12	4	16
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	3	1	4
Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu	6	2	8
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	61	17	78
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu	29	9	38
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	4	1	5
Wojskowa Izba Lekarska	9	1	10
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	3	1	4
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie	4	1	5
<b>Liczba mandatów na Krajowy Zjazd Lekarzy</b>	<b>362</b>	<b>104</b>	<b>466</b>

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

WICEPREZES  
Romuald Krajewski

### **UCHWAŁA Nr 18/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 września 2017 r.**

w sprawie pokrycia kosztów pomocy prawnej – zastępstwa prawnego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

#### § 1.

Pokryć wszelkie koszty pomocy prawnej – zastępstwa prawnego poniesione przez członka Naczelnej Rady Lekarskiej Agnieszkę Ruchałę-Tyszler w sprawie, która toczyła się przed Sądem Rejonowym dla Warszawy Mokotowa o sygn. akt VIII K 675/16.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

WICEPREZES  
Romuald Krajewski

### **STANOWISKO Nr 15/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 września 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw, przekazanych przy piśmie pani Katarzyny Głowali - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z 17 lipca 2017 r. znak: NSO.845.4.2017.MZ, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia cel projektowanej ustawy, jakim jest zastąpienie aktualnej wersji dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” nowymi dokumentami wyposażonymi w mikroprocesor.

Powyższe rozwiązanie było od szeregu lat oczekiwane przez samorząd lekarski jako odpowiadające zachodzącym zmianom w zakresie elektroniczacji systemu ochrony zdrowia. Nowy dokument nie tylko będzie służył lekarzom i lekarzom denty stom jako potwierdzenie posiadanych przez nich uprawnień zawodowych, ale przede wszystkim będzie umożliwiał wykonywanie zawodów z wykorzystaniem narzędzi informatycznych wprowadzanych w zakresie dokumentacji medycznej czy wystawiania recept i skierowań w formie elektronicznej.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że realizacja zadań z zakresu administracji rządowej obejmujących:

- 1) stworzenie i utrzymanie przez Naczelną Radę Lekarską systemu teleinformatycznego, o którym mowa w projektowanym art. 7d ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty,
- 2) wydawanie przez okręgowe rady lekarskie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty”,
- 3) dokonywanie przez okręgowe rady lekarskie przedłużenia ważności kwalifikowanych certyfikatów podpisu elektronicznego tych dokumentów, musi być w całości finansowana z budżetu państwa. Powyższy postulat znajduje potwierdzenie w treści Oceny Skutków Regulacji przygotowanej dla projektu, gdzie ww. koszty, w tym w szczególności koszty przedłużenia ważności kwalifikowanych certyfikatów podpisu elektronicznego, zostały wskazane jako koszty finansowane z budżetu państwa.

Ponadto analiza projektu ustawy i jego uzasadnienia nasuwa następujące uwagi szczególne:

- 1) w art. 1 w zmianie 1 lit. b projektowany art. 6 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty powinien otrzymać następujące brzmienie: „10. Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń, o których mowa w ust. 1 – 7, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty na podstawie art. 5 ust. 1 albo art. 5 ust. 7, albo art. 5a, albo art. 5b, albo art. 5c, albo art. 5f, albo art. 7 ust. 1, albo art. 7 ust. 1a, albo art. 7 ust. 2 i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty”.”;

Przepis art. 6 ust. 10 ustawy musi wskazywać wszystkie istniejące przepisy, na podstawie których lekarz i lekarz denty sta uzyskuje prawo wykonywania zawodu. W przedłożonym do zaopiniowania projekcie pominięto niektóre przepisy.

- 2) w art. 1 po zmianie 1 należy dodać zmianę 1a w brzmieniu:

„1a) w art. 7 ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Przepisy art. 6 ust. 1-6 stosuje się odpowiednio.”;

- 3) w art. 1 w zmianie 2 projektowane wprowadzenie do art. 7c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty powinno otrzymać następujące brzmienie:

„1. Dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty” wydany lekarzowi albo lekarzowi denty sty, któremu przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty na podstawie art. 5 ust. 1 albo art. 5a, albo art. 5b, albo art. 5c, albo art. 7 ust. 1, w warstwie graficznej zawiera:”;

Obecne brzmienie przepisu błędnie odnosi się do

dokumentu „Prawo wykonywania zawodu”, o którym mowa w art. 5 ust. 1 i art. 7 ust. 1, tymczasem ani art. 5 ust. 1, ani art. 7 ust. 1 nie mówią o dokumencie „Prawo wykonywania zawodu”;

- 4) w art. 1 w zmianie 2 w treści projektowanego art. 7c ust. 1 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty należy wykreślić wyrazy „i termin ważności”;

- 5) w art. 1 w zmianie 2 w treści projektowanego art. 7c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty należy dodać pkt 3a w brzmieniu: „3a) termin ważności prawa wykonywania zawodu”;

- 6) w art. 1 w zmianie 2 w treści projektowanego art. 7c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty należy dodać pkt 6a w brzmieniu:

„6a) numer PESEL lekarza lub lekarza denty sty albo w przypadku braku numeru PESEL numer paszportu lub innego dokumentu tożsamości”;

- 7) w art. 1 w zmianie 2 w treści projektowanego art. 7c ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty wyrażenie „o którym mowa w ust. 1 pkt 2-6” należy zastąpić wyrażeniem „o którym mowa w ust. 1 pkt 2-6a”;

- 8) w art. 1 w zmianie 2 wprowadzenie do przepisu art. 7c ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty powinno otrzymać następujące brzmienie:

„3. Dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty” wydany lekarzowi albo lekarzowi denty sty, któremu przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty na podstawie art. 5 ust. 7, albo art. 5f, albo art. 7 ust. 1a albo art. 7 ust. 2, w warstwie graficznej zawiera:”;

- 9) w art. 1 w zmianie 2 w treści projektowanego art. 7d ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty wyrażenie „a także tryb postępowania w sprawie unieważnienia i niszczenia dokumentów oraz ich wymiany na nowe” zastępuje się wyrażeniem „a także tryb postępowania w sprawie unieważnienia i niszczenia dokumentów oraz ich wymiany na nowe oraz wysokość opłaty za wydanie dokumentu wnoszonej przez lekarza w przypadku jego utraty lub zniszczenia”;

- 10) w art. 8 ustawy zmienianej ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:

„2. Naczelna Rada Lekarska określi szczegółowy tryb postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty sty, wydawania dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty” i prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy denty stów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Denty stów Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w art. 49 i art. 50 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, 2020 oraz z 2017 r. poz. 836).”;

- 11) art. 2 powinien otrzymać następujące brzmienie: „Art. 2. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, 2020 oraz z 2017 r. poz. 836) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 5 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej,

zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty” oraz przedłużanie ważności kwalifikowanych certyfikatów podpisu elektronicznego tych dokumentów;

- 2) w art. 49 ust. 5 pkt 12 wyrażenie „o którym mowa w art. 5 ust. 7 lub art. 5f ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty” zastępuje się wyrażeniem „o którym mowa art. 5 ust. 7 lub art. 5f lub art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty”;

- 3) w art. 49 ust. 5 pkt 12a wyrażenie „o którym mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty” zastępuje się wyrażeniem „o którym mowa art. 5 ust. 1 albo art. 5a albo art. 5b albo art. 5c lub art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty”;

- 4) w art. 49 ust. 5 dodaje się pkt 12b w brzmieniu: „12b) numer odpowiedniej uchwały okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 lub art. 7 ust. 1a oraz informację o uzyskaniu prawa wykonywania zawodu na czas określony”;

- 5) w art. 52 dodaje się ust. 2c w brzmieniu: „2c) okręgowa rada lekarska, udostępnia lekarzowi wpisanemu na listę jej członków dane zawarte w rejestrze, o których mowa w art. 49 ust. 5 pkt 1, 2, 6-8, 10-13, 17-26, 31-34, 41-43, po zalogowaniu się przez niego do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy”;

- 12) w art. 4 projektu ust. 1 powinien otrzymać następujące brzmienie:

„Art. 4. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje z budżetu państwa środki na pokrycie pełnych kosztów realizacji zadań Naczelnej Rady Lekarskiej, o których mowa w art. 7d ustawy zmienianej w art. 1, oraz zadań okręgowych rad lekarskich, o których mowa w art. 5 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 2.”

- 13) w art. 5 ust. 1 projektu wyrazy „do dnia 30 czerwca 2018 r.” należy zastąpić wyrazami „do dnia 30 czerwca 2019 r.”;

- 14) art. 6 powinien otrzymać brzmienie:

„Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia z wyjątkiem art. 1 pkt 1 lit. a oraz art. 2 pkt 1 i 5, które wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2019 r.”;

- 15) Naczelna Rada Lekarska zwraca również uwagę na sprzeczność zachodzącą pomiędzy treścią projektu a jego uzasadnieniem. Projekt przewiduje, że dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza denty sty” będą mogły być wydawane na podstawie dotychczasowych przepisów nie dłużej niż do 30 czerwca 2018 r. podczas gdy z uzasadnienia projektu wynika, że nowe dokumenty mają być wydawane nie później niż od 1 stycznia 2019 r. W uzasadnieniu projektu znajduje się również niezgodzące oparcia w treści projektu stwierdzenie, że wymiana dotychczasowych dokumentów na nowe ma nastąpić w okresie sześciu miesięcy w 2018 r.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

WICEPREZES  
Romuald Krajewski

# Takich wizualizacji potrzeba

**GL**  
W Y W I A D



**Jan Witowski**, student medycyny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, opracował unikatową, prawdopodobnie najtańszą na świecie metodę tworzenia modeli wątroby 3D. Z wydrukowanych narządów już korzystają krakowscy chirurdzy, przygotowując się do operacji. Rozmawia **Lidia Sulikowska**.

**GL Dlaczego zajął pan się tworzeniem trójwymiarowych modeli wątroby?**

Wątroba ma skomplikowaną budowę, o wysokozmiennej anatomii. W przypadku operacji tego narządu, np. usunięcia guza nowotworowego, wzorowanie się jedynie na tomografii komputerowej nie jest idealnym rozwiązaniem. TK nie uwidoczni z dużą dokładnością wszystkich struktur, w tym m.in. położenia naczyń względem guza. Wówczas wykorzystanie modelu 3D, spersonalizowanego dla konkretnego pacjenta, sprawdza się świetnie. Lekarz może szczegółowo obejrzeć, z czym będzie miał do czynienia w czasie zabiegu. Pracuję w Studenckim Kole Naukowym II Katedry Chirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i to właśnie ze środowiska naszych chirurgów wyszło zapytanie o taki model.

**GL Na świecie, w tym w Polsce, produkuje się modele różnych narządów.**

Niestety z modelami wątroby 3D jest problem. Do tej pory tworzono je rzadko, gdyż ze względu na skomplikowaną strukturę do ich produkcji trzeba było używać specjalnych drukarek, które odwzorowywały poszczególne komponenty, zalewane w tej samej maszynie drogimi żywicami. Taki model kosztował nawet kilkanaście tysięcy złotych. Po wielu miesiącach prób opracowałem o wiele tańszą metodę. Na podstawie TK oryginalnego narządu obraz jest przetwarzany na komputerze, a poszczególne części drukuję na zwykłej drukarce 3D. Całość zalewam silikonem. Koszt zamknięcia się w kwocie kilkuset złotych. Udało się już wykonać około 10 modeli, wszystkie dla II Katedry Chirurgii w Krakowie. Jednostka ta już rutynowo używa trójwymiarowych modeli wątroby.

**GL Czy jest zainteresowanie ze strony innych placówek?**

Otrzymałem maile w tej sprawie z wielu polskich ośrodków, a także z różnych zakątków świata, m.in. z Australii, odezwali się także naukowcy z Uniwersytetu Stanforda. Dotychczasowe modele powstały dzięki grantom z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, są jeszcze środki na dalszą pracę, ale brakuje czasu i sprzętu, aby wszystkim pomóc. Myślę, że tą techniką mogłyby zainteresować się inne uniwersyteckie grupy naukowe.

**GL Nie planuje pan komercjalizacji tego pomysłu?**

Nie widzę takiego potencjału. Nie ma szans na opatentowanie tej metody, bo nie użyłem nowego materiału lub sprzętu. Chciałbym jednak, aby takie przedoperacyjne wykorzystanie modelu wątroby 3D było rutynową praktyką kliniczną.

**GL Czy jest to naprawdę pomocne?**

Uważam, że potrzebujemy takich wizualizacji. Prowadzimy badanie naukowe, w którym porównujemy wyniki operacji bez zastosowania modelu wątroby 3D i z jego wykorzystaniem. Chcemy udowodnić, że dzięki niemu można skrócić czas hospitalizacji i powikłań, bo zabieg jest precyzyjniej wykonany. Korzystanie z modeli ma też wymiar edukacyjny. To świetne narzędzie edukacyjne dla lekarzy i studentów, a także pacjentów.

**GL Konstruuje pan także modele innych narządów?**

Rozpocząłem współpracę z urologami Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Chcemy opracować model nerki 3D, zamierzamy tego dokonać w podobny sposób co w przypadku wątroby. Wykonuję też modele tętniaków i sporadycznie – serca, te jednak łatwiej wykonać i nie wymagają użycia innowacyjnej techniki. ○

# Suplementy pod kontrolą

W trosce o bezpieczeństwo pacjentów rynek suplementów diety należy uporządkować, ponieważ nie ma pewności, jaki jest skład tych produktów. Chodzi też o ich jakość, reklamę oraz dystrybucję.

✪ LUCYNA KRYSIAK

**D**yskusja na temat suplementów diety i słabo kontrolowanego rynku tych produktów coraz bardziej się rozszerza. Włączył się do niej także samorząd lekarski, który już pod koniec minionego roku wystosował w tej sprawie kilka apeli do Ministerstwa Zdrowia. Ich założenia były wypracowane na posiedzeniu Prezydium NRL. U ich podstaw leżało zaniepokojenie suplementami diety w kontekście coraz powszechniejszego ich zażywania, także przez osoby starsze, przewlekłe chore, a więc leczone przynajmniej kilkoma lekami jednocześnie.

Zdaniem lekarzy sprawa suplementów diety to nie tylko kwestia regulacji rynkowych, to przede wszystkim poważny problem medyczny, ponieważ ma związek z polipragmazją i zagrożeniami związanymi z wchodzeniem tych produktów w interakcje z lekami. – Jesteśmy zaniepokojeni tym zjawiskiem, ponieważ obawiamy się o bezpieczeństwo naszych pacjentów. Suplementów diety jest zatrzęsienie na rynku, pacjenci – najczęściej pod wpływem reklam – zażywają je w dużych ilościach, wierząc, że pomogą im wyzdrowieć. Tymczasem nikt dotąd nie badał suplementów diety pod kątem interakcji, np.

z lekami przeciwcukrzycowymi, przeciw nadciśnieniu tętniczemu, leków stosowanych w chorobach serca, podawanych w hipercholesterolemii czy środków przeciwbólowych – tłumaczy Zyta Kaźmierczak-Zagórska, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz wiceprzewodnicząca Rady Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia, w ramach której powołano zespół ds. suplementów diety. Zespół przygotowuje nowe rozporządzenia dotyczące tych produktów. W projektach zostały uwzględnione postulaty samorządu lekarskiego dotyczące rozwiązania tego problemu.

## POTRZEBNA EDUKACJA

Do zespołu pracującego nad nowymi rozporządzeniami regulującymi rynek suplementów diety włączył się też Departament Polityki Lekowej i Farmacji MZ, uznając, że problem jest znacznie poważniejszy, niż się na początku wydawało. Chodzi o badania składu suplementów diety i ocenę, w jaki sposób mogą wpływać na organizm. W przypadku suplementów nie ma obowiązku, jaki jest w przypadku leków, prowadzenia takich badań. Tak naprawdę nie wiadomo więc, co jest substancją czynną w takim preparacie. Nawet jeśli się w nim znajduje witamina C czy magnez, powinny być przebadane, także pod kątem powtarzalności, aby jedna

## ANKIETA

MZ planuje zbadać preferencje konsumentów dotyczących zażywania suplementów diety.

seria nie różniła się od innej, aby to, co jest na opakowaniu, naprawdę znajdowało się w tym preparacie.

Wprawdzie wielu lekarzy uważa, że suplementy działają jak placebo i nie mają żadnego wpływu na funkcjonowanie organizmu, jednak zagrożenie istnieje, szczególnie w produktach na bazie ziół. Jednak suplementy diety to nie leki i nie mogą podlegać wymogom dotyczącym badań medykamentów, jednak poszukuje się możliwości, aby przyrzec się ich składowi i działaniu.

Resort zdrowia planuje też szeroko zakrojone akcje edukacyjne i informacyjne na temat suplementów diety, a także badanie preferencji konsumentów dotyczących ich zażywania. – Podczas każdej wizyty u lekarza pacjent powinien pamiętać o tym, aby go poinformować, jakie suplementy diety zażywa, ponieważ tego rodzaju produkty kupuje w aptece na własną rękę i lekarz prowadzący nie ma na ten temat żadnej informacji w karcie zdrowia – zaznacza prezes Kaźmierczak-Zagórska i dodaje, że także lekarzy należy uczulić na ten problem, tym bardziej, że coraz częściej mamy do czynienia z polipragmazją, czyli wielolekowością, i suplementacja w tym wypadku może wywołać niepożądane, często nieprzewidziane reakcje. – Pacjenci sugerują się reklamą, nie znają nazw preparatów, wiedzą natomiast, że karczochy są na cholesterol, a witamina lewoskrętna na nowotwory. Ta wiara, że suplement diety ich cudownie uleczy, jest równie niebezpieczna, odchodzi od nauki i prawdziwej medycyny w stronę leczenia alternatywnego – podsumowuje wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska. ○

**WPRAWDZIE WIELU LEKARZY UWAŻA, ŻE SUPLEMENTY DZIAŁAJĄ JAK PLACEBO I NIE MAJĄ ŻADNEGO WPŁYWU NA FUNKCJONOWANIE ORGANIZMU, JEDNAK ZAGROŻENIE ISTNIEJE, SZCZEGÓLNI W PRODUKTACH NA BAZIE ZIOŁ.**

# Nie patrz schematami



**Marta  
Jakubiak**

Zastępca redaktora  
naczelnego  
„Gazety Lekarskiej”

Chory lekarz to pacjent taki sam, jak każdy inny. Czasami może być zagubiony, zdezorientowany, czasami sam nie jest w stanie – pomimo wiedzy, którą posiada – poradzić sobie z własną chorobą.

**I**nnym pomaga na co dzień, ale są sytuacje, w których w swojej sprawie staje się bezradny. I wtedy dobrze jest, gdy trafi do kolegi po fachu, który jest zdecydowany w swoim postępowaniu, i nie powie: pani jest przecież lekarzem, pani powinna to wiedzieć – mówi doktor Anna, lekarz dentysta z 20-letnim stażem, która zdecydowała się opowiedzieć nam swoją historię. – Choroba czasem odbiera możliwość logicznego myślenia. Nie można wzbudzać takiego poczucia winy. Może powinnam wiedzieć, ale nie wiem. Jestem chora i szukam pomocy – dodaje.

Każdy jest przestraszony swoim stanem zdrowia, również lekarz. Trzeba mu pomóc jak każdej innej osobie, nie patrząc na specjalizację czy tytuły. W życiu zawodowym można być profesorem, ale kiedy zaczynają się kłopoty z własnym zdrowiem, jest się po prostu chorym człowiekiem, który potrzebuje wsparcia.

## DŁUGA DROGA

Wszystko zaczęło się w zeszłym roku. – Byłam w trakcie przyjmowania pacjentów. W pewnym momencie poczułam się nie najlepiej. Zmierzyłam sobie ciśnienie. Okazało się, że wzrosło na tyle, że wieczorem po pracy musiałam pojechać na ostry dyżur i sprawdzić, co się dzieje. Tak też zrobiłam. Zostałam zbadana, wykonano EKG,



wykluczono zawał i odesłano mnie do domu – opowiada doktor Anna. Ponieważ jest dość dociekliwym lekarzem, zaczęła szukać przyczyn złego samopoczucia.

– Odwiedziłam wielu lekarzy specjalistów, między innymi kardiologa, okulistę, ginekologa, endokrynologa, ortopedę, rehabilitanta. Każdy stawiał swoją wyrzykową diagnozę, nieobejmującą mojego stanu zdrowia całościowo – wspomina. Dodatkowo zaczęły jej dokuczać bóle brzucha, w styczniu i w marcu była hospitalizowana.

Dwa razy korzystała też z nocnej pomocy lekarskiej. Ostatni raz

**▲ Dokuczały jej głównie bóle nocne, ale co rano wstawała i szła leczyć innych.**

w tygodniu przed lipcową hospitalizacją. – W nocnej pomocy lekarskiej mój problem został podciągnięty pod bóle międzyżebrowe związane z wykonywanym przeze mnie zawodem. To była bardzo błędna diagnoza. I pewnie gdyby nie moja dociekliwość oraz bóle, które się utrzymywały, jeszcze długo nie miałabym szansy na rozpoczęcie właściwego leczenia – opowiada. Zaniepokojona nieustąpieniem bólu po zaleconych lekach przez lekarza NPL wykonała prywatnie rezonans magnetyczny, który wykazał zmiany w okolicach płuca. Natychmiast zgłosiła się do izby przyjęć szpitala klinicznego.

– Trafiłam tam na dobrych ludzi, młodych kompetentnych lekarzy, którym jestem bardzo wdzięczna. Byli otwarci i nie bali się szukać tego, co może być najgorsze. Natychmiast została przyjęta do szpitala, w którym postawiono właściwą diagnozę. Jestem już w trakcie leczenia i mam nadzieję, że przyniesie ono dobre efekty, wierzę, że przeżyję – mówi. I dodaje, że chciałaby przestrzec swoje koleżanki i swoich kolegów przed opóźnieniem diagnozy względem innych lekarzy przez pobłażliwość albo tzw. dobre serce, żeby nikt nie przeoczył choroby pod tytułem chłtoniak. Jeśli pacjent cierpi i ciągle na coś się skarża, i nie wiadomo tak do końca, co mu jest, żeby wysłać takiego pacjenta na konsultację do onkologa, warto jak najwcześniej wykluczyć chorobę

onkologiczną. – By w przypadku wątpliwości diagnostycznych wykluczyć onkologię – podkreśla raz jeszcze.

#### **KAMUFLAŻ**

– W moim przypadku problem diagnostyczny wynikał według mnie z tego, że pierwsze objawy, które się pojawiły, stanowiły tak zwaną maskę chłoniaka. Trudno było nawet przypuszczać, że to może być taka choroba. Każdy z lekarzy, u których byłam, chciał być perfekcyjny w swojej wąskiej dziedzinie, ale nie patrzył na mnie jako na całość – opowiada.

To dochodzenie do prawdy było bardzo trudne. Dopóki nie została przyjęta

do szpitala, pracowała. Dokuczały jej głównie bóle nocne, ale co rano wstawała i szła leczyć innych. – Pracowałam do ostatniej chwili. I na szczęście ścieżkę onkologiczną przechodzę już wzorowo. Dano mi szansę na szybkie podjęcie leczenia. Spotkałam się z wielką życzliwością – mówi.

#### **CHCĘ OSTRZEC**

Kiedy lekarz prowadzący swoją indywidualną praktykę zachoruje, to – jak mówi doktor Anna – jest dramat. Jeśli ktoś ma jakieś zobowiązania finansowe i nie odłożył środków na taką sytuację, może mieć duży problem. Jeśli płaci tylko te najniższe składki

ubezpieczeniowe do ZUS-u, staje przed dylematem, z czego się utrzymać, jak przeżyć. Diametralnie zmienia się sytuacja całej rodziny. A jeśli lekarz jest głównym, czasem jedynym żywicielem rodziny, problem jest ogromny.

– Dlatego chciałabym przestrzec wszystkich, by pomyśleli o zabezpieczeniu się na wypadek choroby i związanej z tym utratą dochodów. Dzięki temu, że swego czasu kolega namówił mnie na dodatkowe ubezpieczenie, na początku choroby otrzymałam jednorazową wypłatę świadczeń. Jeśli jest się samozatrudnionym, warto pomyśleć, jak może pogorszyć się sytuacja finansowa w przypadku choroby: przy stawce 1200 zł płaconej w ZUS-ie za miesiąc na zwolnieniu lekarskim dostaje się niecałe 1400 zł miesięcznie – wylicza.

– Uwrażliwiam swoich kolegów lekarzy na powyższe problemy. Są mi wdzięczni, bo dzięki mojej historii widzą więcej, patrzą szerzej – podsumowuje. ☺

# NPL

W nocnej pomocy lekarskiej mój problem został podciągnięty pod bóle międzyżebrowe związane z wykonywanym przeze mnie zawodem.

W ŻYCIU ZAWODOWYM MOŻNA BYĆ PROFESOREM, ALE KIEDY ZACZYNAJĄ SIĘ KŁOPOTY Z WŁASNYM ZDROWIEM, JEST SIĘ PO PROSTU CHORYM CZŁOWIEKIEM.

REKLAMA

# Wizja zmian



Mariusz  
Tomczak

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

Nie ma prostej odpowiedzi na pytanie, jak poprawić sytuację w ochronie zdrowia. Uczestnicy Warsztatów Dialogu Społecznego zgodzili się, że udział środków publicznych przeznaczanych na ten cel jest w naszym kraju niewystarczający, ale ostrzegali, że zastrzyk finansowy to za mało.

**W** Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index) za 2016 r. Polska zajęła 31. miejsce, wyprzedzając Albanie, Bułgarię i Rumunię. Rok wcześniej mieliśmy przedostatnie, 33. miejsce, i był to spadek z 32. pozycji zajmowanej w poprzednim roku. Co zrobić, żeby było lepiej?

– Postawcie na rozwiązania sprawdzone w praktyce – radził prof. Johan Hjertqvist z Health Consumer Powerhouse. W jego ocenie potrzebne jest m.in. wprowadzenie jasnych zasad finansowania i mechanizmów konkurencji, stosowanie wynagrodzeń adekwatnych do wydajności, stworzenie ogólnodostępnego rankingu jednostek, z którego można czerpać wiedzę o jakości świadczonych usług, łatwy dostęp do dokumentacji medycznej oraz otwarcie się na nowoczesne zdobycze techniki: szerokie wykorzystanie komputerów i internetu przez lekarzy i personel niemedyyczny. Biorąc pod uwagę pozycję Polski we wspomnianym rankingu (uznawanym często za jeden z najważniejszych sposobów monitorowania opieki zdrowotnej na naszym kontynencie), a także w obliczu coraz głośniejszych i coraz śmiało formułowanych w debacie publicznej żądań skokowego wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia, wystąpienie dr. Jarosława Pinkasa z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (notabene do niedawna wiceministra zdrowia) niektórzy uznali za kontrowersyjne, a przynajmniej dość odważne. Choć przyznał, że najpopularniejsze rankingi porównujące sytuację w poszczególnych krajach

Unii Europejskiej bywają dla nas niekorzystne, to zwrócił uwagę na fakt, że można stworzyć taki model, w którym Polska mogłaby być w jego czołówce. Nie jest to teza postawiona na wyrost, bo od przyjętych założeń, doboru i ilości kryteriów czy przypisanej im roli, w łwiej części zależy końcowy wynik każdej klasyfikacji. Nie negując istoty takich rankingów jak EHCI, dr Pinkas zaproponował, żeby porównać to, „ile wkładamy” do systemu jako podatnicy, z tym, „ile dostajemy” jako pacjenci. – Za pieniądze, które wydajemy na ochronę zdrowia, dostajemy nadzwyczaj dużo – podkreślił dr Pinkas, dodając, że ta efektywność w znacznej mierze wynika z poczucia misji u dobrze zmotywowanych pracowników medycznych: lekarzy, pielęgniarek czy fizjoterapeutów.

## WYDATKI BĘDĄ ROSNĄĆ

Eksminister zdrowia zwrócił uwagę na to, że w kręgach ekspertów nie są odosobnione głosy, że na dłuższą metę żaden kraj nie udźwignie systematycznie rosnących wydatków na zdrowie wynikających z postępu w medycynie (m.in. innowacyjne technologie i nowoczesne leki). – A może kiedyś w Europie dojdzie do tego, że zostanie wprowadzony model wolnorynkowy w myśl zasady: „umiesz liczyć, licz na siebie”? – zapytał retorycznie dr Pinkas. Przypomniał, że na Starym Kontynencie nie istnieje jeden model organizacji opieki zdrowotnej, a jego stworzenia nie przewiduje żaden traktat UE. – Każdy kraj ma własny system, ale możliwy do porównania z innymi – zaznaczył. Kształt systemu ochrony zdrowia w danym kraju jest

„szyty na miarę” i zależy od wielu czynników: tradycji, kultury, rozwoju ekonomicznego, edukacji społeczeństwa i jego oczekiwań oraz ustroju społeczno-politycznego. W jego ocenie polską bolączką jest niedostateczne oparcie opieki zdrowotnej na dobrych relacjach, co często przekłada się na krytykowanie przez pacjentów i ich bliskich opieki po zetknięciu się z białym personelem. Czasami powód złej oceny bywa prozaiczny: brakuje pokoju, w którym lekarz w zacisznym miejscu, a nie na korytarzu, mógłby spokojnie porozmawiać z chorym i opowiedzieć mu o przebiegu wielogodzinnej, skomplikowanej operacji, wykonanej na najwyższym europejskim poziomie. – Ocena systemu zależy od zaspokojenia indywidualnych potrzeb zdrowotnych. Pacjenci, którym dano drugie życie, dzięki heroicznym lekarzom i heroicznym pielęgniarkom, wychodzą ze szpitala z poczuciem, że nic nie dostali – powiedział dr Pinkas, dodając, że czasami fatalne obiady podawane w trakcie pobytu w szpitalu rzutują na późniejszą ocenę całej hospitalizacji. Katarzyna Głowala, wiceminister zdrowia, nie zanegowała konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, niemniej podkreśliła, że w ślad za tym powinno iść wydawanie ich w efektywny sposób. Zapowiedziała, że w najbliższych tygodniach w systemie pojawi się dodatkowe ok. 600 mln zł. Około połowa tej puli będzie pochodzić z tzw. specustawy i ma przyczynić się do zmniejszenia kolejek do najbardziej deficytowych świadczeń (m.in. operacje zaćmy, endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego).

5%

– w Holandii tylko tyle wizyt w POZ kończy się wizytą u specjalisty.





Druga część trafi na zakup aparatury i sprzętu medycznego dla szpitali klinicznych, szpitali ogólnych czy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Ponadto, jak powiedziała minister Głowala, resort chce ulżyć szpitalom i uregulować ich zaległości finansowe z powodu nadwykoniań (w grę wchodzi ok. 1-1,5 mld zł).

### APELE SAMORZĄDU

Zdaniem Leszka Dudzińskiego, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, to jednak za mało. – Wzrost składki zdrowotnej jest nieunikniony. Im wcześniej to nastąpi, tym lepiej. Współpłacenie jest pożądane i w części społecznie akceptowane – podkreślił. Już kilka lat temu Krajowy Zjazd Lekarzy opowiedział się za zwiększeniem nakładów na ochronę zdrowia do 13 proc. podstawy wymiaru składki zdrowotnej, choć on sam zdaje sobie sprawę, że zapotrzebowanie zawsze będzie dużo większe od możliwości finansowych. Istotne byłoby wprowadzenie konkurujących ze sobą instytucji ubezpieczeniowych, pożądane byłoby pełne równouprawnienie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnych oraz praktyk lekarskich, „koszyk świadczeń gwarantowanych” powinien być adekwatny do wielkości środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, w jakimś wymiarze należałoby wprowadzić współpłacenie za świadczenia ze strony pacjentów – wyliczał wiceprezes NRL. W jego ocenie idea utworzenia Narodowej Służby Zdrowia forsowana przez kierownictwo resortu zdrowia z ministrem Konstantym

Radziwiłem stanowi odejście od założeń określonych przez środowisko lekarskie. – Obecny system nie jest najgorszy, ale pozostawia wiele do życzenia, dlatego warto dyskutować o zmianach – dodał dr Dudziński. Wiceprezes NRL z rezerwą mówił o pokładaniu wielkich nadziei na poprawę sytuacji w informatyzacji coraz śmielej wkraczającej do placówek medycznych. – Gdy system informatyczny zawiesza się na dwie godziny, jesteśmy totalnie rozłożeni: nie można przyjąć pacjenta, wydać skierowania albo zlecić leku – wyliczał. Tę opinię potwierdził prof. Piotr Hoffman, były prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wskazując, że komputery często są przestarzałe, a szpitale nie są w stanie zaproponować dobrych warunków finansowych informatykom, na czym w ostatecznym rezultacie cierpią i lekarze, i pacjenci. Przed potępianiem komputeryzacji w czambuł przestrzegali prof. Piotr Czauderna z Narodowej Rady Rozwoju. – Bez całościowej informatyzacji ochrony zdrowia nie ma mowy o sprawnym zarządzaniu. Macedonia tylko dzięki wprowadzeniu e-rejestracji do badań obrazowych w czasie rzeczywistym podskoczyła w rankingu EHCI o 12 miejsc do góry – powiedział.

### POZ, OPIEKA KOORDYNOWANA

Dr Katarzyna Kolasa z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stwierdziła, że obecność kolejnych środków w systemie z pewnością pomoże, ale nie doprowadzi do znalezienia optymalnych rozwiązań. – Zwiększenie finansowania jest konieczne, ale potrzeba też zmian

organizacyjnych – przyznał prof. Hoffman. Przykład? W jego ocenie część pacjentów kardiologicznych z powodzeniem można by leczyć w ośrodkach o niższym stopniu referencyjności, natomiast najlepsze placówki powinny być gratyfikowane tak, by wykonywać transplantacje serca czy trudne zabiegi przezewnikowe. – Szpital o najwyższym poziomie referencyjności nie może gonić za pieniędzmi, lecząc wszystkich, ponieważ z tego powodu nie ma w nim tych najciężej chorych – podkreślił. Dodał, że oszczędności przyniosłoby także wprowadzenie opieki kompleksowej. Podobne wątki podniósł prof. Czauderna. Jego zdaniem niedostateczny dostęp do świadczeń zdrowotnych wynika nie tylko z niedofinansowania, ale również ze złej organizacji, w tym przede wszystkim z fragmentacji systemu ochrony zdrowia. Polskie placówki działają niczym „wyzolowane wyspy”, dlatego należy wprowadzić w życie ideę skoordynowanego zarządzania chorobami z kluczową rolą podstawowej opieki zdrowotnej i przekierowaniu do niej pacjentów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. POZ należałoby dołożyć środków, zaś lekarzom rodzinnym dodać kompetencji, bowiem przenoszenie opieki na wyższy poziom generuje wyższe koszty. Obecnie, jak przypomnieli, NFZ przeznacza dla POZ niecałe 12 proc. budżetu, lekarze rodzinni domagają się zaś 20 proc. – Ale coś za coś. To nie może być 20 proc. za to, z czym mamy do czynienia teraz. Jeżeli nic się nie zmieni i POZ będzie działał tak jak dziś to te pieniądze zostaną stracone – podkreślił. Jako reprezentant medycyny szpitalnej doskonale zdaje sobie sprawę, że pogląd o kluczowej roli opieki podstawowej jest niepopularny wśród specjalistów i lekarzy szpitalnych, ale przemawiają za tym fakty, liczby i doświadczenia krajów mających systemy najlepiej oceniane przez

← Od lewej: Katarzyna Głowala, dr Jarosław Pinkas, prof. Piotr Czauderna, prof. Johan Hjertqvist

**– WZROST SKŁADKI ZDROWOTNEJ JEST NIEUNIKNIONY. IM WCZEŚNIEJ TO NASTĄPI, TYM LEPIEJ. WSPÓŁPŁACENIE JEST POŻĄDANE I W CZĘŚCI SPOŁECZNIE AKCEPTOWANE – PODKREŚLIŁ DR LESZEK DUDZIŃSKI.**

**13%**

– o zwiększenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej do tego poziomu zaapelował Krajowy Zjazd Lekarzy.



pacjentów. – W Holandii fundamentem systemu jest POZ. 5 proc. wizyt w POZ kończy się następnie wizytą u specjalisty, zupełnie inaczej niż w Polsce – dowodził prof. Czuderna. Opinie obu profesorów o konieczności daleko idących zmian organizacyjnych podzieliła Beata Ambroziewicz, prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów: – Nie można rozmawiać o finansowaniu ochrony zdrowia bez dyskusji o jej organizacji.

#### EMPATIA A BIUROKRACJA

O ile w wydatkach na zdrowie per capita w porównaniu do krajów OECD nie mamy czym się chwalić, to – jak zwrócił uwagę dr Adam Kozierekiewicz, ekspert ochrony zdrowia – pod względem proporcji środków prywatnych i publicznych wydawanych na zdrowie Polska znacząco nie odbiega od innych państw w Europie. Podkreślił, że na opinie o dostępności do służby zdrowia negatywnie rzutują wielomiesięczne kolejki do AOS. Przy zarządzaniu tak skomplikowanym systemem lekarze nie powinni być pozostawieni sami sobie, bowiem niezwykle ważne jest dokonywanie oceny jakości. Właśnie w kierunku łączenia zapłaty za świadczenie z wykonywaną jakością ewoluują „systemy zaawansowane”, ale Polska – przynajmniej zdaniem dr. Kozierekiewicza – powinna na to jeszcze zaczekać. Przysłowiowy kij w mrowisko włożył Paweł Chorąży, sekretarz stanu w Ministerstwie Rozwoju, mówiąc, że zanim rozpocznie się dyskusja nad tym, co zrobić z rosnącymi nakładami, trzeba rozmawiać o tym, co można udoskonalić obecnie. Jego zdaniem skoro kształcenie lekarzy kosztuje krocie, to zdobycie dyplomu powinno wiązać się np. z koniecznością odpracowywania przynajmniej części nakładów ponoszonych z tego tytułu przez wszystkich podatników, a poza tym żadne pieniądze nie zmienią niewłaściwego nastawienia, z którym pacjenci stykają się

w niektórych gabinetach lekarskich. – Dlaczego pani siedząca w okienku i wydająca prawo jazdy czy dowód osobisty jest w stanie spojrzeć w oczy czy wyjaśnić coś prostymi słowami, a lekarz czasami nie utrzymuje z pacjentem nawet kontaktu wzrokowego? – zapytał retorycznie. W polemikę z tymi słowami wszedł dr Dudziński, przyznając, że dobre relacje między lekarzem i pacjentem są niesłychanie ważne, a winą za to, że czasami ich brakuje, obarczył rozbuchaną sprawozdawczość. – Zmiany administracyjno-biurokratyczne ułatwiają zarządzanie, ale w wielu sytuacjach utrudniają pracę personelowi medycznemu. Lekarz ma 4 minuty na to, żeby efektywnie przeprowadzić wywiad z pacjentem, a resztę spośród 20 minut poświęca biurokracji. Jeśli tak to wygląda, nie ma co oczekiwać, że doktor będzie patrzył pacjentowi w oczy. Nie da się, bo tak jest zorganizowany system – powiedział wiceprezes NRL.

#### PACJENCI, NIE POLITYCY

– Pacjent odbiera służbę zdrowia przez kontakt z personelem. To nie mogą być przygodne kontakty na korytarzu – dodał prof. Hoffman, nawiązując do słów dr. Pinkasa. Do wystąpienia tego ostatniego nawiązała również Zofia Małas, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, zgadzając się z opinią, że polscy pacjenci dostają „tak wiele za tak mało” dzięki „heroizmowi” medyków, mimo że pracownicy nie są zadowoleni z wysokości swoich wynagrodzeń. – Za rzadko i za mało mówi się o ludziach. Średnia wieku pielęgniarek wynosi ponad 50 lat, u lekarzy jest podobnie. Mamy lukę pokoleniową – podkreśliła. W jej ocenie nadszedł najwyższy czas, żeby nadrobić „wieloletnie zaniedbania”, a bez troski o zastępowalność pokoleń wśród pielęgniarek i położnych nie poprawi się jakość opieki, zwłaszcza szpitalnej. – Nie będzie dobrej opieki w sytuacji, gdy mamy za mało

personelu – powiedziała szefowa NIPiP. Z kolei Małgorzata Pietrzak, wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej, zwróciła uwagę na niewykorzystany potencjał farmaceutów, tak ważny m.in. w obliczu szczupłości kadr lekarskich. O, wydawałoby się dość oczywistej sprawie, wspomniała Maria Libura, ekspert ochrony zdrowia, mówiąc, że wydatki Polaków na zdrowie rosną nawet bez zwiększenia środków pochodzących z podatków. – Wystarczy spojrzeć na coraz większy udział pieniędzy pochodzących bezpośrednio z kieszeni pacjentów albo popularność leków OTC czy preparatów paramedycznych – powiedziała. – Bez radykalnych zmian poprawa finansowania nie przyniesie radykalnych efektów. Potrzebne są zarówno pieniądze, jak i znalezienie modelu, w którym będą one „naprawiały” system – podsumował kilkugodziną dyskusję prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL, który wraz z Ewą Borek z Fundacji My Pacjenci prowadził wrześniowe Warsztaty Dialogu Społecznego. W jego opinii o zmianach powinni dyskutować pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia przy współudziale ekspertów i osób posiadających duże doświadczenie w administrowaniu systemem ochrony zdrowia, a uczestnictwo polityków w tej dyskusji należałoby ograniczyć. Zadaniem tych ostatnich, jak stwierdził prof. Krajewski, powinno być realizowanie wypracowanych przez pacjentów i medyków zasad działania systemu. Z jego obserwacji życia politycznego wynika, że kiedy rządzący zgłaszają jakąś propozycję to natychmiast spotyka się ona z krytyką ze strony opozycji niezależnie od tego, kto jest u władzy. Co więcej, nie ma najmniejszego znaczenia, czy pomysł wydaje się słuszny, czy też nie. Czas to zmienić. – Patrzmy na ochronę zdrowia nie w perspektywie kilku lat, lecz długofalowo – zaapelował wiceprezes samorządu lekarskiego. ○

^ Od lewej:  
prof. Piotr Hoffman,  
Zofia Małas,  
Małgorzata Pietrzak,  
Maria Libura.



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

# W rozmiarze XXL

Polska zajmuje 6. miejsce w Europie pod względem liczby osób otyłych – tak wynika z najnowszej edycji Światowego Indeksu Bezpieczeństwa Żywnościowego [Global Food Security Index]. Kto nas wyprzedza w tym niechlubnym rankingu? Jak wypadamy na tle całego świata?

📍 LIDIA SULIKOWSKA

**C**zego możemy się dowiedzieć z najnowszego rankingu GFSI? W zestawieniu wzięto pod uwagę osoby dorosłe, których BMI (Body Mass Index) wynosi powyżej 30. Według zebranych danych, w Polsce jest 23,2 proc. ludzi otyłych. To o 1,7 proc. więcej niż średnia w Europie.

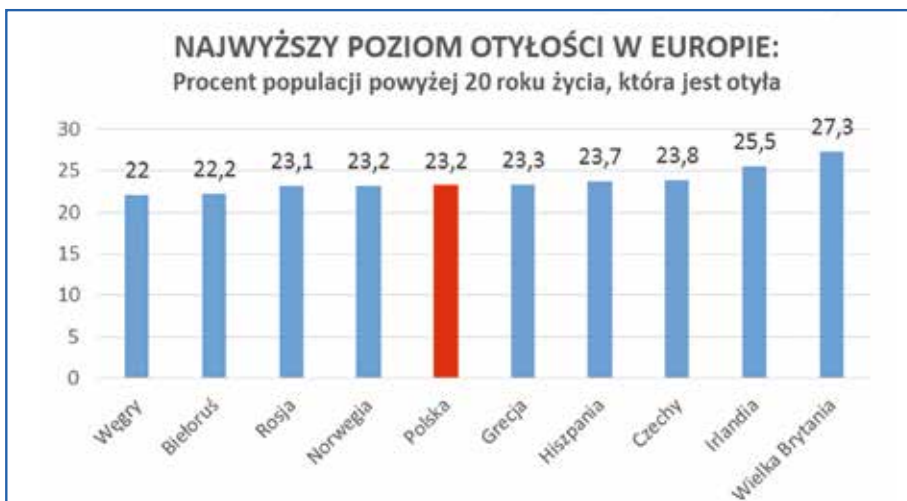
Pocieszające jest to, że choć nieznacznie (o 2 proc.), to jednak nastąpił spadek odsetka osób borykających się z tą chorobą w porównaniu z ubiegłym rokiem. Liderami w Europie są Brytyjczycy, gdzie już ponad 27 proc. społeczeństwa stanowią osoby otyłe, za nimi uplasowali się Irlandczycy (25,5 proc.) i Czesi (23,8). Przed nami znaleźli się jeszcze Hiszpanie i Grecy. Polska zajmuje 6. pozycję ex aequo z Norwegią, a za nami jest Rosja (23,1 proc.), Białoruś (22,2 proc.) i Węgry (22 proc.). Tak wygląda pierwsza dziesiątka na Starym Kontynencie.

## GDZIE JEST NAJGORZEJ?

Jak ciężka jest reszta świata? Jeszcze bardziej niż Europa. Pierwsze miejsce zajmuje Kuwejt – mieszka tam aż 37,1 proc. ludzi otyłych. Tuż za nim znalazł się Katar (36,9 proc.). Trzecie miejsce zajmuje USA, gdzie na otyłość cierpi 34,3 proc. obywateli. Kolejne miejsca należą do: Arabii Saudyjskiej (33,5 proc.), Jordanu (31,5 proc.), Zjednoczonych Emiratów Arabskich (31,4 proc.), Egiptu (30,4 proc.), Bangladeszu (29,4 proc.), a także Turcji (29,3 proc.) i Nowej Zelandii (29,2 proc.).

## KRAJE W FORMIE

Które państwa są z kolei najszczuplejsze? Najniższy odsetek osób otyłych



w Europie odnotowano w Serbii (17,8 proc.), drugie miejsce zajęła Holandia (18,6 proc.), a trzecie Dania (19 proc.). W pierwszej dziesiątce znalazły się również: Austria, Szwajcaria, Portugalia, Szwecja, Ukraina, Rumunia i Finlandia. Jeśli chodzi o wyniki na świecie, w pierwszej dziesiątce państw z najmniejszym odsetkiem populacji otyłej stanowią kraje nierozwinięte – pierwsze trzy pozycje należą do Wietnamu, Kambodży i Burundi (maksymalnie 3 proc. społeczeństwa to osoby z BMI powyżej 30). Znakomitym wyjątkiem, mogącym być przykładem dla reszty krajów rozwiniętych, jest Japonia, w której jedynie 3,3 proc. mieszkańców cierpi na otyłość.

## EPIDEMIA NASZYCH CZASÓW

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, już 1,9 mld dorosłych na świecie ma nadwagę, w tym 650 mln cierpi na otyłość. Problem nadmiernych kilogramów dotyczy też ponad 380 mln dzieci i młodzieży. WHO uznała otyłość

za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która nieleczona prowadzi do kolejnych problemów zdrowotnych. Każdego roku zabija co najmniej 2,8 mln ludzi. Problem nie omija Polski, co pokazuje nie tylko ranking GFSI, ale również wiele innych raportów. Przypomnieć wystarczy choćby wyniki II Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ II), przeprowadzonego w latach 2013-2014, z których wynika, że problem nadwagi (BMI 25-30) lub otyłości dotyczył 69 proc. mężczyzn i 59 proc. kobiet. Coraz grubsze są także polskie dzieci. Polska potrzebuje skutecznych interwencji, aby tę sytuację poprawić. 📍

^ Źródło: DuPont, Światowy Indeks Bezpieczeństwa Żywnościowego 2017.

Światowy Indeks Bezpieczeństwa Żywnościowego, opracowany przez Economist Intelligence Unit (EIU), uwzględnia 113 krajów. Otyłość to tylko jeden z 28 czynników, który badali autorzy tego zestawienia. Biorąc pod uwagę pozostałe, ustalany jest ranking krajów pod względem bezpieczeństwa żywnościowego. Polska wypada w nim całkiem nieźle, zajmując 27. miejsce na świecie (pomiędzy Kuwejtem i Omanem) i 17. w Europie (za Czechami, przed Grecją). Liderem na świecie jest Irlandia, drugie miejsce zajmuje USA, tuż przed Wielką Brytanią.

# W diagnostycznym ogonie Europy?

Pod koniec sierpnia Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport na temat stanu diagnostyki laboratoryjnej w Polsce. Wynika z niego, że wydajemy na nią mniej środków niż zdecydowana większość krajów UE, nie dbamy wystarczająco o jakość, a resort zdrowia jest bezczynny wobec tej sytuacji.

● LIDIA SULIKOWSKA

**B**adania laboratoryjne są najtańszym i najłatwiej dostępnym źródłem informacji medycznej – podkreśla Krzysztof Kwiatkowski, prezes Najwyższej Izby Kontroli. Czy w Polsce wykonywane są efektywnie? Raport NIK-u pokazuje, że tak nie jest, udowadniając tym samym opinie różnych środowisk, które od lat sygnalizują nieprawidłowości i potrzebę zmian.

## NIE DZIAŁAMY PREWENCYJNIE

Z danych zebranych w raporcie wynika, że wypadamy słabo na tle krajów Unii Europejskiej w kwestii wysokości nakładów na wyroby do diagnostyki laboratoryjnej – wynoszą one jedynie 8,5 euro na osobę. Mniej pieniędzy na ten cel przeznaczają jedynie Węgry (7 euro per capita), Rumunia (6 euro), Bułgaria (3,9 euro) i Cypr 2,3 (euro), podczas gdy np. w krajach nadbałtyckich jest to 9,8-12 euro, w Chorwacji – 13,4 euro, Holandii – 17,3 euro, Francji – 21,5 euro, w Słowenii – 23 euro. Najwięcej wydaje się w Luksemburgu (34,2 euro), Belgii (33,5 euro) i Austrii (30,1 euro).

Szacuje się, że badania diagnostyczne powinny generować około 10 proc. wszystkich kosztów świadczeń opieki

zdrowotnej. Tymczasem wartość tego wskaźnika w kontrolowanym przez NIK okresie (lata 2015-2016) w badanych podmiotach leczniczych wyniosła jedynie 3,3 proc. Przytłaczającą większość badań laboratoryjnych (85 proc.) wykonywano w ramach leczenia szpitalnego, a więc medycyny naprawczej. Mało produktywna w tym zakresie jest podstawowa opieka zdrowotna. W opinii kontrolerów NIK, gdyby udało się zwiększyć zakres i liczbę badań laboratoryjnych w profilaktyce, czyli głównie w POZ, to częściej udawałoby się wykryć choroby we wczesnym stadium rozwoju, redukując tym samym liczbę zaawansowanych zachorowań i czas leczenia. W dłuższej perspektywie dałoby to oszczędności dla systemu.

Niestety sposób, w jaki są finansowane badania, ogranicza ich dostępność. Nie są one odrębnie kontraktowane przez NFZ (wyjątek: badania genetyczne), co zdaniem ekspertów NIK może powodować ograniczanie ich zlecenia przez lekarzy. Temat nie jest nowy, na problem ten wielokrotnie zwracała uwagę Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych i konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

## GDZIE JEST JAKOŚĆ?

Kontrolerzy wzięli pod lupę także

## 13 GODZIN

nawet tyle czasu trwał transport materiału biologicznego do laboratorium.

jakość wykonywanych świadczeń. Badania laboratoryjne są podstawą dalszego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Muszą być rzetelne. Jak jest w praktyce? W 28 proc. kontrolowanych jednostek wykryto nieprawidłowości w funkcjonowaniu wewnątrzlaboratoryjnego systemu zarządzania jakością (m.in. brak rejestru i analizy błędów, niezamieszczanie w formularzach zlecenia daty i godziny pobrania materiału do badania i przyjęcia go do laboratorium). 29 proc. badanych laboratoriów miało kierownika medycznego bez wymaganych kwalifikacji. Jeśli już jednak kompetentny kierownik się znalazł, to często pełnił tę funkcję w kilku laboratoriach (od 2 do 8).

Zdaniem NIK przyczyną tego stanu rzeczy są braki kadrowe. Ujawniono też inne niedomagania. 32 proc. kontrolowanych laboratoriów nie zapewniało na miejscu nadzoru diagnostyki laboratoryjnej nad wykonywanymi czynnościami (naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej). Ponadto nieterminowo przeprowadzano przeglądy techniczne. 15,5 proc. skontrolowanej aparatury i sprzętu medycznego nie sprawdzano z częstotliwością zalecaną przez producentów i autoryzowane serwisy. Stwierdzono



▲ **Funkcjonowanie diagnostyki laboratoryjnej wymaga zmian systemowych. Minister zdrowia zarządzeniem z 22 lutego 2017 r. powołał zespół, który zajmuje się opracowaniem projektu nowelizacji o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.**

też przekraczanie limitów czasu poszczególnych faz procesu diagnostycznego, co mogło prowadzić do uzyskania niewiarygodnego wyniku.

#### **NIESŁAWNY OUTSOURCING**

Ekspertki zwracają też uwagę na spadek liczby laboratoriów publicznych. Część szpitali wydziela je ze swoich struktur i przekazuje do prowadzenia podmiotom zewnętrznym. Zjawisko to jest najbardziej powszechne w woj. wielkopolskim, opolskim i śląskim. – Szpitale często dążą do wprowadzania laboratoriów poza własną strukturę, tak aby stworzyć sobie możliwości wyboru najtańszej oferty. NIK tego nie krytykuje, jednak zwracamy uwagę, że proces ten skutkowało w niektórych przypadkach przewożeniem próbek z materiałem biologicznym na znaczną odległość, co mogło mieć negatywny wpływ na jakość badania – tłumaczy Krzysztof Kwiatkowski. W części przypadków transport trwał do 3 godzin, wystąpiły też i takie, gdzie wydłużył się do 13 godzin, a nawet do dnia następnego po pobraniu.

#### **ROLA MINISTRA**

Autorzy raportu mocno krytykują postawę ministra zdrowia, twierdząc, że nie nadzorował skutecznie obszaru diagnostyki laboratoryjnej. Informują m.in. że w latach 2015-2016 nie przeprowadził żadnej kontroli medycznego laboratorium diagnostycznego, mimo że zgodnie z w ustawą o działalności leczniczej, ma kompetencje, by to zrobić.

Minister zdrowia odiera te zarzuty. Konstanty Radziwiłł, w piśmie przesłanym Polskiej Agencji Prasowej tłumaczy, że ma prawo, ale nie obowiązek przeprowadzenia kontroli, więc może to czynić w razie uzasadnionej potrzeby, której w przypadku medycznych laboratoriów diagnostycznych nie zidentyfikowano. Dodał, że „liczba skarg dotyczących diagnostyki laboratoryjnej w ogólnej liczbie tego typu sygnałów w latach 2015-2016 wynosiła 0,16 proc. i miała charakter marginalny, a w związku z powyższym ww. obszar nie dawał podstaw do podjęcia działań na szeroką skalę związanych z szacowaniem ryzyka i w konsekwencji podjęcia przez ministra zdrowia czynności kontrolnych”.

Elżbieta Puacz, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, w oficjalnym stanowisku zgłosiła kategorię sprzeciw wobec argumentacji ministra zdrowia. Zwróciła uwagę, że liczba skarg nie może być jedynym wskaźnikiem podjęcia interwencji oraz że KRDL od wielu lat informowała Ministerstwo Zdrowia o złej sytuacji diagnostyki laboratoryjnej.

#### **CO DALEJ?**

Funkcjonowanie diagnostyki laboratoryjnej wymaga zmian systemowych. Minister zdrowia zarządzeniem z 22 lutego 2017 r. powołał zespół, który zajmuje się opracowaniem projektu nowelizacji o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Prace miały zakończyć się 25 września br. – Obecnie

członkowie zespołu ustalają ostateczną wersję dokumentu „Analiza sytuacji w obszarze diagnostyki laboratoryjnej w Polsce”, który zostanie przedstawiony do akceptacji ministra zdrowia – poinformowała naszą redakcję w październiku Milena Kruszewska, rzecznik prasowy ministra zdrowia. Dotychczas (w momencie druku tego numeru) go nie opublikowano.

Resort zdrowia na pewno widzi zjawisko wyprowadzania laboratoriów medycznych poza szpital. Konstanty Radziwiłł informował za pośrednictwem mediów, że analizowane jest ewentualne stworzenie uregulowań prawnych w kwestii obligatoryjnego umiejscowienia medycznego laboratorium diagnostycznego w szpitalach.

Opublikowano także projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, który ujednotacza zasady stosowane przy wydawaniu świadectw i zaświadczeń przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej i Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (sankcjonuje dotychczasową praktykę w tym zakresie).

Co z innymi problemami? Kiedy poznamy nowelizację ustawy o diagnostyce laboratoryjnej i czy zaproponowane w niej rozwiązania zmienią sytuację w tym obszarze? Czy środowiska medyczne i diagnostyczne będą tymi zmianami usatysfakcjonowane? Czas pokaże. ○

# Nobel za zegar, z muszką w tle



Nagrodę Nobla z dziedziny fizjologii lub medycyny w 2017 r. otrzymali trzej naukowcy z USA: Jeffrey C. Hall i Michael Rosbash z Brandeis University oraz Michael Young z Rockefeller University.

● ELŻBIETA PYZA

^ Od lewej:  
Jeffrey C. Hall,  
Michael Rosbash,  
Michael Young

**N**agrodą Nobla uhonorowano ich wyniki badań nad molekularnym mechanizmem wewnętrznego zegara organizmów, zwanego okołodobowym zegarem biologicznym lub zegarem cyrkadialnym (ang. circadian clock). Zegar ten generuje rytmy dobowe, które występują prawie we wszystkich procesach biochemicznych i fizjologicznych organizmów, a u zwierząt także w zachowaniu.

Przykładem takiego rytmu jest dobowy rytm snu i czuwania u człowieka. Samo zjawisko rytmów dobowych w procesach życiowych roślin i zwierząt było znane od XVIII w. Jednym z pierwszych uczonych, który stwierdził, że rytmy

dobowe generowane są przez wewnętrzny zegar organizmu, a nie przez dobowy rytm zmian dnia i nocy, był francuski astronom Jean Jacques de Marra, który zaobserwował, że dobowy rytm ruchów liści mimozy nadal utrzymuje się, kiedy roślina jest umieszczona w całkowitej ciemności. To był dowód, że dobowy rytm ruchów liści tej rośliny nie powstaje w wyniku dobowych zmian dnia i nocy, ale generowany jest wewnętrznie w organizmie rośliny.

Karol Linneusz wykorzystał zjawisko dobowego rytmu otwierania i zamykania się kwiatów roślin do stworzenia zegara kwiatowego, w którym kolejne godziny doby wyznaczały otwierające się kwiaty różnych gatunków roślin. Dalsze badania wykazały, że rytmy dobowe

występują u wszystkich organizmów i generowane są przez wewnętrzny zegar. Ten zegar cyrkadialny generuje rytmy o okresie krótszym lub dłuższym od 24 godzin, czyli okołodobowe, ale w warunkach dobowych zmian światła i ciemności, czyli dnia i nocy, zegar ulega synchronizacji i generuje rytmy dobowe.

Mechanizm molekularny zegara długo nie był znany, a do jego rozszyfrowania przyczyniły się badania na muszce owocowej *Drosophila melanogaster*. W 1971 r. Ron Konopka i Seymour Benzer opublikowali pracę, w której opisali gen, nazwany *period* (*per*), niezbędny do funkcjonowania zegara. U mutantów muszki tego genu okres rytmu, normalnie równy 24 godzinom w warunkach dnia i nocy, był dłuższy (mutanty o długim okresie

rytmu) lub krótszy (mutanty o krótkim okresie rytmu) od 24 godzin.

Nobliści, wraz ze współpracownikami, zidentyfikowali inne geny molekularnego mechanizmu zegara, m.in. *timeless (tim)*, *clock (clk)*, *cycle*, *cryptochrome (cry)* i odkryli jego mechanizm oparty na kilku pętlach sprzężeń zwrotnych, z których główna pętla polega na cyklicznej ekspresji (transkrypcji) dwóch głównych genów zegara *per* i *tim*, a następnie syntezy (translacji) ich białek PER i TIM, które muszą utworzyć pary – dimery zapewniające im stabilność.

Aktywność genów *per* i *tim* rozpoczyna się pod koniec dnia i jest kontynuowana w nocy, a synteza ich białek zachodzi 5 godzin później w nocy. Białka PER i TIM, po nagromadzeniu się w odpowiedniej ilości w cytoplazmie komórek zegara i utworzeniu dimerów, przechodzą do jądra komórkowego, hamując aktywność własnych genów. Po zakończeniu hamowania, co dzieje się na początku dnia, gdyż światło za pośrednictwem kryptochromu CRY degraduje najpierw

## ODKRYCIE GENÓW I MOLEKULARNEGO MECHANIZMU ZEGARA MA ZNACZENIE NIE TYLKO POZNAWCZE. MUTACJE GENÓW ZEGARA U CZŁOWIEKA SĄ PRZYCZYNĄ ZABURZEŃ SNU.

TIM, a w konsekwencji także PER, transkrypcja *per* i *tim* może się znowu rozpocząć i cały cykl się powtarza.

Późniejsze badania innych naukowców wykazały, że podobny molekularny mechanizm zegara, oparty na pętlach sprzężeń zwrotnych, w których białka regulują ekspresję własnych genów, występuje również u ssaków, w tym u człowieka. Stwierdzono również, że podobne geny m.in. *Per1-3*, także odgrywają kluczową rolę w mechanizmie zegara u ssaków.

Odkrycie genów i molekularnego mechanizmu zegara ma znaczenie nie tylko poznawcze. Mutacje genów zegara u człowieka są przyczyną zaburzeń snu, np. rodzinnego zespołu przyspieszonej fazy snu. Ponadto wiadomo już, że zaburzenia rytmiki dobowej procesów życiowych prowadzą do rozwoju

poważnych chorób, takich jak nowotwory, otyłość, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, astma, depresja i inne choroby psychiczne.

Na razie sterowanie zegarem, aby szybko dostosował się do naszych potrzeb – np. w przypadku pracy zmianowej, podróży międzykontynentalnych na wschód lub zachód, zmian pory snu – nie udaje się, ale w leczeniu niektórych chorób związanych z zaburzeniami zegara są pewne sukcesy. Do takich terapii należy stosowanie silnego światła, ponad 1000 lux, o określonej porze doby, w leczeniu depresji. Wykazano również, że w terapii wielu chorób znaczenie ma chronofarmakologia, czyli podawanie środków farmakologicznych o określonej porze doby, przez co są one bardziej skuteczne i mniej toksyczne. ○

REKLAMA

# Sepsa, rosnące zagrożenie



Szacunkowo w Polsce z powodu sepsy umiera 25 tys. osób rocznie. Podejrzewa się jednak, że ten wskaźnik może być znacznie wyższy, ale trudno to ocenić, ponieważ nie rejestruje się przypadków tej choroby.

📍 LUCYNA KRYSIAK

**Z**daniem członków Stowarzyszenia na Rzecz Badania i Leczenia Sepsy „Pokonać sepsę”, wkrótce będzie musiało się to zmienić, ponieważ 26 maja tego roku w Genewie została przyjęta rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia, będącego organem wykonawczym WHO, dotycząca diagnozowania, leczenia i zapobiegania sepsie.

– Wprawdzie dotąd nie ma decyzji w resorcie zdrowia, jak Polska wdroży ten dokument, to wcześniej czy później jako członek Unii Europejskiej będzie musiała to zrobić – zastrzega prof. Andrzej Kübler, prezes tego stowarzyszenia, przez lata związany z oddziałami intensywnej terapii i dodaje, że świadomość zagrożenia sepsą jest w Polsce wciąż niedostateczna, dlatego należy sprawę nagłośnić i uczulić lekarzy, że jest to choroba, która zaczyna się w gabinetach lekarzy POZ i na SOR-ach. Zwykle zapalenie płuc, dróg moczowych, nie mówiąc już o zapaleniu opon mózgowych czy powikłaniach chirurgicznych, może bowiem szybko przerodzić się w zakażenie całego organizmu, a to oznacza sepsę.

## ZALECENIA REZOLUCJI

W rezolucji przede wszystkim rekomenduje się włączenie zapobiegania,

rozpoznawania i leczenia sepsy do państwowych programów polityki zdrowotnej, co w praktyce oznacza, że sepsa będzie traktowana w ten sam sposób, jak nowotwory i choroby układu krążenia, do zwalczania których opracowano krajowe strategie. To samo dotyczy wdrażania standardów postępowania w sepsie, które mają być traktowane jak wytyczne dotyczące postępowania np. w leczeniu zawałów serca czy nowotworów.

W rezolucji silny nacisk kładzie się na zwiększenie świadomości społecznej i pracowników opieki zdrowotnej na temat sepsy, a także na organizowanie systemu szkoleń dotyczących tej choroby. Zdaniem prof. Küblera, najpilniejszym zadaniem będzie stworzenie nowoczesnego rejestru sepsy, powołanie wielodyscyplinarnych zespołów do spraw sepsy, a także wprowadzenie tej tematyki do programów studiów lekarskich oraz szkoleń specjalistycznych. Dotąd w wielu przypadkach zgonów z powodu sepsy w historiach choroby nie uwzględnia się choroby z podaniem numeru

klasyfikacji międzynarodowej. – Tak naprawdę sepsę rejestrują anestezyolodzy z oddziałów intensywnej terapii. Dzięki ich zaangażowaniu powstał wewnętrzny rejestr zawierający 7 tys. zgłoszonych przypadków. Dzięki temu rejestrowi można zorientować się, jakie są najczęstsze przyczyny sepsy, jaka jest śmiertelność, jak wygląda jej leczenie – podkreśla profesor.

## ZAGROŻENIE SIĘ NASILA

Czy potrzeba rezolucji WHO, aby sepsa stała się rozpoznawalna na wcześniejszych etapach, a nie dopiero, kiedy chorzy trafiają do oddziałów intensywnej terapii? Członkowie stowarzyszenia „Pokonać sepsę” są zgodni, że przyczyn tego zjawiska jest co najmniej kilka, ale główną jest niedofinansowanie polskiej służby zdrowia, niedobory kadrowe i brak rozwiązań systemowych. – W krajach wysoko rozwiniętych, gdzie nakłady na opiekę zdrowotną są znacznie wyższe niż w Polsce, sepsa jest lepiej rozpoznawalna, a przykładowo w krajach trzeciego świata nie wiadomo nic o jej istnieniu – tłumaczy prof.

↗ *Streptococcus pneumoniae.*

**CZY POTRZEBA REZOLUCJI WHO, ABY SEPSA STAŁA SIĘ ROZPOZNAWALNA NA WCZEŚNIEJSZYCH ETAPACH, A NIE DOPIERO, KIEDY CHORZY TRAFIAJĄ DO ODDZIAŁÓW INTENSYWNEJ TERAPII?**





Andrzej Kübler. Jednak zagrożenie sepsą istnieje i narasta nawet w krajach bogatych, dlatego WHO postanowiło wydać rezolucję w tej sprawie. Wiąże się to z intensyfikacją działań medycznych.

Obecnie ludzie żyją dłużej, lecz się chorych w każdym wieku, wszczepia się im stenty, endoprotezy, poddaje operacjom onkologicznym i leczeniu radio lub chemioterapią, a to obniża ich odporność na różnego rodzaju drobnoustroje. Do najbardziej powszechnych zalicza się pneumokoki i meningokoki. Zakażenia nimi sprzyjają występowaniu sepsy. Obecnie preferuje się szczepienia przeciwko tym bakteriom, ale i tak w populacji przybywa osób słabszych immunologicznie, u których łatwiej o zakażenia. Jest wielu pacjentów z nowotworami wyleczonych z choroby zasadniczej, ale umierają z powodu sepsy.

Kiedy dostrzeżono te zagrożenia, zawiązał się Światowy Sojusz ds. Sepsy (Global Sepsis Alliance), skupiający badaczy, lekarzy i rodziny zmarłych z powodu sepsy, którzy zajmują się nagłaśnianiem problemu. Jego członkowie widzą możliwość poprawy sytuacji w działalności zespołów do spraw sepsy (sepsis team), które są grupami tzw. szybkiego reagowania w razie podejrzenia tej choroby. Można je porównać do polskich zespołów ds. zakażeń szpitalnych, jednak w ich skład

wchodzą nie tylko mikrobiolodzy skupiający się na patogenach, ale klinicyści, którzy skupiają się na wykrywaniu objawów sepsy.

– Kluczowym elementem zapobiegania sepsie jest dobrze działający zespół ds. zakażeń szpitalnych, który legitymuje się odpowiednimi umiejętnościami, ale też dysponuje odpowiednimi narzędziami zapobiegającymi rozprzestrzenianiu się czynników etiologicznych wszystkich zakażeń, ponieważ sepsa nie jest wynikiem jednego zakażenia – tłumaczy prof. Waleria Hryniewicz z Zakładu Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Jej zdaniem wskutek wysokiej oporności najważniejszych patogenów bakteryjnych odpowiedzialnych za sepsę, problemem stał się brak skutecznych leków, by leczyć zakażenia. Zapotrzebowanie na nowe skuteczne leki jest więc ogromne, a ich podaż niewielka.

### WCZEŚNIEJ, CZYLI KIEDY?

Sepsa to zagrażający życiu stan niewydolności narządów, powodowany rozwojem infekcji. Zdaniem ekspertów, każde źle leczone zakażenie – bakteryjne, wirusowe czy grzybicze – niezależnie od patogenu, jeśli wywołuje niewydolność płuc, nerek, krążenia, pozwala na rozpoznanie sepsy.

## 1 GODZINA

w tym czasie, w przypadku rozpoznania sepsy, należy podać antybiotyki o szerokim spektrum działania.

Takim spektakularnym przypadkiem sepsy jest zakażenie meningokokami, które ma szczególnie dramatyczny przebieg. Późne rozpoznanie szybko prowadzi do niewydolności wielonarządowej i w efekcie do śmierci. Dążeniem wszystkich grup działających na rzecz zwalczania tego zakażenia jest doprowadzenie do jego jak najwcześniejszego ujawniania. Międzynarodowe wytyczne postępowania w sepsie są aktualizowane co 4 lata i oddziały intensywnej terapii się do ich stosują. Dzięki temu obserwuje się zmniejszenie śmiertelności z powodu sepsy w tych oddziałach. Znacznie gorzej sytuacja wygląda w innych oddziałach (SOR, interna, chirurgia, pediatria itp.).

Także lekarz POZ, lecząc zakażenie, powinien wziąć pod uwagę, że może mieć do czynienia z sepsą. – Dzieje się tak dlatego, że często błędnie leczy się chorych antybiotykami bez badania krwi na posiew, jednym słowem w ciemno. To skutek nie tylko niskiej świadomości zagrożenia sepsą, ale braku odpowiednio wyposażonego mikrobiologicznego zaplecza diagnostycznego w szpitalach. Ta dziedzina jest niedoinwestowana i niedoceniana, przez co wciąż mamy za mało narzędzi do wczesnego rozpoznawania sepsy i poznania czynnika, który ją wywołał – przekonuje prof. Waleria Hryniewicz.

Według międzynarodowych zaleceń, w przypadku rozpoznania sepsy należy w ciągu godziny podać antybiotyków o szerokim spektrum działania. Tego rodzaju antybiotyki powinny być dostępne na każdym poziomie leczenia. Do niedawna nie było ich nawet na oddziałach ratunkowych. Prof. Hryniewicz uważa, że wobec coraz powszechniejszej oporności na antybiotyki problem będzie narastał i potrzebne są bardziej nowoczesne metody diagnozowania patogenów sepsy, do których należą badania molekularne. Chodzi też o łatwą dostępność do tych badań, ale to wymaga większych pieniędzy na diagnostykę mikrobiologiczną i wykształcenia fachowców w tej dziedzinie, a lekarz mikrobiologii to specjalność zanikająca. ○

# 10 sekund

Czasami wystarczy zaledwie 10 sekund, aby pacjent, u którego wczesna faza nowotworu występuje w polipie jelita grubego, bezpowrotnie pozbył się tykającej bomby i już nigdy nie miał do czynienia z chorobą budzącą najgorsze skojarzenia. Niewiarygodne?

☉ **MARIUSZ TOMCZAK**

## **PROF. MAREK WOJTUKIEWICZ**

(BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII):

W 2014 r. odnotowano ok. 18 tys. zachorowań na raka jelita grubego, a prognozuje się, że w 2030 r. będzie już 27 tys. takich przypadków. To drugi najczęściej rozpoznawany nowotwór w Polsce, podobnie jak i na świecie, stanowiący drugą przyczynę zgonów wśród wszystkich chorób onkologicznych. Bardzo dobrze znamy czynniki mające udowodniony wpływ na rozwój ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, m.in. otyłość, nikotynizm, niska aktywność fizyczna. Dobrze zidentyfikowane są także czynniki dietetyczne, m.in. nadmierne jedzenie czerwonego wysoko przetworzonego mięsa, niskie spożywanie błonnika pokarmowego, niskie spożycie owoców i warzyw, niedobór witaminy D, niedobór wapnia, konsumpcja alkoholu. Proszę zwrócić uwagę, że przyczyna powstania ok. 1/3 wszystkich nowotworów wiąże się z nawykami żywieniowymi. Potrzebna jest powszechna wiedza w tym zakresie.

## **PROF. MACIEJ KRZAKOWSKI**

(KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE ONKOLOGII KLINICZNEJ):

Rak jelita grubego dotyczy przede wszystkim okrężnicy (największa liczba chorych) i odbytnicy, natomiast rak kanału odbytu jest rozpoznawany znacznie rzadziej. W Polsce rak jelita grubego jest trzecim w kolejności pod względem częstości nowotworem u mężczyzn (prawie 13 proc. zachorowań) i drugim u kobiet (ok. 10 proc.). Kiedy

analizuje się przyczyny zgonów, można zauważyć, że rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce wśród wszystkich zgonów na nowotwory u mężczyzn (po raku płuca) i trzecie u kobiet (po raku płuca i piersi) – rocznie umiera niemal 4 tys. mężczyzn i 3,5 tys. kobiet z powodu raka okrężnicy oraz około 2 tys. mężczyzn i 1,2 tys. kobiet z powodu raka odbytnicy.

## **DR MARIA JANIAK**

(GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY):

Rak jelita grubego rzadko daje dolegliwości we wczesnej fazie rozwoju. Jeśli nie ma bólu ani innych objawów, chory nie zauważa niczego niepokojącego. Charakter tego raka nie sprzyja wczesnej diagnozie tylko na podstawie obserwacji objawów. Kiedy uda się odpowiednio wcześniej wykryć zmiany nowotworową bez tzw. objawów alarmowych (czyli bez bólu, chudnięcia czy przypadków krwawienia), a także znaleźć i usunąć polipy, które pozostawione mogą być w przyszłości przyczyną raka, szanse na wyleczenie są ogromne. Wykrywanie zmian polipowatych we wczesnym etapie daje pacjentom szansę na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego nawet o 75-90 proc.

## **DR HAB. MICHAŁ KAMIŃSKI**

(CENTRUM ONKOLOGII INSTYTUT W WARSZAWIE):

Wczesne wykrycie tego nowotworu nie tylko może uratować życie, ale i zapobiec zachorowaniu na niego. Rak jelita

grubego idealnie wpisuje się w obszar, który Światowa Organizacja Zdrowia już w latach 60. XX w. wytyczyła dla wszystkich badań profilaktycznych, czyli medycznych działań zlecanych osobom niemającym objawów choroby. Niemal we wszystkich przypadkach powstaje ze zmian prekursorowych, a dokładniej z polipa, zatem mamy bardzo dużo czasu, żeby interweniować. Proces powstawania tego nowotworu złośliwego zajmuje średnio co najmniej 10 lat. Co ważne, przechwycenie raka w kilkumilimetryowym polipie i odcięcie go sprawia, że choroba może być wyleczona zaledwie w 10 sekund.

**DR JANIAK:** Kolonoskopia to nowoczesne i bezpieczne badanie, które nie trwa zbyt długo, ale wielu ludzi nadal traktuje konieczność czy możliwość jej wykonania jako temat tabu. Dotychczas w Polsce wykonano prawie 500 tys. kolonoskopii w ramach programu badań przesiewowych. Spośród wszystkich osób w wieku 55-64 lata, do których od 2012 r. wysyłane są zaproszenia, średnio zgłasza się 16,7 proc. chętnych na badanie. Postanowiłam wraz ze studenckim kołem naukowym sprawdzić, dlaczego tak niechętnie Polacy korzystają z możliwości wykonania bezpłatnej kolonoskopii. Do 600 osób kwalifikujących się do badań przesiewowych skierowaliśmy zestaw pytań, na które odpowiedziało ok. 500 osób, głównie kobiet. Okazało się, że pacjenci nie decydują się na udział w programie, przede wszystkim obawiając się krępującej formy badania (21 proc. respondentów) i bólu (17 proc.). Spora część (16 proc.) uważa, że skoro nie ma żadnych dolegliwości, badanie nie jest potrzebne. Inne odpowiedzi to: brak czasu, lenistwo, lęk przed nowotworem czy też niechęć przed przyjęciem środka przeczyszczającego. Paradoksalnie im wyższe wykształcenie, tym niższe zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych, w tym również u osób z wykształceniem medycznym (m.in. lekarzy). Częściej chęć wykonania kolonoskopii deklarowały kobiety, osoby niepałające, z niższym wykształceniem, z małych miasteczek i wsi. Niepokojące jest to, że pacjenci, u których w rodzinie były osoby chorujące na raka, dość opornie przystępują do badań profilaktycznych (tylko połowa z nich zadeklarowała gotowość



do wykonania kolonoskopii w przyszłości, po przeprowadzonej, uświadamiającej rozmowie ze studentami).

**DR HAB. KAMIŃSKI:** W Stanach Zjednoczonych mniej więcej 2/3 populacji między 50. a 75. r.ż. wykonało badanie przesiewowe zgodnie z zaleceniami profilaktycznymi, a 85 proc. z nich zdecydowało się na kolonoskopię uznawaną za najskuteczniejszą, jeśli chodzi o profilaktykę tego raka. Tam koszt takiego badania wynosi ok. 1000 dolarów. W Polsce refundacja w ramach Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego wynosi ok. 500 zł. Badania przesiewowe dają oszczędności, bo leczenie zaawansowanego raka jelita grubego jest bardzo drogie. Choć na świecie stosuje się kilka metod diagnostycznych, w Polsce to kolonoskopia została wybrana jako badanie przesiewowe. Zdecydowaliśmy się na nią, bowiem to jedyna strategia jednostopniowa umożliwiająca pełną diagnostykę, a nawet leczenie w czasie jednego zabiegu. Wszystkie inne badania przesiewowe wymagają wykonania testu wstępnego, a potem dalszej diagnostyki, w tym kolonoskopii w przypadku wyniku dodatniego. Organizacyjnie to jest wyzwaniem. Ponadto kolonoskopię przesiewową wykonuje się raz na 10 lat lub raz w życiu, a w przypadku większości innych testów trzeba je powtarzać systematycznie, nierzadko co rok lub dwa lata. Dowody na skuteczność kolonoskopii istnieją. Spoglądając na trzy najbardziej rozpowszechnione metody badań: kolonoskopię, sigmoidoskopię oraz krew utajoną w kale, okazuje się, że w porównaniu do braku interwencji kolonoskopia wiąże się z 60-procentową redukcją ryzyka zgonu z powodu raka jelita grubego. Redukcja ta w przypadku tzw. starego testu na krew utajoną w kale wynosi 20 proc., a w przypadku sigmoidoskopii przesiewowej wynosi mniej więcej 40 proc.

**PROF. WOJTUKIEWICZ:** Jeśli istnieje możliwość wykonania kolonoskopii,

to sens robienia badań pośrednich, np. na krew utajoną w kale, jest niewielki. Trzeba koncentrować się na obszarach zezwalających na wcześniejsze wykrycie raka i de facto umożliwiających jego wyleczenie. Wskaźnik realizacji badań kolonoskopowych w ramach programu badań przesiewowych (w 2015 r. wykonano ich ponad 62 tys.) u populacji osób w wieku 55-64 lata nie przekracza 20 proc. Jednym z głównych powodów jest lęk przed bólem. Trzeba jednak pamiętać, że nie zawsze się on pojawia. Część osób nie chce wykonać badania bez znieczulenia, dlatego osoba o dużym poziomie lęku czy niskim proggu bólowym powinny mieć możliwość wykonywania ich w znieczuleniu ogólnym albo w sedacji i o to należy walczyć. Widzę jednak światelko w tunelu: powoli obserwuje się wzrost ilości badań kolonoskopowych w ramach programu badań przesiewowych. To dobrze, tym bardziej że od 1 lipca poszerzyły się możliwości leczenia raka jelita grubego w Polsce.

**PROF. KRZAKOWSKI:** Bazując na danych Krajowego Rejestru Nowotworów, okazuje się, że u osób, u których rozpoznano nowotwory w latach 2005-2009, odsetek przeżyć 5-letnich w przypadku raka okrężnicy wynosi ok. 50 proc., natomiast dla raka odbytnicy 48 proc. Te dane pokazują, że lepsze rokowania są w przypadku raka gruczołu krokowego lub raka piersi, natomiast w przypadku raka jelita grubego mamy jeszcze sporo do zrobienia. Istotne znaczenie ma profilaktyka pierwotna (zachowanie właściwego stylu życia, a w tym odpowiednie odżywianie i unikanie otyłości) i wtórna (badania przesiewowe). Należy również poprawić model postępowania skojarzonego, szczególnie istotny przy wystąpieniu raka odbytnicy, gdzie należy w odpowiedni sposób łączyć leczenie chirurgiczne z radioterapią i leczeniem systemowym.

**DR JANIAK:** Nie wykorzystujemy wszystkich możliwości w zakresie profilaktyki. Prawie połowa (47,5 proc.) respondentów naszych ankiet uznała jednak gabinety lekarzy rodzinnych jako najważniejsze źródło wiedzy o skriningowej kolonoskopii służącej wykrywaniu raka jelita grubego. Informowania badanych o charakterze, sposobie i korzyściach planowanych badań endoskopowych, a także o zagrożeniach wynikających z opóźnionego wykrycia nowotworu może według ankietowanych najlepiej dokonać lekarz rodzinny, który dobrze zna chorego i któremu pacjent najbardziej ufa. Nie wiem, czy świadomość lekarzy pierwszego kontaktu jest mniejsza, czy sposób wykonywania zawodu sprawia, że nie mają czasu, by pacjentów spełniających warunki uczestnictwa zachęcać do badań przesiewowych. Nie płaci za to ani lekarz rodzinny, ani pacjent. Dobrze wykonana kolonoskopia, która nie uwidoczni żadnych polipów, daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa na 10 lat.

**DR HAB. KAMIŃSKI:** Postęp technologiczny w diagnostyce i profilaktyce jest duży, ale najwięcej można osiągnąć, odpowiednio szkoląc lekarzy. Na tym polu Polska ma niebywale osiągnięcia, co pokazuje ryzyko zachorowania na raka jelita grubego u pacjentów po badaniu przesiewowym, w którym nie wykryto tego nowotworu. W porównaniu do populacji ogólnej, dla osób badanych w 2004 r. i obserwowanych średnio przez 5,5 roku było ono niższe o 70 proc., a dla osób, które badano w 2008 r. i również obserwowano przez 5,5 roku, redukcja zachorowalności wynosiła już 83 proc. W środowisku uznano to za tak doniosłe wydarzenie, że w czołowym piśmie gastroenterologicznym opatrzone je specjalnymi komentarzami i pokazano na okładce jako przykład do naśladowania. ☺

▲ Od lewej: prof. Maciej Krzakowski, prof. Marek Wojtukiewicz, dr Maria Janiak, dr hab. Michał Kamiński.

# Niekontrolowany czas pracy

**GL**  
L I S T Y

NIK rozważa wprowadzenie kontrolowania czasu pracy lekarzy w ochronie zdrowia. Od roku 1989 obowiązuje poprawność polityczna w Ministerstwie Zdrowia, którym kierują kolejni lekarze. Obecnie Pan Minister Zdrowia dr Konstanty Radziwiłł stawia pytanie: „... co jest lepsze? Zmęczony lekarz czy żaden...”. Odpowiedź jest oczywista, lekarze będą pracować, jak dotychczas – do śmierci.

✪ SŁAWOMIR ŁABSZ

**Z** każdym rokiem przybywa pacjentów i lekarzy emerytów, którzy „zmuszeni są” dalej pracować. Pracę lekarzom emerytom umożliwiają kontrakty lekarskie oferowane od początku transformacji w prywatnym sektorze na rynku zdrowia. Jednak nie każdemu lekarzowi kontrakt wychodzi na zdrowie, jak widać i słychać.

A co z pacjentami leczonymi przez lekarzy emerytów czy leczonymi przez lekarzy pracujących ponad swoje siły? Wiadomo, że przysłowie mówi: ... dopóty dzban wodę nosi, póki mu się ucho nie urwie... A czy rezydenci nie pociągają Pana Ministra Zdrowia za ucho?

Niedawno powołano w OIL w Gdańsku „Porozumienie Lekarzy Kontraktowych” w celu

wypracowania wzoru umowy kontraktowej dla wszystkich lekarzy. Wydawało się, że zespół ten ożywi dyskusję i da nadzieję na lepszą przyszłość tzw. lekarzom kontraktowcom.

Kontrakty lekarskie powodują często rozgoryczenie wśród naszego środowiska. W większości lekarze nie mają żadnego wpływu na jakkolwiek zmianę w umowie

kontraktowej. Kontrakty napisane są zgodnie z interesem pracodawcy i nie uwzględniają na przykład potrzeb socjalnych lekarzy.

Lekarze traktowani są instrumentalnie, a praca ich służy wyłącznie do uzyskania korzyści materialnych przez podmiot leczniczy. Wynajmowanie lekarza do wypełnienia kontraktu z NFZ lub innym ubezpieczycielem czy też pacjentem przez podmiot leczniczy jest powszechną praktyką.

W Polsce większość lekarzy (poza lekarzami stomatologii) nie dysponuje własnymi gabinetami lekarskimi, w których mogliby samodzielnie świadczyć usługi medyczne. Kontrakty lekarskie pozostają wciąż łatwym sposobem na zarabianie pieniędzy zarówno

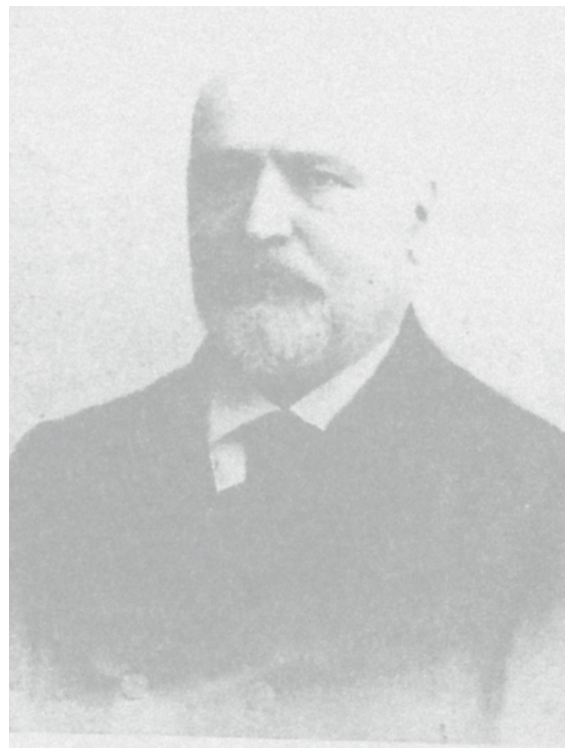
dla pracodawcy, jak i zatrudnianego lekarza. Nasuwa się jednak pytanie: kiedy pracodawcy będą skłonni wpisać do kontraktu – płatny urlop? Uważam, że pertraktacje, prośby i naciski ze strony większości lekarzy co do uzyskania dla siebie na przykład płatnych dni na kształcenie podyplomowe, będą nadal ignorowane przez pracodawców. A co dopiero podzielenie się odpowiedzialnością lub zwrotem kosztów przeprowadzki. To są w polskich realiach rzeczy nieprzychodzące do głów naszym pracodawcom. Żerowanie na naszej pracy jest przyjętym rytuałem, a wielu z nas zmuszanych jest do pracy ponad siły (przykładem są tu – rezydenci).

Podmioty lecznicze znają dobrze rynek zdrowia i nie mają żadnych skrupułów wobec lekarzy na kontraktach, uzyskując z naszej pracy wcale niemałe dochody. Nadzieją dla lekarzy „kontraktowców” może być jedynie zaostrożenie się konkurencji lub rzeczywisty brak personelu medycznego, będący skutkiem celowej polityki prowadzonej od lat przez kolejnych Ministrów Zdrowia. Wtedy to lekarze będą mogli mieć znaczący wpływ na zawierane kontrakty, a póki co będziemy dalej posłusznie podpisywać umowy na naszą „zgubę” lub szczęście.

Namawiam więc koleżanki i kolegów do samodzielności i pracy we własnych gabinetach lekarskich. ○

REKLAMA

# Piątki Benniowskie



Do znanych i cenionych powszechnie dziewiętnastowiecznych lekarzy Warszawy należał Karol Benni [1843-1916], syn Jana Jakuba, pastora gminy ewangelickiej, i Marii White pochodzącej z rodziny szkockiej.

☞ PROF. DR HAB. N. MED. **ANDRZEJ KIERZEK**, WROCŁAW

**B**ył ordynatorem chirurgii w Szpitalu Dzieciątka Jezus, otiatrą, działaczem społecznym i gospodarczym, krzewicielem kultury i sztuki. Stworzył w Warszawie m.in. Muzeum Rzemiosł i Sztuki Stosowanej, Towarzystwa Popierania Przemysłu Ludowego, był wiceprezesem Towarzystwa Zachęty Sztuk Pięknych i współtwórcą pomnika Adama Mickiewicza.

Od początków lat siedemdziesiątych XIX stulecia w swoim warszawskim mieszkaniu organizował zebrania, skupiające znacznie większe osobistości z trzech zaborów. Co roku rozsyłał do swych przyjaciół i znajomych zaproszenia, że po letniej przerwie wznowia swoje przyjęcia w co drugi piątek o ósmej wieczorem i że piątki te trwać będą do końca maja. Otrzymywali je sami mężczyźni; nawet małżonka

dr. Benniego, pani Luiza, ograniczała się tylko do przyjęcia gości męża, po czym znikwała w swoim pokoju.

Przybywali: Szymon Askenazy – historyk i dyplomata, Władysław Bogusławski – krytyk literacki i teatralny, reżyser, Piotr Chmielowski – krytyk i historyk literatury polskiej, Zygmunt Gloger – etnograf, historyk i archeolog, Aleksander Jabłonowski – historyk, etnograf, podróżnik, Ludwik Krzywicki – socjolog i publicysta, Artur Oppman – poeta, Henryk Sienkiewicz i wielu innych. W salonie zbierało się ok. czterdziestu mężczyzn – uczo-nych, literatów, dziennikarzy, przedstawicieli arystokracji, burżuazji.

Przewodniczył zebraniom zawsze, o ile był obecny w Warszawie, Henryk Sienkiewicz, a w jego zastępstwie Aleksander Jabłonowski. Benniego i Sienkiewicza łączyły stosunki oparte na głębokim, wzajemnym zaufaniu,

szczerzej przyjaźni, a przede wszystkim wspólności dążeń.

Na piątkowych zebraniach bywali również np. parlamentarzyści z Berlina i Wiednia, postowie na sejm galicyjski we Lwowie, członkowie rosyjskiej dumy z Petersburga. Każdy mógł wygłaszać swoje racje i był wysłuchiwany. Ponieważ na każdym takim „piątku” osiã zebrań były dyskusje na tematy najżywo-niejszych spraw narodowych i to najczęściej o charakterze „zakazanym”, przeto właś-nie do- bór gości czyniony być musiał z całą oględnością. Na ogół jednak pano- wała harmonia i zgoda.

Zaproszenia odbywały się według specjalnego ceremoniału. Po zgłoszeniu jakiegoś nowego nazwiska, kółko weteranów tych spotkań rozpatrywało kandydaturę owej osoby. Decydujący głos miał krytyk literacki Dyonizy Henkiel. Gdy dr Benni decydował się na zaproszenie nowego gościa, składał mu najpierw w jego domu wizytę, zapraszając go raz na zawsze na piątkowe wieczory. Zaproszony musiał przed pierwszym piątkiem zjawić się w domu doktora i przedstawić się niezamężnej jego siostrze. Pielęgnowała ona tradycje

^ **Karol Benni**  
(1843-1916)

BENNIEGO I SIENKIEWICZA ŁĄCZYŁY STOSUNKI OPARTE NA GŁĘBOKIM, WZAJEMNYM ZAUFANIU, SZCZEREJ PRZYJAŹNI, A PRZEDĘ WSZYSTKIM WSPÓLNOŚCI DĄŻEŃ.

41

przez tyle lat prowadzone były tytułowe „piątki”.



▲ Salon Karola Benniego. Obraz Antoniego Kamińskiego (1895).

szorstkiej angielskiej prawdomówności; nic więc dziwnego, że bano się jej powszechnie.

Przybywano po godzinie dwudziestej. Najpierw goście siadali małymi grupkami i prowadzili oddzielne rozmowy, później dzwonek wzywający na kolację gromadził wszystkich przy wspólnej dyskusji. W jadalni pod ścianą stał stolik z przekąskami: śledzikami marynowanymi, rybami w galarecie, olbrzymimi wołowymi kośćmi, z których wystukiwano gorący szpik. Zakrapiano je starką. Siadano następnie przy długim stole. Jadalnospis był zawsze ten sam i zawsze wyjątkowo obfity. Stali bywalcy wiedzieli zatem, że po flakach i bigosie wjadą na stół kluski gryczane oblane masłem i posypane serem lub pierogi, a następnie ryby i pieczone.

Bywały również zrazy z kaszą. Dese-rów nie serwowano nigdy, podobnie słodczy. Piwo krążyło w dzbankach z rąk do rąk. Na zakończenie podawano sery. Po kolacji towarzystwo przechodziło do salonu, gdzie przed każdym stawiano filiżankę czarnej kawy i kieliszek wiśniaku, o którego wspaniałości w Warszawie było głośno. Menu dopełniały suszone śliwki na patyczkach obsypane kminkiem – spécialité de la maison. Rozmowy rozpoczęte przy stole, przy kawie przybierały na sile. Sprawy najważniejsze (np. relacje poselskie z trzech zaborów) rozpatrywane były zawsze na początku spotkań, potem przechodzono do mniej ważnych, a kończono towarzyskimi plotkami. Żegnano się nie-raz w późnych godzinach nocnych. Owe „piątki”, zwane „parlamentem

warszawskim”, „sejmem polskim w Warszawie” lub „instytutem inspi-racyjnym”, gromadzące na „wieczornych i nocnych Polaków rozmowach” przedstawicieli wszystkich z trzech zaborów, prowadzone przez 41 lat (1873-1914) nie były jedynymi spotkaniem organizowanymi przez tego niecodziennego człowieka. Co roku w dwa dni Zielonych Świątek dobrane towarzystwo, złożone przede wszystkim z literatów i dziennikarzy, udawało się do Nałęczowa do willi „Pod dębami”, gdzie przyjmował ich jak zawsze gościnnie dr Karol Benni.

Salon doktora Benniego, miejsce kontaktów towarzyskich ludzi trzech zaborów, mający charakter wolnej wymiany myśli ludzi różnych profesji i politycznych orientacji, prowadzony z ideą służenia sprawie narodowej, nie miał wprawdzie takiej rangi i sławy jak czwartkowe obiady u Stanisława Augusta, był jednak w tym „prywislanskim kraju” niekwestio-nowaną oazą polskości. ○

NA PIĄTKOWYCH ZEBRANIACH BYWALI RÓWNIEŻ  
NP. PARLAMENTARZYŚCI Z BERLINA I WIEDNIA,  
POSŁOWIE NA SEJM GALICYJSKI WE LWOWIE,  
CZŁONKOWIE ROSYJSKIEJ DUMY Z PETERSBURGA.  
KAŻDY MÓGŁ WYGŁASZAĆ SWOJE RACJE I BYWAŁ  
WYSŁUCHIWANY.

1. Szerzej o Karolu Bennim: A. Kierzek: Co pozostawił po sobie Karol Benni? Arch. Hist. Filoz. Med. 1994, 57, 4, 419-438; A. Kierzek: Warszawskie i nałęczowskie spotkania u Karola Benniego. Arch. Hist. Filoz. Med. 1994, 57, 2, s. 123-129

# Iluminacja by proxy



Joanna  
Sokółowska

Lekarz pediatra

Doświadczyłam iluminacji! Było zupełnie tak, jak pisał Antoni Kępiński: „nagle zobaczyłam sens własnego życia i swoje posłannictwo. Wszystko się stało nieważne wobec najwyższego celu, który odtąd mu [temu życiu] będzie przyświecać”.

**M**oże mnie nawet trochę strach obleciał i trema mnie dopadła, że tak się nieskromnie przyznaję przed całym światem, ale co tam! Medycyna i literatura znają przecież takie przypadki... Obmaciałam swoją rogatą duszę, osłuchiłam pracownice lekarskie sumienie, opukałam steraną dyżurami głowę – jest w porządku, nie odkleiałam się od rzeczywistości. Na wszelki jednak wypadek pozostaję w stałym kontakcie z moim lekarzem pierwszego (jakże dobrego i – na co szczerze liczę – ostatniego kontaktu) oraz z Rzecznikiem Zdrowia Lekarza Izby (to psychiatra, w razie czego, będzie wiedziała, co robić).

Doświadczyłam tego opisywanego efektu „acha!” (czego i państwu życzę, bo to – przyznam – dość miłe uczucie). Nagle „wszystko się ułożyło, jak w pudełeczku”, to, co zagmatwane – stało się proste jak drut, trudne – łatwe jak bułka z masłem i „ten świat jest taki ładny!” Wprawdzie ta moja iluminacja była taka trochę wtórna, trochę pożyczona, trochę z przeniesienia – jak zespół Münchausen per procura – ale jaki autor, takie i ośnienia... Poza tym mimo kreatywności i ciągłego dążenia do niestandardowych spojrzeń na świat – sama bym tego pewnie nie wymyśliła!

To na mnie spłynęło w trakcie strajku lekarzy rezydentów. Czytając komentarze prasowe, wreszcie zrozumiałam! Otóż lekarz musi zarabiać mniej niż jego koledzy z maturalnej klasy, zajmujący stanowiska specjalistów w innych dziedzinach! Tego wymaga sprawiedliwość, ład społeczny i ekonomia.

Moim mistrzem Yodą i luminarzem stała się Sekretarz Stanu w randze wiceministra zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko. I to jej wypowiedź spowodowała, że nagle – po latach błędzenia – zrozumiałam. Pani minister otworzyła mi zaślepione przez lekarskiego demona mamony oczy konstatacją, że wynagrodzenie za rezydenturę to nie jest wynagrodzenie za pracę. Bo po prostu (i tu ośnienie pani minister, a zaraz potem – moje) ta rezydentura najzwyczajniej na świecie pracą nie jest... Nauką – tak. I to finansowaną z budżetu państwa, co jest podobno sytuacją wyjątkową w narodowej gospodarce. Może też być formą doskonalenia zawodowego – ale przecież w przyszłości lekarz może wykorzystać zdobyte umiejętności nie

wiadomo jak i (co gorsza) nie wiadomo, gdzie. Kto mu zabroni „strzelić focha” i wyjechać na wyspy?!

Wszystkim kolegom, którzy dotychczas „nie strzelili focha”, a w tym momencie chwycili za faktury z płatnych kursów, na które nie dojechali autostopem ani „na gapę”; którzy w trakcie staży, odbywanych poza miejscem zamieszkania, nie korzystali z bezpłatnych noclegowni dla bezdomnych; tym, którzy posiadają rachunki za fachową literaturę, której zakupu nie można odliczyć od podatku oraz tym, którzy wydobyli ze sztambucha pokwitowania za sprzęt niezbędny do wykonywania zawodu (przepraszam – do nauki zawodu) przypominam – inwestujecie w siebie! Zresztą bez przesady! Takie na przykład słuchawki lekarskie można kupić na bazarku za dwadzieścia złotych. Wcale nie muszą to być „Littmanny”, bo ich najważniejsza część i tak znajduje się między oliwkami. Sami tak mówicie, prawda?

Zgodnie z leksykalną definicją – praca to miara wysiłku włożonego przez człowieka w wytworzenie danego dobra. No właśnie pokazał Patryk Vega

**CÓŻ TO ZRESZTĄ ZA PRACA, W WYNIKU KTÓREJ NIC NIE POWSTAJE OPRÓCZ KOSZTÓW, NIC SIĘ NIE TWORZY PRÓCZ KOLEJEK, A EFEKTY SĄ MAŁO PRZEWIDYWALNE I TRUDNE DO ZMIERZENIA...**

^ Pani minister otworzyła mi zaślepione przez lekarskiego demona mamony oczy konstatacją, że wynagrodzenie za rezydenturę to nie jest wynagrodzenie za pracę.





w swoim najnowszym filmie, opartym na faktach, jakie to dobro wytwarzają łapiduchy i inne takie!

Cóż to zresztą za praca, w wyniku której nic nie powstaje oprócz kosztów, nic się nie tworzy prócz kolejek, a efekty są mało przewidywalne i trudne do zmierzenia...

A ile taki rezydent materiałów medycznych namarnuje, igieł i nici zużyje, badań niepotrzebnych i konsultacji naleca?! I jeszcze prąd szpitalny zużyje, wykąpie się pod państwowym prysznicem, z komputera skorzysta, śpi (!) na dyżurach pod szpitalną pościelą, którą ktoś potem wyprać musi! No i jeszcze takiego jednego z drugim trzeba pilnować, żeby głupot (pardon! zdarzeń medycznych) nie narobił. A ten, który go pilnuje – zapomniał wół, jak cielęciami był – też pewnie jakiejś rekompensaty za nadzór nad młokosem będzie za chwilę wymagał! Ale spokojna, ministerialna głowa! Na nieszczęście swoje, a ku pocieszeniu urzędników – choć pani minister jeszcze chyba na to nie wpadła – taki lekarz nie kończy nauki

wraz z otrzymaniem dyplomu specjalisty. Wpisał sobie obowiązek stałego kształcenia podyplomowego do swoich praw, więc można uznać, że uczy się całe życie, ergo ta jego praca... – sami już rozumiecie tok myślenia, jakim poszła moja duchowa przewodniczka. Niezłe, co?!

Pozostaje kilka niewyjaśnionych kwestii, ale ufam, że i one dadzą się jakoś rozwikłać, przyjmując powyższe założenie. Na przykład, z niewytłumaczalnych (na razie) dla mnie przyczyn moi koledzy spędzają na „nauce zawodu” kilkaset godzin miesięcznie. I to zarówno ci w trakcie specjalizacji, jak i ci już ją posiadający. Niektórzy nawet umierają z nadmiaru zdobytej wiedzy. Ci zaś, którym uda się szczęśliwie dotrzeć do stypendium wypłacanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, nie spoczywają na laurach. Chcą się w zawodzie doskonalić nadal! Z pazerności? Z pędu do wiedzy? A może pani minister w kolejnym olśnieniu znajdzie inne wytłumaczenie takiego zjawiska? ☺

# Republika Replika



**Artur Andrus**

Dziennikarz radiowej „Trójki”,  
konferansjer i satyryk

Jedną z atrakcji targów ślubnych odbywających się w Bydgoszczy była „replika tortu Agnieszki Radwańskiej”. Taką informację przeczytałem na internetowej stronie pewnej gazety. Podążyłem tym tropem.

**A**le nie dowiedziałem się już niczego. Na przykład, czy to jadalna replika? I czy każde z Państwa Młodych miało swój tort? Tak wynika z tego tekstu. Bo przecież, gdyby mieli wspólny, byłoby napisane „Agnieszki Radwańskiej i jej męża”. Zdjęcie też niezbyt wyraźne. Wrodzona ciekawość kazała mi szukać w sieci fotografii z wesela słynnej tenisistki. Znalazłem tylko jedną, na której widoczny był tort. Ale jakoś inaczej wyglądał. Słowo „replika” ma kilka znaczeń.

Więc może nie chodziło o wierną kopię tortu, tylko o „ustną lub pisemną odpowiedź na czyjeś uwagi lub zarzuty, wypowiedź polemiczną”? Ale zaraz, jak tort może odpowiadać na czyjeś uwagi? Można odpowiedzieć tortem. Rzucając nim. Ale sam tort nie może. W słowniku jest jeszcze takie znaczenie: „Odpowiedź aktora na słowa partnera w dialogu scenicznym”? Więc może sprytni specjaliści od marketingu na targach ślubnych przygotowali jakiś teatrzyk? I aktor grający tort Agnieszki Radwańskiej odpowiada na jakąś kwestię aktorki wcielającej się w rolę talerzyka porcelanowego? A może to coś banalniejszego? Proste pomylenie pojęć. Miało być „repeta tortu Agnieszki Radwańskiej”? Ale jeżeli chodzi rzeczywiście o wiernie odtworzone weselne ciasto, to zaczynają się kolejne problemy. Na przykład względność pojęcia „wiernie”. Dla wujka Mietka „replika tortu Agnieszki Radwańskiej” może być kanapka z pomidorem. Kwestia smaku.

Zastanawiam się co będzie dalej? Przecież na następnych targach trzeba będzie jakoś zaskoczyć. Już nie wystarczy replika tortu innej gwiazdy sportu. Żeby nie wprowadzać chaosu, powinno być też coś zaczynającego się od

„re”. „Rekonstrukcja wesela aktora z serialu Kręta Miłość”? Grupy rekonstrukcyjne, które latem inscenizują różne bitwy, jesienią i zimą mogą występować na targach ślubnych. Na początek replika Państwa Młodych w remake’u pierwszego tańca. W przypadku szczególnie hucznych rekonstrukcji, w ramach których zaplanowana jest bijatyka po oczepinach, można dorzucić „voucher na rehabilitację świadków” ufundowany przez miejscową klinikę fizjoterapeutyczną. A firmy oferujące zakup sprzętu AGD jako prezentów ślubnych będą proponowały gratis „wniesienie sprzętu i wyniesienie gości”.

Zaczyna mnie niepokoić coraz większa popularność replik, podróbek i tańszych zamienników w sferach, w których kiedyś stawiało się na oryginał. Uważam, że dużą rolę w rozwoju tego zjawiska odegrał obowiązek informowania w aptekach, że każdy lek ma swój tańszy zamiennik. No to po co jest ten droższy? Jeśli są takie same, to niech zamiennik od razu będzie oryginałem. Niech replika będzie po prostu tortem. Ludziom się już tak w głowach porzewracało, że ciocia Halinka, która kupuje niemiecką chemię, „bo silniejsza”, ostatnio pytała w warzywniaku o polskie banany. Opisywane zjawisko trafiło już nawet do literatury. Jest taka piosenka, w której bohaterka przez dwie zwrotki wyznaje uczucie weneckiemu gondolierowi, żeby w trzeciej stwierdzić:

*Po co mi San Marco złote?/ Po co mi Wenecji zgiełk?/  
Można zwiedzać na piechotę/ Elk.*

*Po mazurskim błędzić szlaku/ Pośród naszych polskich  
drzew/ I mężczyźnie na kajaku/ Posłać taki śpiew:*

*A ja tylko panu wierzę/ Mój ty polski gondolierze/  
Ty muskułem fale czułe/ Pod gondolą mąć.*

*Kończąc mej podróży dziennik/ Takie hasło bym dodała:/  
Tańszy krajowy zamiennik/ Też działa. ☺*

# BEZDECH

ojciec powiedział że wystarczy rozluźnić płuca wyhamować  
wyciągnąć nitkę ze swojej żrenicy aż stanie się bladą przędzą  
zaczepiać nią o głowy obcych ludzi kotwiczyć się w ich ciałach

mieć wyćwiczony mechanizm tulenia się do czyis pleców  
do końca wyciągał piasek spod powiek ślizgał się palcami  
po swojej rogówce zacierał ślady stóp i wierzył że tylko dla nas

ziemia oddaje ciepło nieraz czuwał w kokonie własnych rąk  
nie mogąc przybliżyć się do wyjścia z pułapki każdego oddechu  
pamiętam jak kiedyś mówił że wystarczy tylko przesunąć palce

po słowach po dźwięku mokrego szkła nawiedzać ciszę  
by zrozumieć własny krzyk poznawać się po innej stronie powietrza  
nie zgadzać się uporczywie na brak dotyku być jak uszczyplnięcie

gdy gładzenie przynosi ulgę



Piotr  
Piątek

Laureat w Konkursie  
Literackim „Przychodzi  
wena do lekarza”

# WĘGIEL

wieczorem gdy wszyscy siadamy przy kominku  
czas spala się w węgiel rysuje nam twarze  
z tyłu domu palą się liście i dym gryzie jesień  
w schorowane płuca

podobno tylko dym potrafi tak trzymać się ściany  
jak ja trzymam się twojego ciała  
zapalam papierosa a dym spopiela powietrze  
i zastyga w świetle sypialnianej lampki

moje palce cięższe niż zwykle opadają głęboko  
pod powierzchnię twoich pleców  
widzę jak dotykam żeber które lekko przesuwają się

jedno po drugim

## KONKURS LITERACKI „PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA” KATEGORIA „FELIETON”

Nowa kategoria w konkursie – „Felierton” – ma na celu wyłonienie najlepszego w danym roku felietonisty, którego tekst opublikowano w piśmie okręgowej izby lekarskiej lub w „Gazecie Lekarskiej”.

Zgłoszeń, po jednym autorskim felietonie, dokonują pisma do **28 lutego** na adres **wena@mp.pl**

**Zgłoszenie powinno zawierać w załączniku:** tytuł i pełną treść felietonu, imię i nazwisko autora oraz datę wydania tekstu.

**W tytule zgłoszenia należy wpisać „Felierton” oraz nazwę pisma.** W treści zgłoszenia należy podać dane osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie konkursu w piśmie, w tym numer telefonu komórkowego.

Zgłoszenie felietonu może być poprzedzone konkursami wewnętrznymi w pismach lub głosowaniem członków izby lekarskiej, na podstawie autonomicznego regulaminu.

Organizator konkursu prześle zwrotnie na adresy pism pełen komplet felietonów do **15 marca** i skontaktuje się telefonicznie z osobą odpowiedzialną.

# Na wszystko



Agata  
Morka

Historyk sztuki

Pewnego wieczoru roku 1822 – lubię myśleć, że był to wietrzny październik – James Morison, kupiec od 35 lat walczący ze słabym zdrowiem, obudził się jak nowy. Bez bólu, zgagi czy prześladowającego go od lat zatwardzenia. Dzięki tabletkom, nad których recepturą pracował od lat, po prostu ponoć mu przeszło. Tak powstała jego warzywna tabletki na wszystko.

**T**rzy lata później tabletki Morisona produkowano już na dość szeroką skalę w Anglii. Dzięki towarzyszącej rozwijaniu produktu kampanii reklamowej, docierały one nie tylko do kontynentalnej Europy, ale słycać było o nich nawet w Chinach. Morison otworzył fabrykę. Aby podnieść status swojego przedsięwzięcia, otworzył także szkołę, pod dumną nazwą Brytyjski Koledż Zdrowia. Miało to być centrum alternatywnej medycyny.

Samo lekarstwo oparte było na naturalnych składnikach: Morison połączył wyciągi z rabarbaru, aloesu, dodając do mikstury nawet mirrę. Pomysł opierał się na prostym przekonaniu Morisona, że wszelkie choroby pochodzą z nieczystości krwi i żeby jej uniknąć, konieczne jest częste przeczyszczanie organizmu. W tym pomóc miały jego tabletki, najchętniej podawane w dużych ilościach.

Z tabletek Morisona kpiono sobie na całego. Karykatury, rysunki, artykuły prześmiewające poczynania

samozwańczego lekarza pojawiały się na stronach angielskich gazet niemalże równie często, jak reklamy jego warzywnej pigułki. Jedną z nich przedstawia pacjenta po zażyciu specyfiku: z palców wyrastają mu rzodkiewki, szlafmycę podniosła mu pnąca się ku górze marchewka, a stopa zamieniała się w kapustę.

Geniusz, człowiek interesu, spryciarz czy zwykły szarlatan: Morison pozostaje jedną z barwniejszych postaci w historii alternatywnej medycyny. ○

obraz A



obraz B



◀ C. J. Grant, „Mężczyzna w łóżku z warzywami wyrastającymi z wszystkich części jego ciała”, 1831, litografia, Wellcome Library, Londyn.



## Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na  
[bladmalarski@gazetalekarska.pl](mailto:bladmalarski@gazetalekarska.pl)  
do 18 listopada 2017

W temacie maila należy wpisać GL11.  
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych  
(imię i nazwisko, adres, telefon).  
UWAGA – jedna osoba może przesałać jedną odpowiedź.

★★★★  
**HOTEL PREZYDENT**  
MEDICAL SPA & WELLNESS  
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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 (aromatyczny masaż częściowy, odmładzająca kąpiel, nawadniająco-odżywczy zabieg na twarz, Aquamassage)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

# Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2017

OBRAZ ORYGINALNY: A

## SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

### 1. Dodanie okrągłego opłatka ponad kielichem, który trzyma ksiądz po lewo na drugim planie.

Obecność księdza na drugim planie wskazuje na poważny charakter choroby artysty. Dodanie hostii obok kielicha tym dobitniej podkreślałoby ostateczny charakter sceny.

### 2. Dodanie Biblii w rękach Goyi.

Dodanie Biblii, podobnie jak hostii, uczyniłoby z obrazu przygnębiającą scenę przygotowania na śmierć bardziej niż moment ozdrowienia.

### 3. Zaczerwienienie ucha Goyi.

Choroba, z której wyleczył Goyę dr Arietta, nie była jedynym poważnym

schorzeniem artysty. W wieku 46 lat Goya zupełnie stracił słuch, co zmusiło go do zrezygnowania z uczenia, nie był bowiem w stanie usłyszeć, co mówią do niego studenci.

### 4. Zmiana ubrania Goyi na białą koszulę.

Jeden z najbardziej rozpoznawalnych obrazów Goyi, „Rozstrzelanie powstańców madryckich”, przedstawia centralną postać powstańca z rozpostartymi szeroko rękoma. Ubrany jest w nieco rozdartą białą koszulę, podobną do tej, którą Goya ukrywa jednak na oryginalnym obrazie pod kubrakiem.

► Francisco Goya, „Autoportret z doktorem Arietta”, 1820.



## NAGRODZONY Z „GL” 10/2017

Voucher do Hotelu Prezydent\*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Olga Piotrowska z Lublina**. Gratulujemy!

# Złote gody piszących lekarzy

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy skończyła 50 lat. Urodziny stowarzyszenia, którego proklamowanie podpisał m.in. Stanisław Lem, odbyły się 7 października w krakowskim Muzeum Manggha.

© WALDEMAR HŁADKI, MACIEJ A. ZARĘBSKI, JAROSŁAW WANECKI

**W** 1967 r. władza doszła do wniosku, że lekarskie pisanie nie stanowi zagrożenia dla zawodu i zezwoliły na powołanie Unii Polskich Pisarzy Medyków pod kontrolą Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Od tamtej pory na czele prozaików i poetów ze stetoskopem i piórem stanęli prezesi: Jerzy Pomianowski, Grzegorz Fedorowski, Jerzy Lutowski, Witold Kapuściński, Marcin Łyskanowski, Piotr Müldner-Nieckowski, Barbara Szeffer-Marcinkowska, Marek Pawlikowski i Waldemar Hładki.

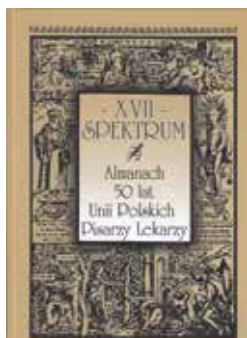
Przez pół wieku zorganizowano 71 sympozjów, w tym dwa Światowej Unii Pisarzy Lekarzy (UMEM). Biblioteka wydawnictw unijnych ma kilkaset pozycji, wśród których największą popularnością cieszą się Skarbczyki,

Zeszyty Literackie, Almanachy i zapisy Biesiad Literackich, odbywających się w Klubie Lekarza w Łodzi nieprzerwanie od 17 lat. Siedzibami zarządów były: Warszawa, Łódź i Kraków.

Obchody rozpoczęła Nadzwyczajny Zjazd, uchwalając Tytuły Członków Honorowych dla Zbigniewa Kostrzewy i Marka Pawlikowskiego, którzy dołączyli do Marcina Łyskanowskiego, Zbigniewa Domosławskiego, Stanisława Sterkowicza, Henryka Gaertnera, Jerzego Pomianowskiego, Barbary Szeffer-Marcinkowskiej, Bożeny Kleiny, Fabiana Frankowicza, Eugeniusza Czubaka, Mieczysława Śmiałka i Jana Pietruskiego. Zgromadzenie przyznało ponadto Medal im. Jana z Ludziska (według pomysłu profesora UJ Zdzisława Gajdy): Zbigniewowi Jabłońskiemu i Jerzemu Samusikowi. Wcześniej krążyć z inskrypcją „mąż rzeczy ludzkich

ciekaw” odebrali: Łódzka Izba Lekarska, Barbara Szeffer-Marcinkowska, Jerzy Woy-Wojciechowski, Andrzej Szczekliak, Henryk Gaertner, Aldona Kraus, Janina Bergander i Marek Pawlikowski.

Gościem jubileuszu był prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzekiewicz. Ciepłe słowa popłynęły m.in. z izby lekarskiej w Krakowie, Komisji Kultury NRL i krakowskiego oddziału PTL, który nagroził Ryszarda Żabę. Oddano hołd zmarłym, a prezes Waldemar Hładki przedstawił najważniejsze daty w historii UPPL. Całość zakończył koncert artystów Piwnicy Św. Norberta z recytacją tekstów lekarzy. Z okazji jubileuszu ukazało się: „XVII Spektrum – Almanach 50 lat Unii Polskich Pisarzy Lekarzy”, w którym znalazły się utwory 50 autorów, od Jerzego Andrzejczaka do Marii Żywickiej-Luckner, która całość opracowała. ○



^ Almanach wydany z okazji 50-lecia istnienia UPPL.

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •

## Choroby wirusowe w praktyce klinicznej

Redakcja naukowa: Marta Wróblewska, Tomasz Dzieciatkowski

Wirusy to wciąż jedne z najważniejszych czynników chorobotwórczych. W książce przedstawiono różnego typu zakażenia wirusowe, uwzględniając czynniki ryzyka, objawy kliniczne, diagnostykę różnicową i laboratoryjną, leczenie i profilaktykę. Książka dla lekarzy różnych specjalności.



## Ze schowka Pamięci cz. III – Moje Powroty

Maciej Andrzej Zarębski

Lekarz, regionalista, wydawca, podróżnik, i przede wszystkim pisarz, który jest autorem kilkudziesięciu książek, wraca z nową propozycją dla czytelników. To trzecia część pięcioksięgu biograficznego, obejmującego okres 3 lat i 3 miesiące od chwili przyjazdu z libijskiego kontraktu (lata 1986-89).



# Piąty plener fotograficzny



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Za nami piąty ogólnopolski plener fotograficzny lekarzy zorganizowany przez Lubelską Izbę Lekarską i jej Komisję Kultury przy współudziale Naczelnej Rady Lekarskiej.

## ☉ DARIUSZ HANKIEWICZ

Ponad 20 lekarzy niemal z całej Polski w dniach 4-8 października doskonaliło umiejętności w swojej – drugiej poza medycyną – pasji, czyli w fotografii. Mentorami tym razem byli: Andrzej Koziała, fotoreporter, były zastępca redaktora naczelnego „National Geographic” i fotoreporter wojenny, fotoedytor i wydawca, a także Szymon Szcześniak, członek ZPAF, fotograf „portrecista” współpracujący z wielkimi magazynami modowymi i kulturalnymi w Polsce i za granicą. Ponadto

zajęcia prowadził również Dariusz Hankiewicz, fotograf lekarz, szef RKF Klatka oraz członek Grupy Twórczej Motycz, a zarazem prowadzący Komisję Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej. Warsztaty i dyskusje oraz płynące z nich nauki trwały każdego dnia do późnej nocy. Plenerowicze odwiedzili kazimierską „Kuncewiczówkę”, gdzie obejrzeni film o Edwardzie Hartwigu, wielkim polskim fotografie pochodzącym z Lubelszczyzny. W ciągu dwóch dni można było bezpłatnie wypożyczyć różne modele

apartów „bezusterkowych”, z czego skrzętnie skorzystali uczestnicy pleneru. Mimo deszczowej pogody humory dopisywały. Tematów do fotografowania nie zabrakło. A pokłosisie pleneru, czyli wystawę prac, będzie można obejrzeć w dniach 18 listopada – 7 grudnia w Lubelskiej Izbie Lekarskiej w Klubie Lekarza w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy” (ul. Chmielna 4). Wernisaż 18 listopada o godz. 12.00. Serdecznie zapraszam. ○

FOTO: DARIUSZ HANKIEWICZ

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •



## **Kompleksowe leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów**

Redakcja naukowa:

**Wiesław E. Tomaszewski**

Czy ChZS musi być nieuleczalną epidemią naszych czasów? Czy terapia ma ograniczać się do endoprotezoplastyki? Czy jest możliwe wdrożenie innego postępowania leczniczego? Autorzy piszą o nowatorskich metodach zachowawczego leczenia, opracowanych na podstawie wyników najnowszych badań.



## **Spotkania. Opowieść o wierze w człowieka**

**Dawid Kubiakowski,  
Marian Zembala**

Rozmowa z człowiekiem, który wykonał tysiące operacji ratujących życie i wspólnie z prof. Zbigniewem Religą budował polską transplantologię. Książka, w 11 rozdziałach, zabiera w podróż do wnętrza pełnej pasji biografii kardiochirurga, z licznymi odniesieniami do problemów współczesnej medycyny.

# XVIII Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna



W Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi wystawy fotograficzne organizowane są od początku jego istnienia. Początkowo miały charakter lokalny, od listopada 2000 r. organizowane są ogólnopolskie. Tegoroczna wystawa nosiła tytuł: „Uchwyczone obiektywem lekarza”.

☉ RYSZARD GOLAŃSKI

**T**aki ogólny temat dawał dużą dowolność autorom co do tematyki zdjęć. Być może był to jeden z powodów tak dużego zainteresowania.

Na konkurs nadesłano 320 prac. Profesjonalne jury dopuściło do wystawy zdjęcia 50 uczestników, były wśród nich 23 panie i 27 mężczyzn. Głośno komentowano niespotykany liczny udział naszych koleżanek. Największą grupę stanowili oczywiście łodzianie: 18 osób, z Warszawy było 6 autorów, z Poznania 4. Poza tym reprezentowane były: Bydgoszcz, Tomaszów Mazowiecki, Płock, Zduny, Inowrocław, Bełchatów, Szczecin, Pabianice, Tarnów, Jędrzejów, Gdynia, Katowice, Sieradz, Śrem, Fryszak, Radzyń Podlaski i Łowicz.

Zaskakujące jest to, że spośród autorów tylko czworo jest stomatologami.

Na wystawie malarskiej dentyści dominują. Nie sposób wymienić specjalizacji, które były reprezentowane, po prostu większość. Bardzo cieszy udział kilkorga stażystów. Znamienne dla mnie było to, że wśród licznie zgromadzonej publiczności były dwie grupy wiekowe: osoby młode i bardzo młode oraz osoby ze znacznym bagażem życiowym. Znacznie mniej było osób w wieku średnim.

Prowadzący uroczystość kierownik Klubu Lekarza, dr Andrzej Świąć, z satysfakcją podkreślał obecność i uczestnictwo w konkursie młodych koleżanek i kolegów. Dodać trzeba, że sam był autorem bardzo interesujących zdjęć z egzotycznych podróży. Jury, pod przewodnictwem Izabeli Urbaniak, wiceprezesa Związku Polskich Artystów Fotografików Okręgu Łódzkiego, z udziałem Ryszarda Sąsiadka i Sławomira Grzanka – prezesów

towarzystw fotograficznych, nagrodę główną: Złoty Obiektyw i nagrodę pieniężną przyznało Adamowi Kwaśnickiemu z Warszawy. Jego czarno-białe, piękne zdjęcia wyróżniały się spośród innych. Srebrny Obiektyw otrzymał Jan Wojciech Kołodziej ze Szczecina, a Brązowy odebrał Michał Włodarczyk z Łodzi. Wyróżnieni zostali: Ewa Stolarz z Warszawy, Jerzy Ratajski z Tomaszowa Mazowieckiego i Robert Bujak z Bydgoszczy.

Tradycyjnie odbył się również plebiscyt publiczności. Jego laureatką została Anna Kawińska-Hamala z Łodzi. Przedstawiła na swych pięknych zdjęciach żywioty: ogień i wodę. Mnie szczególnie spodobała się prezentacja światła na zamrażanej szybie samochodu. To kolejne zdjęcie na naszej wystawie zrobione przez lekarza jadącego do pracy! Wrażliwość i refleks godne podziwu. ☉



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)





Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)



## Wrocław

III edycja Biegu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zainaugurowała tegoroczny rok akademicki w stolicy Dolnego Śląska. W pierwszym szeregu, obok pracowników i studentów uczelni, wystartował rektor prof. Marek Ziętek. W biegu na dystansie 10 km mającym promować zdrowy styl życia udział wzięło ponad 600 osób.



## Góry Sowie

Ponad 500 metrów przewyższenia na odcinku 10 km daje wyobrażenie, jakie wyzwanie stanęło przed uczestnikami I Mistrzostw Polski Lekarzy w Biegu Górskim, który odbył się **13 sierpnia** w ramach VIII Biegu na Wielką Sowę (najwyższy szczyt Gór Sowich). Na starcie stanęło 25 lekarzy, w tym 15 kobiet, co jest fenomenem w tego typu imprezach, gdzie zwykle dominują panowie.



# ) Ogłoszenia











# ) Komunikaty

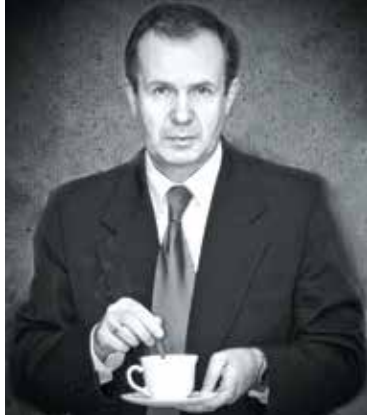
## **ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU, WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY – ROCZNIK 1962-1968**

25 maja 2018 r. odbędzie się uroczyste odnowienie dyplomów z okazji 50-lecia ukończenia studiów. Przewidujemy przyjazd absolwentów 24 maja w godzinach popołudniowych. Główne uroczystości to: 25 maja o godzinie 10 msza

święta, godzina 12 rozdanie dyplomów. Chętnych prosimy o kontakt z komitetem organizacyjnym: Halina Swoboda-Ciesielska tel.: 601 910 277; Karolina Glasner-Szymańska tel.: 606 194 697; Bronisław Gorzelańczyk tel.: 605 549 529; Bolesław Rutkowski tel.: 602 236 439; Elżbieta Bączkowska-Lubelska tel.: 603 309 456; Alicja Jaroszevska-Wielgosz tel.: 603 112 954; Walenty Nyka tel.: 605 110 681.

**UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**





**Jarosław Wanecki**

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

# Szelestnie

Minister Zdrowia na początku października raportował do pani Premier, że innowacja pod potoczną nazwą „sieć szpitali” została wprowadzona bezszelestnie. Szemrania rzeczywiście nie było, bo niewiele osób wie, na czym zmiana polega. Jaka reforma – taki szelest.

**A**rcybiskup Henryk Hoser nie szeleści od dziesiętków lat, jest mu dobrze i nakazuje młodym być cierpliwym. Nakładów na służbę zdrowia według opinii lekarza i kapłana, nie można podnieść z dnia na dzień. Przyjmując ten wariant, spodziewać się należy wzrostu PKB z wieku na wiek. Zgodnie z ugruntowanym prawem fali, każdy lekarz powinien swoje wycierpieć na dyżurach i biec zgodnie z przysięgą pogańskiego Hipokratesa z pracy do pracy, z wiatrem wtór. Tymczasem chorzy ułożeni pokotem w szpitalnych oddziałach ratunkowych, jak w maltańskim przytułku joannitów, czekają na pozornie skróconą kolej i słuchają zawołania: ducha nie gości!

Poseł Bartosz Arłukowicz zaszeleścił ponad miarę. Zapomniał biedak, jak się namęczył kołowaniem doktorów, którzy chcieli wypisywać leki zgodnie ze zwyczajem wpa-  
janym na polskich uczelniach medycznych. Nie widział, jak gasną uprawnienia 3 mln Polaków do bezpłatnej opieki zdrowotnej i bez skrupułów wprowadzał elektroniczną weryfikację ubezpieczonych świadczeniobiorców. I nagle wyłonił się obok Ewy Kopacz, by ulżyć polskiemu lekarzowi. Ale czy można uwierzyć z niekoniunkturalność tego wsparcia? Wątpię!

Przewodniczący Ryszard Terlecki nie szeleści. Śmieje się za to w Polskim Radiu z dzieciarni, która zawiesza i odwiesza protest, w czym sam się już nawet pogubił, bo tak przedniej zabawy w chowanego po gabinetach w Alejach Ujazdowskich już dawno nie widział. Kilka miesięcy temu hałas tabloidów zablokował podniesienie o kilka tysięcy złotych sytej pensji marszałkowskiej.

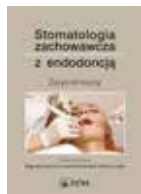
Telewizja państwowa długo nie szeleściła, bo na rogu Żwirki i Wigury z Trojdena ciek wodny w pierwszych dniach października zepsuł jej wszystkie kamery, a późniejszy wypaczony obraz w biało-czerwone pasy przekazywał z obrzydzeniem żądania Konstantego Radziwiłła sprzed kilku lat, zapominając o publicznym wskazaniu Autora, który właśnie rozpoczął hamowanie podstawowej

zmiany. Amnezję Sekretarza, Prezesa, Wiceprezesa i Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, przyjąłem z żalem. Głos natychmiastowego wzrostu środków na służbę zdrowia do 6% PKB słyszałem od zawsze z tych samych ust. Inni je tylko ochoczo powtarzali. Dlatego nie mniejszym zaskoczeniem było kateryczne stwierdzenie, że według wieloletniego samorządowego pryncypała natychmiast oznacza 10 lat. To szczere wyznanie, w pewnej mierze usprawiedliwia niespieszność premiera Donalda Tuska, który miał najwidoczniej podobne zaburzenia czasu w realizacji złożonych obietnic.

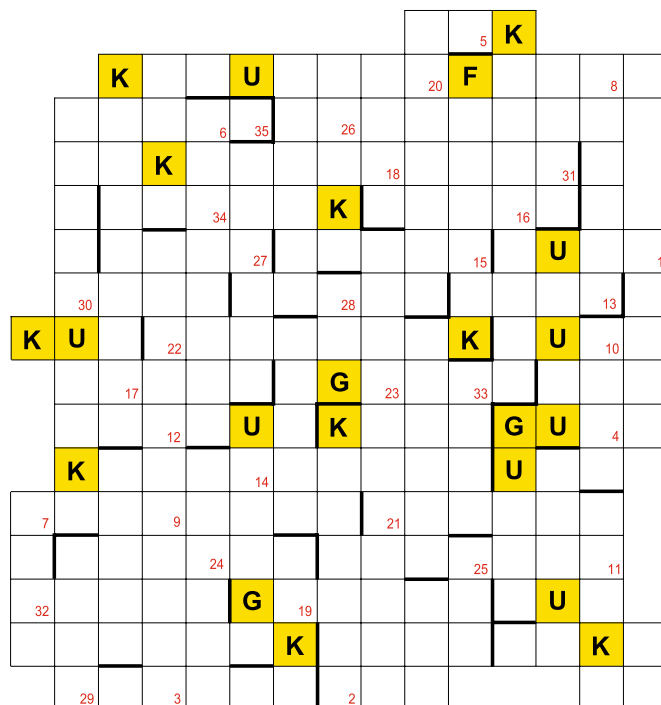
Trampolina samorządu bezszelestnie od kilkudziesięciu lat wysyła swoich najaktywniejszych działaczy na orbitę władzy. To osoby, które obdarzone były zaufaniem i szcunkiem, z dużym poparciem swoich środowisk, zbierające dobre recenzje, pracowite, z wieloma ciekawymi pomysłami na poprawę bytu pacjentów i medyków. Karuzela stanowisk zmienia jednak niezmiennie narrację wybrańców. W krótkim czasie wypierają słowa, zaprzeczają swoim życiorysom i poglądom. Najpierw palą mosty, a potem wracają niczym marnotrawni synowie, przyjmowani w roli ekspertów i wykorzystują sytuację, że ich następcy depczą wszystko jeszcze bardziej, kłamią bez żadnych oporów, bez spuszczonego oczu i pełnym głosem.

Zaszeleściłem archiwalnymi gazetami. W mojej pamięci największy uraz pozostawił protest pieczętkowy, dlatego instrumentalnie wyrzuciłem dwa ówczesne wypowiedziane zdania komentarza obecnego Ministra Zdrowia, które z protestem rezydentów pozornie się nie wiążą: „Mimo apeli środowiska lekarskiego upór rządzących trwa (...) Autora tego szatańskiego pomysłu powinno się pokazać publicznie”.

„Młodzi lekarze żądają miliardów złotych” podały „Wiadomości”. Prawda. Odkąd sięgam pamięcią, lekarze żądają miliardów złotych, aby pomagać ludziom i godnie żyć. Za te żądania grożono nam kamaszami, wyzywano od przedsięwzięciwców, obecnie jesteśmy agentami, ale to my zapewniamy bezpieczeństwo zdrowotne Polaków. Codziennie i bezszelestnie. ☹



**Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, G, K i U.**  
**Na ponumerowanych polach ukryto 35 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Schweitzera. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres [jolka@gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 25 listopada 2017 r.**  
**Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).**



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 227 („GL” nr 09/2017)

**Miłość ze wszystkich chorób jeszcze ta najzdrowsza.**

Nagrody otrzymują:  
**Anna Amerek** (Kraków), **Grzegorz Koziarski** (Katowice), **Karol Rawicz-Pruszyński** (Opole Lubelskie). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl). Nagrody prześlemy pocztą.

\* lęk w windzie i podczas MRI \* płynie w Pisu \* puszczańscy pomocnicy Kmicica \* roślina na alonę \* Michaił, wódz rosyjski pobity przez Władysława IV \* słowiańskie bóstwo gromowładne \* zaciśnięta dłoń \* Płd. największy lodowiec Tien-Szanu \* śpiewała „Gdzie te chłopy?” \* pooperacyjna lub teatralna \* wyrostek na łopacie łosia \* daje zarobić mediom \* pony \* zaanektowany pół-wysep \* z tropiku na worki i dywany \* medytacyjny nurt w buddyzmie japońskim \* ostre krawędzie skalistego grzbietu \* zbiór praw Czynjis-chana \* bezsilny, ogarnięty niemocą \* stolica Epiru \* prowadzi modlitwy w meczecie \* rzymska nimfa, opiekunka ciężarnych \* znakomity muzyk (wł.) \* piłka za linią \* nerka (łac.) \* glejt \* 15-tys. miasto na zachód od Pragi \* tumory \* filmowy kochanek \* przybysz, imigrant \* somnus \* kąpielisko na pn-wsch. od Wenecji \* twierdzenie pomocnicze \* Naczelną Lekarską z prezesem \* rakieta nośna sondy Galileo \* nizaryta \* tętno \* kraj z helikopterem w ogniu \* amerykańskie obserwatorium satelitarne (1970–77) \* łowny, nieparzystokopytny z dżungli \* Danuta Śledzikówna \* łach, łachman \* fractura \* płynie w Innsbrucku \* greckie furie \* nierealne strachy \* armia OUN-B \* gdyński rywal Lechii \* trujący alkaloid z bobu kalabarskiego \* mędrzec z Prieny \* powaba \* sarcoma \* Żyd bliskowschodni \* kupiec na straganie \* nimfa zakochana w Narcyzie \* dynastia indyjska (320-467) \* Ciebie Boże, hymn łaciński \* przeciwieństwo depresji \* proporczyk klubowy na jachcie \* kruche ciasto w kształcie wstążki \* śpiączka (łac.) \* plemię dolno-śląskie \* uderzana w badmintonie \* fakir, pokutnik \* florencka, zainicjowała operę \* twierdzenie do uzasadnienia \* ciąży, czyli aborcja \* najdłuższy dopływ Konga \* pomysł, projekt \* szczepionka przeciwgruźlicza

Jerzy Badowski

**Wydawca:**



**Naczelna Rada Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 171 700 egz.

Kolegium redakcyjne:  
**Jarosław Wanecki** (przewodniczący)  
**Ryszard Golański**  
**Marek Jodłowski**  
**Jolanta Małmuga**  
**Wojciech Marquardt**  
**Katarzyna Strzałkowska**

Redaktor naczelny:  
**Ryszard Golański**  
 Tel. 600 909 382  
[naczelny@gazetalekarska.pl](mailto:naczelny@gazetalekarska.pl)

Zastępca redaktora naczelnego:  
**Marta Jakubiak**  
 Tel. 608 854 348  
[m.jakubiak@gazetalekarska.pl](mailto:m.jakubiak@gazetalekarska.pl)

Dziennikarze:  
**Lucyna Krysiak**  
 Tel. 696 48 70 48  
[l.krysiak@gazetalekarska.pl](mailto:l.krysiak@gazetalekarska.pl)

**Lidia Sulikowska**  
 Tel. 668 854 344  
[l.sulikowska@gazetalekarska.pl](mailto:l.sulikowska@gazetalekarska.pl)

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Redakcja:  
 Tel. (22) 558 80 40  
 Fax (22) 558 80 42  
[redakcja@gazetalekarska.pl](mailto:redakcja@gazetalekarska.pl)

Stale współpracują:  
**Artur Andrus** (Warszawa)  
**Jerzy Badowski** (Olsztyn)  
**Ślawomir Badurek** (Toruń)  
**Jarosław Klimek** (Łódź)  
**Anna Lella** (Olsztyn)  
**Agata Morka** (Berlin)  
**Joanna Sokółowska** (Płock)

Redaktor portalu internetowego:  
**Mariusz Tomczak**  
[m.tomczak@gazetalekarska.pl](mailto:m.tomczak@gazetalekarska.pl)

Adres redakcji:  
 00-764 Warszawa,  
 ul. Jana III Sobieskiego 110  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Opracowanie graficzne:  
**Teresa Urawska**

Reklama i marketing:  
**Elżbieta Tarczyńska**  
 Tel. (22) 559 13 26  
 Fax (22) 558 80 42  
 Tel. 606 699 830  
[e.tarczyńska@gazetalekarska.pl](mailto:e.tarczyńska@gazetalekarska.pl)

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

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adjustacji, 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 recepty 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).



