

Gazeta Lekarska

4
2014

PISMO IZB LEKARSKICH

XII

Krajowy
Zjazd
Lekarzy



11

Temat miesiąca

Głośniej i dobitniej
XII Krajowy Zjazd Lekarzy

24

Stomatologia

Świadczenia stomatologiczne
a podatek VAT

40

Ochrona zdrowia na świecie

Różne strony
migracji kadr

Spis treści

4
2014

12.05

Upływa termin na dostarczenie obrazów na XII Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy. Dzieła należy przynieść do siedziby OIL w Łodzi. Wystawa odbędzie się w dniach 25-30 maja w Klubie Lekarzy w Łodzi.

15-18.05

Odbędzie się 10th Warsaw International Medical Congress for Young Scientist – największa konferencja dla studentów i absolwentów uczelni medycznych oraz studentów i absolwentów wydziałów przyrodniczych w Europie Środkowej. Więcej na www.wimc.wum.edu.pl.

28-30.08

W Jachrance k/Warszawy odbędzie się XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Alergia, Astma, POChP - Standardy Diagnostyczno-Terapeutyczne”, szczegóły: www.jachranka2014.pl.

Online

Aktualności



Codziennie nowe informacje na www.gazetalekarska.pl w zakładce Aktualności.



11



17



24



42

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Najwyższe gremium... nie dla wszystkich
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Rozpoczynamy nową kadencję
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Polskie piekielko i rumuńskie realia
- 11 **Temat miesiąca:** Głośniej i dobitniej – XII Krajowy Zjazd Lekarzy
- 14 **Temat miesiąca:** „List do Przyjaciela Lekarzy”
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:** Lekarze do Parlamentu Europejskiego
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Nie chodzi o ściganie, chodzi o godność
- 20 **Samorząd:** Lekarze z krainy tysiąca jezior
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Wielkanoc
- 24 **Stomatologia:** Udzielanie świadczeń stomatologicznych a podatek VAT
- 27 **Praktyka lekarska:** O niepowodzeniu położniczym we Włocławku
- 28 **Praktyka lekarska:** Postawy i opinie dotyczące NFZ
- 31 **Praktyka lekarska:** 60 lat PTK
- 32 **Wydarzenia:** 20-lecie Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich
- 33 **Biuletyn NRL**
- 38 **Praktyka lekarska:** Wygrać z bólem
- 40 **Ochrona zdrowia na świecie:** Różne strony migracji kadr
- 42 **Indeks korzyści:** Pediatryczny coming out
- 44 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Pożegnanie na przedwiośniu
List do redakcji: Rzecznik prasowy NRL informuje...
- 45 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Sto lat? Sto lat? Niech żyje, żyje? Nam?
- 46 **List do redakcji:** Prawa (pacjentów)... do kosza
- 48 **Z życia lekarza:** Owocna współpraca
- 49 **Kultura:** Wojenne Dziedzictwo
- 50 **Błąd malarski:** Amerykański sen
- 52 **Kultura**
- 53 **Sport**
- 56 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (41) / J. Wanecki:** Prywatna audyencja*
- 66 **Jolka lekarska**



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Najwyższe gremium... nie dla wszystkich

Czas mija nieubłaganie. Zanim się obejrzelśmy, niespodziewanie minęła szósta kadencja samorządu zawodowego lekarzy.

Zakończył ją XII Krajowy Zjazd Lekarzy, który był zarazem początkiem nowej, siódmej kadencji. Czy zjazd był ważnym wydarzeniem dla środowiska lekarskiego? Myślę, że każdy z delegatów zapytanych o to, skwapliwie by odpowiedział, że tak. Z mediów publicznych lekarze niewiele mogli się dowiedzieć o tym wydarzeniu. Jedną z nielicznych informacji było nazwisko nowo wybranego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, o nowym naczelnym rzeczniku odpowiedzialności zawodowej, doktorze Grzegorzu Wronie, pisano i mówiono znacznie mniej. Z satysfakcją stwierdzam, że jedynym medium, które na bieżąco informowało o przebiegu zjazdu, był portal „Gazety Lekarskiej”. Tego typu relacja – zjazd na żywo – miała miejsce po raz pierwszy. Wszystkim osobom, których praca pozwoliła na realizację tego przedsięwzięcia, z tego miejsca serdecznie dziękuję. Na ile skuteczny był to przekaz, dowodzi fakt, że Kolega Prezes Maciej Hamankiewicz otrzymał gratulacje od swoich kolegów ze szpitala... kilka minut po ogłoszeniu wyników. Koledzy śledzili bowiem przebieg zjazdu na www.gazetalekarska.pl.

Wróćmy jednak do pytania postawionego wyżej: czy zjazd był ważnym wydarzeniem dla lekarzy? Nie jest łatwo odpowiedzieć na to pytanie. Dla osób zaangażowanych na co dzień w działalność izb lekarskich było to z pewnością wydarzenie bardzo istotne. Spotkanie o tej randze odbywa się raz na cztery lata. Jego najważniejsza rola to wybór władz naszego samorządu na kolejną kadencję. Wybory powodują najwięcej emocji i skupiają na sobie uwa-

gę. Dla wielu delegatów nie mniej istotne niż decyzje personalne, a może nawet ważniejsze, są decyzje programowe. To spis najważniejszych zadań na kilka najbliższych lat. Powinien być to rejestr spraw najważniejszych dla polskich lekarzy i lekarzy dentyków. Czy tak się stało? Nie umiem odpowiedzieć na to pytanie. Przed głosowaniem uchwały programowej, przygotowanej przez Prezydium NRL, nie było burzliwej dyskusji. Nie spierano się o zawarte w projekcie zapisy. Należy mieć nadzieję, że powodem było to, że zawarto w nim sprawy ważne z jednej strony, z drugiej zaś, niebudzące kontrowersji. Osoby zainteresowane zapisami najważniejszego dokumentu, jaki został przyjęty przez delegatów, odsyłam na strony internetowe NIL i nasze, gazetowe. Będę wdzięczny za podzielenie się opinią na temat treści zawartych w uchwale. Z pewnością więcej emocji wzbudził podczas zjazdu list przedstawiony przez prezesa krakowskiej ORL, Andrzeja Matyję, zatytułowany: „List do Przyjaciela Lekarzy”. Wielu delegatów utożsamiało się z jego treścią i złożyło pod listem swój podpis. Zgromadzeni na sali przedstawiciele wszystkich polskich lekarzy mieli tym razem okazję posłuchać pana ministra nie z mównicy, przemawiającego bezpośrednio do swoich koleżanek i kolegów, ale z telebimu, w ramach relacji z konferencji celowo zwołanej w dniu, w którym obradował zjazd. W kontekście tego oczywistego afrontu mniej istotne jest to, jakich problemów konferencja dotyczyła i że uczestniczył w niej także Premier polskiego rządu. ■

W Słowie się stało nasze zbawienie,
co wrosło w boskie i ludzkie progi...

Karol Wojtyła „Renesansowy psalterz”

W imieniu kolegium redakcyjnego, redakcji
oraz autorów i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
Lekarzom i Lekarzom Dentystom
życzymy zdrowych Świąt **Zmartwychwstania Pańskiego**

Ryszard Golański

Jarosław Wanecki

Odpady i czas pracy lekarzy

15 marca to dzień przekazywania rocznego sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami.

Często praktyki lekarskie prowadzone są w najmowanych gabinetach, w większych placówkach medycznych. Zdarza się też, że jedno pomieszczenie przeznaczone na gabinet najmuje wspólnie kilku lekarzy. Powstają wtedy wątpliwości, jak prawidłowo wywiązywać się z obowiązków w zakresie gospodarowania odpadami – czy każdy z lekarzy ma robić to samodzielnie, czy też możliwe jest rozwiązanie, które zdejmie taki obowiązek z każdego z lekarzy.

Ustawa o odpadach pozwala na przeniesienie odpowiedzialności za odpady na inny podmiot, ale w pewnych szczególnych sytuacjach. Mówi o tym art. 28 ustawy. Z przepisu tego wynika, że w sytuacji gdy:

- z jednego gabinetu korzysta wspólnie kilku lekarzy wytwarzających odpady,
- lekarz najmuje gabinet, np. w przychodni, która sama wytwarza odpady,

to na jednego z lekarzy, którzy wspólnie korzystają z najętego gabinetu, lub na przychodnię, w której gabinet się znajduje, możliwe jest przeniesienie odpowiedzialności za wytworzone odpady.

Oczywiście takie rozwiązanie dopuszczalne jest pod pewnymi warunkami.

1. Podmiot, na który ma być przeniesiona odpowiedzialność (jeden z lekarzy lub podmiot wynajmujący gabinet), musi zapewnić postępowanie z odpadami w sposób zgodny z ustawą – zawrzeć umowę na ich utylizację, prowadzić wymaganą dokumentację.

2. Lekarz i podmiot, na który ma być przeniesiona odpowiedzialność za odpady (prawa i obowiązki ciążące na wytwórcy odpadów), muszą zawrzeć umowę na piśmie pod rygorem nieważności.

Jeśli te warunki zostaną spełnione, lekarz nie ma obowiązku składania sprawozdania rocznego, bo nie jest posiadaczem odpadów.

Marzec tego roku to również gorący okres dla grup lekarzy, których po 1 lipca 2014 r. przestaną obejmować szczególne przepisy skracające ich czas pracy do 5 godzin dziennie i 25 godzin tygodniowo. Są to (pod pewnymi warunkami) lekarze pracujący na umowę o pracę w podmiotach

lecniczych, w komórkach: radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub w prosektoriach. Od 1 lipca 2014 r. ich czas pracy może zostać wydłużony do 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Zmiana taka musi zostać wprowadzona poprzez zmianę umowy o pracę. Może ona nastąpić w drodze porozumienia zmieniającego zawarte go z lekarzem lub jednostronnie przez pracodawcę w drodze wypowiedzenia warunków pracy (wypowiedzenia zmieniającego).

Porozumienie zmieniające wymaga zgodnego ustalenia przez obie strony nowych warunków umowy o pracę. Nie muszą być to wyłącznie warunki pracy (w tym wypadku dłuższy czas pracy), ale również nowa wysokość wynagrodzenia za pracę w o połowę dłuższym czasie pracy. Ponieważ lekarz musi podpisać takie porozumienie, żeby wiązało ono strony, to nie musi się godzić na warunki zaproponowane przez pracodawcę. W razie odmowy pracodawca skorzysta zapewne z możliwości zmiany umowy w drugim wspomnianym już trybie.

Wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy (poprzez wydłużenie czasu pracy) następuje w drodze jednostronnego oświadczenia pracodawcy. W przypadku umów na czas nieokreślony musi ono zawierać uzasadnienie. Umowa w takim wypadku ulegnie zmianie po upływie okresu wypowiedzenia (jest ono takie samo jak przy rozwiązaniu umowy za wypowiedzeniem) albo rozwiąże się z upływem tego okresu. Zmiana umowy nastąpi, jeśli lekarz zgadza się na nowe warunki. Zgoda taka może być wyrażona wprost, ale również milcząco. Do upływu połowy okresu wypowiedzenia lekarz ma możliwość odmowy przyjęcia proponowanych warunków. W takim przypadku umowa o pracę ulegnie rozwiązaniu. Ponieważ rozwiązanie nastąpi z przyczyn nie dotyczących pracownika, to pracodawca powinien wypłacić mu odprawę (jeśli zatrudnia ponad 20 pracowników). ■

mec.

Jarosław Klimek

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu prawnego dla lekarzy jest firma Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Jak rozpoczynamy
nową kadencję?

Podobnie jak
poprzednią
– wtedy
w oczekiwaniu
na tzw. pakiet
ustaw, teraz
w oczekiwaniu
na tzw. pakiet
kolejkowy.

Rozpoczynamy nową kadencję

W pierwszym dniu XII Krajowego Zjazdu Lekarzy zebrało się 405 Koleżanek i Kolegów delegatów, czyli 91,63 proc.; quorum było do samego końca. To wielka sprawa.

Przez cały czas „Gazeta Lekarska” raportowała na żywo przebieg zjazdu. Dzięki temu przed monitorami mogła zasiąść spora część lekarzy, którzy chcieli w domu lub w dyżurce lekarskiej sprawdzić, co dzieje się na sali obrad. To kolejna wielka sprawa. Udzielono absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej, co bardzo cieszy, bo to zawsze sporo emocji i oczekiwanie na akceptację dla działania ustępujących władz przez delegatów. Wybrano nowy skład organów NIL na siódmą kadencję – wszystkim wybranym gratuluję. W pierwszej turze głosy oddano na nowego naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Grzegorza Wrone – gratuluję mu takiego wyniku. Wielką niespodzianką na moment przed otwarciem zjazdu sprawił mi pan profesor Jerzy Woy-Wojciechowski, wręczając wydobytą prosto z drukarni swoją książkę „Q pamięci” z dedykacją „Wspaniałemu Lekarzowi...”. I wreszcie – radość płynąca z każdego głosu oddanego na moje prowadzenie NRL przez następne cztery lata. Dziękuję za każdy oddany na mnie głos. Takich spraw, które uznałbym za wielkie, ważne zbierałbym pewnie sporo i byłbym w tym równie szybki, jak nadchodząca właśnie w dniu wyborów wiosna.

Niestety mamy też sporo spraw, które nie nastroją optymistycznie. Przede wszystkim zanotowaliśmy wielką nieobecność ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza. Nazywam ją wielką, bo wiadomo było, że pan minister jest w Warszawie, a – co więcej – że podczas trwania zjazdu zamierza przedstawić panu premierowi rozwiązania na zmniejszenie kolejek. Przypomnę, że w historii samorządu lekarskiego na sprawozdawczo-wyborczych zjazdach lekarzy pojawiali się przedstawiciele rządu. Kiedy po pierwszej kadencji prowadzonej przez prezesa Tadeusza Chruściela wybierany był na drugą kadencję prezes Krzysztof Madej, przyjechał ówczesny minister zdrowia Jacek Żochowski, który mówił o tym, że drzwi gabinetu ministra są dla samorządu lekarskiego otwarte. W 1997 r. na zjeździe pojawili się ówczesny premier RP Jerzy Buzek, który zapowiadał reformę zdrowotną, wicepremier Leszek Balcerowicz, który mówił o poprawie zdrowia poprzez sprowadzenie do kraju większej ilości cytrusów, oraz Wojciech Maksymowicz – jako ówczesny minister zdrowia. Cztery lata później, kiedy na pre-

zesa NRL wybierany był mój poprzednik Konstanty Radziwiłł, na zjeździe pojawił się minister zdrowia Mariusz Łapiński, który mówił, jak za szczupłe środki zapewnić społeczeństwu najlepsze świadczenia medyczne. Na kolejnym zjeździe, w 2006 r., gościem był minister Zbigniew Religa, który zapowiedział pracę nad doprowadzeniem do tego, aby stale wzrastały nakłady na opiekę zdrowotną. Cztery lata temu na zjeździe nie pojawił się pan premier Tusk. Nie było również wicepremiera ani ministra zdrowia Ewy Kopacz. W tym roku zamiast przyjechać do nas, lekarzy, pan premier wraz z ministrem zdrowia zorganizowali konferencję prasową. Delegowany na Zjazd wiceminister zdrowia Igor Radziwicz-Winnicki zaprosił do wzięcia udziału w dyskusji na temat reformy opieki zdrowotnej. „Proszę o odpowiedzialną debatę, która posłuży nam wszystkim” – zaznaczył. Jednak kiedy spyaliśmy, czy możemy wziąć udział w konferencji, odpowiedź wiceministra była wymijająca. Ponieważ nie zostaliśmy ostatecznie zaproszeni, postanowiliśmy obejrzeć konferencję na telebimach. Nasz apel numer 16 zabrzmiał krótko: „XII KZL wyraża rozczarowanie przedstawionymi rozwiązaniami”.

Problem w kontaktach z ministrem czuje dzisiaj w Polsce nie tylko samorząd lekarski. Rzecznik praw obywatelskich prof. Irena Lipowicz, która staje w obronie wielu spraw lekarskich, dodaje w jednym z ostatnio udzielonych wywiadów, że relacje jej urzędu z Ministerstwem Zdrowia pod względem rzeczowej reakcji na składane wnioski i otwartości na dyskusję układają się fatalnie.

Działania ministra komentuje też Jerzy Owsiak, który zaznacza, że ministerstwo przeprowadziło szereg kontroli, które na ogół wykazywały jedynie drobne uchybienia, ale żadnych zasadniczych zmian nie przeprowadzono. „Minister obiecywał konsultację z samorządem lekarskim. Owszem, był na spotkaniu, obiecywał wprowadzić postulowane przez samorząd zmiany, ale na obietnicach się skończyło” – pisze na swojej stronie.

Jak rozpoczynamy nową kadencję? Podobnie jak poprzednią – wtedy w oczekiwaniu na tzw. pakiet ustaw, teraz w oczekiwaniu na tzw. pakiet kolejkowy. Choć mnie i wtedy i dzisiaj słowo „pakiet” kojarzy się głównie z supermarketem. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Meritus pro Medicis

Odnaczenie Meritus pro Medicis przyznano w tym roku i uroczystie wręczono podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy dziewięciu osobom w uznaniu dla ich działalności na rzecz środowiska i samorządu lekarskiego. Otrzymali je lekarze: Włodzimierz Bednorz (DIL Wrocław), Stanisław Ciechowicz (OIL Łódź), Jerzy Lach (OIL Opole), Józefa Przeździak (OIL Gdańsk), Dorota Radziszewska (DIL Wrocław), Stefan Sobczyński (WIL Poznań) oraz lekarze dentyści: Andrzej Mazaraki (OIL Kraków), Ewa Miękus-Pączek (OIL Warszawa), Jolanta Szczurko (OIL Białystok). Dotychczas odznaczenie to otrzymało 81 osób.

Najlepsi Lekarze Sportowcy

Na XII KZL wręczono tytuły dla najlepszych sportowców roku 2013. Najlepszym sportowcem kobietą została lekkoatletka Eliza Radzik (OIL Kraków). Tytuł otrzymał także Zbigniew Stefański (ŚIL Katowice), wielokrotny medalista w lekkiej atletyce i tenisie stołowym. Debiutantami roku ogłoszono lekkoatletów: Barbarę Czaśląską (ŚIL Katowice) i Sebastiana Spaleńnika (Wojkowska IL).

Goście XII KZL

Na odbywającym się w dniach 20-22 marca 2014 r. XII Krajowym Zjeździe Lekarzy pojawili się m.in. następujący goście: sekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta RP – Irena Wóycicka, która odczytała List Prezydenta RP do uczestników XII KZL; wicemarszałek Senatu RP – Stanisław Karczewski, wiceminister zdrowia – Igor Radziewicz-Winnicki, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia – Tomasz Latos; posłowie RP: Jarosław Katulski, Beata Małecka-Libera,

Lidia Gądek, Jerzy Ziętek, Janina Okragły, Elżbieta Radziszewska, Alicja Dąbrowska, Maciej Orzechowski. Przybyli przedstawiciele samorządów zawodowych: prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych – Elżbieta Puacz, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej – Andrzej Zwara, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej – Alina Fornal. Towarzystwa naukowe reprezentowali m.in.: prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Internistów – prof. Jacek Imiela, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, senator RP – prof. Alicja Chybicka, wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego – prof. Elżbieta Mierzińska-Nastalska, z Towarzystwa Chirurgów Polskich – prof. Ireneusz Krasnodębski, z Kolegium Lekarzy Rodzinnych – dr Jacek Putz. Uniwersytety medyczne reprezentowali: prorektor Warszawskiego UM – prof. Sławomir Majewski, dziekan WNM Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego – prof. Wojciech Maksymowicz, z Pomorskiego UM – dr Magda Wiśniewska. Gośćmi byli również przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel, prezes PZ Jacek Krajewski, prezes PPOZ Bożena Janicka, dyrektor CEM Mariusz Klencki, sekretarz Krajowego Duszpasterstwa Służby Zdrowia ks. Arkadiusz Zawistowski.

Msza święta, która poprzedzała uroczyste otwarcie, koncelebrowana była przez metropolitę warszawskiego kardynała Kazimierza Nycza.

Kolejne sprawy w TK

Naczelna Rada Lekarska złożyła w marcu br. do Trybunału Konstytucyjnego dwie sprawy: pierwszą – dotyczącą tzw. klauzuli sumienia i przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, oraz drugą – dotyczącą paragonów fiskalnych i przepisów rozporządzenia Ministra



Podczas zjazdu nagrodzono najlepszych lekarzy sportowców. Na zdjęciu: dr Zbigniew Stefański.

Finansów w sprawie kas rejestrujących. Szczegóły na stronie internetowej www.nil.org.pl.
W ubiegłej, szóstej kadencji NIL złożyła do Trybunału Konstytucyjnego w sumie siedem wniosków.

FDI w Polsce

Zarząd FDI zdecydował, że w roku 2016 Światowy Parlament Stomatologiczny FDI (FDI World Dental Parliament) oraz Doroczny Światowy Kongres Dentystyczny FDI (FDI Annual World Dental Congress, AWDC) odbędą się w Polsce, w Poznaniu. Decyzję w sprawie wyboru miejsca, w którym odbywa się Kongres i Parlament, Zarząd FDI podejmuje na podstawie ofert zgłaszanych przez krajowe organizacje stomatologiczne, które pełnią potem rolę lokalnego organizatora kongresu. Ze strony polskiej starania w tej sprawie zostały podjęte przez Polski Komitet Narodowy FDI stanowiący wspólną reprezentację polskich stomatologów w strukturach FDI, w skład którego wchodzi Polskie Towarzystwo Stomatologiczne oraz Naczelna Izba Lekarska.

Szkolenia dla młodych lekarzy w kwietniu i maju 2014

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

Szkolenia w kwietniu i maju 2014, na które są jeszcze wolne miejsca:

WARSZAWA, 12-17 maja, 26-31 maja;

tel. 22 558 80 47

TORUŃ, 12-17 maja; tel. 609 321 431

NAŁĘCZÓW, 19-24 maja,

kontakt do organizatora: tel. 32 285 63 68

Szczegóły i rejestracja na stronie:

www.mlodylekarz.org.





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Polskie piekielko i rumuńskie realia

Jednym z najlepszych filmów, jakie oglądałem w ostatnich miesiącach, był obsypany nagrodami festiwalowych krytyków i zbierający doskonałe recenzje widzów rumuński dramat „Śmierć pana Lazarescu”. Obraz zrobił na mnie wrażenie nie tylko z uwagi na niewątpliwe walory artystyczne, ale i fabułę, świadczącą o wyostrozonym zmysle obserwacji reżysera i scenarzysty w jednej osobie – Cristi Puiu.

Akcja toczy się współcześnie w Bukareszcie. Emerytowany, owdowiały inżynier Remus Lazarescu, ślamiący sobie czas alkoholem i towarzystwem trzech kotów, źle się poczuł i wezwał pogotowie. Od tej chwili zostaje wchłonięty przez system ochrony zdrowia. Najpierw długo czeka na karetkę, bo jest sobotnie popołudnie, a dolegliwości są pewnie wynikiem nadużywania alkoholu, co sugerują i dyspozytor pogotowia, i troskliwi sąsiedzi. Potem oglądamy, jak pan Lazarescu jest wożony od szpitala do szpitala. W pierwszym nie ma tomografu. W drugim, gdzie tomograf jest, okazuje się, że potrzebna jest pilna operacja głowy, ale nie ma wolnej sali operacyjnej, bo w tym samym czasie pomoc jest udzielana uczestnikom masowego wypadku. W kolejnym szpitalu takich problemów nie ma, ale tracący kontakt z rzeczywistością pan Lazarescu nie jest w stanie podpisać zgody na zabieg, a neurochirurg okazuje się służbistą...

Nie będę opowiadał, co było dalej. Powiem tylko, że tytuł wcale wszystkiego nie wyjaśnia. Warto samemu się przekonać i doświadczyć naprawdę sugestywnego déjà vu. Bo to z powodzeniem mogło zdarzyć się w Polsce. Wbrew stereotypom, obydwa państwa dużo więcej łączy niż dzieli, a realia życia są zbliżone. U nas, podobnie jak w Rumunii, odsetek PKB przeznaczany na opiekę zdrowotną jest grubo poniżej europejskiej średniej i realnych potrzeb. W rezultacie pacjent, szczególnie ten ostrożyrowy, to problem, który – o ile to tylko możliwe – najlepiej podesłać komuś innemu. Bo nie ma wolnych łóżek, bo popsuta się aparatura, bo sprzęt jest, ale nie ma komu go obsłużyć, bo nie ten stopień referencyjności i tak dalej... Najbardziej komfortowo ostrych dyżurów nie pełnić w ogóle. W przypadku szerokoprofilowych publicznych szpitali, związanych kontraktem z NFZ, zrzućcie tego balastu nie jest możliwe, ale można próbować wydatnie go zmniejszyć. Dlatego jak Polska długa i szeroka toczą się wojny o ostre dyżury. Sam niedawno taką przeżyłem. Zaczęło się od tego, że mniejszy z dwóch szpitali, dotąd raczej zgodnie dzielących się obowiązkami w zakresie dublujących się specjalności, popadł w finansowe tarapaty. Dwanaście milionów zobowiązań wymagalnych zmusiło dyrekcję do gorączkowego poszukiwania oszczędności. Tuż przed Bożym Narodzeniem szefostwo lecznicy, bez uzgodnień z placówką partnerską,

zwołało konferencję prasową, ogłaszając zmiany w organizacji pracy szpitala, polegające na ograniczeniu z początkiem nowego roku przyjmowania pacjentów do posiadających skierowanie od lekarzy. Tłumacząc się brakiem SOR-u, postanowiono zamknąć drzwi przed karetkami systemu ratownictwa medycznego. Zakaz nie miał dotyczyć chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. Dyżury w pracowni kardiologii inwazyjnej miały być pełnione na dotychczasowych zasadach. Musiało to wywołać zdecydowaną reakcję drugiej strony, która o dodatkowych obowiązkach dowiedziała się z mediów dosłownie za pięć dwunasta. Po niełatwych rokowaniach zawarto porozumienie, korzystniejsze dla mniejszego i słabszego finansowo szpitala.

Trudno przewidzieć, jak długo będzie obowiązywać. Wszak źródłem tego i innych podobnych konfliktów jest głębokie niedofinansowanie działalności izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Tymczasem pan minister wygaduje na prawo i lewo, że zasadniczy problem to pozbawienie empatii lekarze. Tak się jednak dziwnie składa, że empatii nie brakuje dyżurnym kardiologom inwazyjnym, nie mówiąc już o praktycznie wszystkich lekarzach pracujących w sektorze prywatnym. Może więc warto, panie ministrze, zamiast umizgów do wątpliwej jakości autorytetów, gotowych utopić lekarzy w łyżce wody, zadbać, by pacjent przestał być źródłem problemów finansowych? Nie tylko na wybranych wysepkach systemu, wartych telefonów zza „wysokiego” biurka tudzież ryzyka gumkowania znaczącego nazwiska z jakiegoś ważnego sprawozdania. Oprócz poprawy finansowania, konieczne są zmiany organizacyjne. Nie może być tak, że na terenie powiatu funkcjonuje kilka publicznych szpitali kontrolowanych przez różne organy założycielskie, z których każdy realizuje własną politykę zdrowotną, a raczej prowadzi swoją grę na przetrwanie. Oznacza to bowiem, że pieniądze są marnotrawione, a potrzeby zdrowotne zabezpieczane w sposób dalece nieoptymalny. Podczas gdy u nas marszałek, prezydent, starosta i rektor stają do niezdrowej rywalizacji o publiczne pieniądze, w Europie Zachodniej placówki medyczne zgodnie współpracują w ramach klastrow. Unia Europejska udziela takim inicjatywom hojnego wsparcia, co daje nadzieję, że pomysł przyjmie się z czasem i u nas. Póki co, piekielko mamy polskie, a realia rumuńskie. ■

Warto samemu się przekonać i doświadczyć naprawdę sugestywnego déjà vu. Bo to z powodzeniem mogło zdarzyć się w Polsce.



FOTO: Marta Jakubiak

Głośniej i dobitniej XII Krajowy Zjazd Lekarzy

Maciej Hamankiewicz został prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej na kolejną kadencję. Tak na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy zdecydowało 290 delegatów spośród 400 głosujących.

Jego kontrkandydatka Jolanta Orłowska-Heitzman, która przez ostatnie dwie kadencje w Naczelnej Izbie Lekarskiej pełniła funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, uzyskała 104 głosy. Dla Macieja Hamankiewicza, który funkcję prezesa NRL będzie sprawował już drugą kadencję, wybór ten oznacza kontynuację dotychczasowej polityki sprzeciwu samorządu lekarskiego wobec działań rządu ograniczających prawo lekarzy do wykonywania swojego zawodu jako zawodu wolnego, zawodu zaufania publicznego, zawodu powołanego do leczenia chorych, a nie realizowania urzędniczych zapisów – takich jak na przestrzeni ostatnich kilku lat – nietrafionych ustaw czy rozporządzeń Narodowego Funduszu Zdrowia. – Będziemy piętnować fatalny system ochrony zdrowia, który uniemożliwia skuteczność naszych działań jako lekarzy, który godzi w naszą społeczność lekarską, ale przede wszystkim w pacjenta, a jednocześnie proponować jego naprawę, wychodząc z tymi propozycjami zarówno do parlamentarzystów, jaki i do urzędów różnego szczebla – deklarował przed delegatami Maciej Hamankiewicz. Zapewniał też, że

doloży wszelkich starań, aby głos samorządu lekarskiego brzmiał jeszcze głośniej i dobitniej.

Podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy przedstawiciele organów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków złożyli sprawozdania z ostatnich czterech lat działalności oraz zaplanowali działania na kolejną, VII już kadencję, przyjmując 38 uchwał. Mają one stanowić punkt wyjścia dla działań Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezydium NRL i komisji problemowych. W swojej prezentacji kandydackiej prezes Hamankiewicz podkreślił, że rzeczywistość, w której żyją i pracują lekarze, jest coraz trudniejsza, często ekonomia jest stawiana ponad etyką lekarską i lekarze będą zmuszeni walczyć o godne warunki leczenia, zdrową legislację i wizerunek środowiska lekarskiego w mediach. Chciałby też wzmocnić prawne bezpieczeństwo lekarzy i lekarzy dentyków. Obecnie większość z nich, będąc niewolnikami systemu opieki zdrowotnej, pracuje na kilku etatach, często nie dlatego, aby więcej zarabiać, a przynajmniej to nie jest głównym ich celem, ale by latać kadrowe dziury, przez które jeszcze bardziej widać mizериę ochrony zdrowia, wydłużające się kolejki, przez co cierpi opieka nad pacjentami.

**Lucyna
Krysiak**

Podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy przedstawiciele organów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków złożyli sprawozdania z ostatnich czterech lat działalności oraz zaplanowali działania na kolejną, VII już kadencję, przyjmując 38 uchwał.

Wszyscy wiedzą, że dalsze losy obecnego ministra zdrowia zależą od tego, na ile skutecznie będzie walczył z kolejkami do lekarzy. Jednak zmiany, które chce wprowadzać, są na tyle obciążające środowisko lekarskie, że powinny być omawiane z samorządem lekarskim, który reprezentuje wszystkich przedstawicieli tego zawodu.

Pochopnie i bez konsultacji

W tym samym czasie, kiedy odbywał się XII Krajowy Zjazd Lekarzy (20-22 marca), premier Donald Tusk i minister zdrowia Bartosz Arłukowicz zwołali konferencję prasową, na której przedstawili projekt skrócenia kolejek do terapii onkologicznej. Jego założeniem jest, że pacjent, u którego podejrzewa się chorobę nowotworową, musi być jak najszybciej zdiagnozowany i skierowany do leczenia. Dostanie tzw. zieloną kartę, która ma być dla niego gładkim otwierającym drzwi. Ciężar zmian w pierwszej kolejności spadnie na barki lekarzy rodzinnych (POZ), którzy mają otrzymać większe możliwości, jeśli chodzi o zlecenie badań diagnostycznych i podejmowanie decyzji w sprawie kierowania pacjentów do dalszej terapii. W założeniu zmiany, które zaproponował minister Arłukowicz w ramach tzw. pakietu kolejkowego, oznaczają zniesienie limitów dla chorych na raka, szybką terapię onkologiczną, rozszerzenie możliwości diagnostycznych dla lekarzy POZ i motywowanie specjalistów do przyjmowania nowych pacjentów. Nie przybędzie jednak pieniędzy na ten cel w systemie. Istnieją więc obawy, że w kraju, gdzie brakuje lekarzy i średnio pracują oni na 1,7 etatu, bo taka jest konieczność, by zabezpieczyć potrzeby pacjentów, proponowane zmiany jednej grupie chorych ułatwią dostęp do lekarza, innym go utrudnią. – Mniej lekarzy na naszym kontynencie ma tylko Turcja (1,7 na 1000 mieszkańców) i Czarnogóra (2,1). Tymczasem pan minister nakłada na lekarzy przedziwne, dodatkowe obowiązki, które skupiają wprawdzie ich uwagę na pacjentach onkologicznych, ale odrywają ich od innych chorych, którzy także czekają miesiącami, a nawet latami w kolejkach na konsultację specjalistyczną czy operację – tak skomentował te decyzje prezes Naczelnej Rady Lekarskiej podczas zjazdu. Wszyscy wiedzą, że dalsze losy obecnego ministra zdrowia zależą od tego, na ile skutecznie będzie walczył z kolejkami do lekarzy. Jednak zmiany, które chce wprowadzać, są na tyle obciążające środowisko lekarskie, że powinny być omawiane z samorządem lekarskim, który reprezentuje wszystkich przedstawicieli tego zawodu. Na konferencji prasowej premier Donald Tusk podkreślił, że zmiany będą wymagały desperacji lekarzy, od ich zaangażowania zależać będzie, czy projekt się powiedzie. Dlatego delegaci XII Krajowego Zjazdu Lekarzy chcieli rozmawiać z ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem na te tematy. Nie było jednak takiej możliwości, bo mimo zaproszenia pan minister na zjeździe się nie pojawił, unikając w ten sposób odpowiedzi na wiele pytań. W zastępstwie wysłał swojego przedstawiciela, z którym wymiana zdań siłą rzeczy ograniczała się do kurtuazji. – Znów decyduje się o nas bez nas, zmiany wprowadza się pochopnie, bez opinii całego środowiska, nie licząc się z konsekwencjami. Niestety, obawiam się, że te pomysły jeszcze bardziej zdestabilizują

system – mówi prezes Hamankiewicz. Projekt skrócenia kolejek do lekarzy zakłada także zwiększenie kompetencji dla pielęgniarek, które będą miały możliwość zlecania niektórych badań oraz wypisania recept na wybrane leki, a także wystawiać recepty w ramach kontynuacji ordynacji lekarskiej. – By móc wystawić receptę, lekarz musi podpisać umowę z NFZ, zbadać pacjenta, wypisać historię choroby, a za błędne wystawienie recepty ponosi karę, co wynika z ustawy. Jak pan minister rozwiąże te kwestie? – pytali na zjeździe delegaci. Wobec niemożności uzyskania na nie odpowiedzi i zadania ministrowi tych i innych pytań, wystosowali do Bartosza Arłukowicza list, który zdecydowaliśmy się zamieścić na naszych łamach, aby wszyscy mieli wiedzę na ten temat.

Spowiedź i samoocena

Krajowy Zjazd Lekarzy reprezentuje wszystkich lekarzy w Polsce (aktualnie jest ich 179 367 lekarzy i lekarzy dentyków). Pomędzy krajowymi zjazdami władzę sprawuje Naczelna Rada Lekarska, która przed zjazdowym gremium zdaje relację z tego, czego dokonała w minionej kadencji, a także, jakie poniosła porażki. W minionej kadencji NRL zapiniowała 119 ustaw i 595 rozporządzeń. Prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, podkreślił, że była to wyjątkowo trudna kadencja dla członków rady, którzy wielokrotnie musieli stanąć na wysokości zadania wobec takich faktów jak przesyłanie do zapiniowania przez Ministerstwo Zdrowia dokumentów w ostatniej chwili, a termin wydania opinii na ich temat był wymagany „na wczoraj”. Niestety, na sali obrad przedstawiciele resortu zdrowia zjawiali się rzadko mimo ponawianych zaproszeń. W ubiegłej kadencji minister zdrowia był na posiedzeniu NRL tylko cztery razy. Do historii przejdą Krajowe Zjazdy Lekarzy, na których obok ministra zdrowia pojawiał się premier, np. Jerzy Buzek, i nie po to, aby życzyć owocnych obrad, ale by czynnie w nich uczestniczyć. Poprzednicy obecnego szefa resortu zdrowia Bartosza Arłukowicza, chcąc reformować system potrafili podjąć dyskusję z samorządem, jak to zrealizować. Do sukcesów minionej kadencji niewątpliwie należy zaliczyć pozyskanie przez NIL funduszy unijnych. Z jednego projektu wartego 1 mln zł przeszkolono 950 lekarzy, a w trakcie realizacji jest program skierowany do młodych lekarzy (do 35. roku życia), który nastawiony jest na kształtowanie technik komunikacyjnych i tzw. kompetencji miękkich. Wartość projektu wynosi 6 mln zł, do tej pory w kursach uczestniczyło 700 lekarzy. Podczas dyskusji powróciła kwestia tzw. protestu receptowego, który pozostawił niesmak wśród lekarzy. Delegaci pytali, dlaczego w pewnym momencie Naczelna Rada Lekarska zaleciła odstąpienie od tego protestu. Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł powiedział, że istotą protestu było przede wszystkim niepodpisywanie umów na wystawianie recept refundowanych. Wielu lekarzy, którzy do niego przystąpili, było narażonych na utratę

pracy i pacjentów w swoich prywatnych praktykach. Przed zjazdowym gremium sprawozdania złożyli także: Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelny Sąd Lekarski, Skarbnik NRL, Naczelna Komisja Rewizyjna oraz Krajowa Komisja Wyborcza. Wszystkie sprawozdania kadencyjne organów NIL oraz komisji i zespołów problemowych są zamieszczone w publikacji specjalnie przygotowanej na zjazd i dołączonej do materiałów zjazdowych wręczanych delegatom. Każdy lekarz w Polsce za pośrednictwem swojej OIL może mieć wgląd w te materiały. Najwięcej emocji zawsze budzą sprawozdania przedstawiane przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i przewodniczącego Komisji Rewizyjnej, ponieważ ich działalność dotyczy najbardziej niewralgicznych problemów – chodzi o rozstrzyganie w sprawach dotyczących niepowodzeń, o rozstrzyganie w sporach o nieetyczne zachowania, a w przypadku komisji rewizyjnej o patrzanie na ręce lekarzom, jak gospodarzą się pieniędzmi pochodzącymi ze składek członkowskich. W dyskusji nad sprawozdaniami jeden z delegatów powiedział, że rola rzeczników odpowiedzialności zawodowej – czy to okręgowych, czy naczelnego szczebla – podobnie jak „rewizorów” jest niewdzięczna, budzi niechęć wśród kolegów, ale to dzięki nim lekarze mogą we własnym gronie dokonywać samooceny. Emocje wzbudziło sprawozdanie Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Jej przewodniczący Jarosław Zawiliński wniósł o udzielenie absolutorium i ocenił, że sytuacja finansowa izby jest dobra, ale nie szczędził też słów krytyki. – NKR widzi potrzebę weryfikacji przynależności do międzynarodowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych w celu uzyskania znacznej redukcji wydatków. Tak duże wydatki, wobec enigmatycznych korzyści wpływających z uczestnictwa w tych organizacjach, są nie do przyjęcia – powiedział przewodniczący NKR Jarosław Zawiliński. Głosy z sali na ten temat były jednak podzielone. – Jestem szczęśliwa, że moi koledzy jeżdżą po świecie, reprezentują nasz samorząd i nie muszą się wstydić – odpowiedziała jedna z delegatek na te zarzuty. Zdaniem NKR, potrzebne jest utworzenie bazy noclegowej przez NIL w celu ułatwienia członkom samorządu pobyków szkoleniowych w Warszawie. Naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej, Jolanta Orłowska-Heitzman, pełniąc tę funkcję przez dwie ostatnie kadencje, podkreśliła, że rzetelne, bezstronne i sprawiedliwe rozstrzyganie skarg z przestrzeganiem praw pacjenta oraz powszechnie obowiązujących norm prawa wymagało

największego, wewnętrznego zdyscyplinowania. – W sytuacji medialnego nagłaśniania każdej sprawy z udziałem lekarzy, przedstawiania ich w negatywnym świetle, niezależnie od tego czy lekarz zawinił czy nie, rola rzecznika nabiera jeszcze większego znaczenia, a rezultaty jego postępowań stają się podstawą do oceny pracy całej naszej zawodowej społeczności – podkreśliła ustępująca z funkcji Jolanta Orłowska-Heitzman.

Będzie się działo

Nadchodząca VII kadencja samorządu lekarskiego zapowiada się jeszcze bardziej pracowicie niż poprzednia. Na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy delegaci przyjęli 38 uchwał, które NRL będzie realizować. Wiele z nich już na sali obrad wywoływało emocje, a wiadomo, że jeszcze bardziej podgrzewać je będą wydarzenia związane ze zmianami szykującymi się

Nadchodząca VII kadencja samorządu lekarskiego zapowiada się jeszcze bardziej pracowicie niż poprzednia.

Aktualne zapisy zarządzenia prezesa NFZ dotyczące kryteriów oceny ofert przy kontraktowaniu świadczeń oraz zawieraniu umów w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych nie uwzględniają dotychczasowych postulatów środowiska lekarskiego. Obowiązujący sposób punktacji i oceny świadczeniodawców w procesie zawierania umów przez NFZ utrwała eliminację z życia zawodowego wielu lekarzy, doskonałych specjalistów, cieszących się zaufaniem pacjentów.

w ochronie zdrowia wprowadzanymi przez resort zdrowia. Wiele z tych uchwał przyjmuje formułę apelu do ministra zdrowia czy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zrealizowanie zawartych w nich postulatów. Takim apelem jest uchwała w sprawie wykonywania świadczeń specjalistycznych przez lekarzy i lekarzy dentystów z I stopniem specjalizacji. XII Krajowy Zjazd Lekarzy apeluje do tych instancji o dokonanie pilnych zmian przepisów prawnych w zakresie warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych, w celu dopuszczenia wykonywania świadczeń specjalistycznych przez lekarzy i lekarzy dentystów z I stopniem specjalizacji. Aktualne zapisy zarządzenia prezesa NFZ dotyczące kryteriów oceny ofert przy kontraktowaniu świadczeń oraz zawieraniu umów w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych nie uwzględniają dotychczasowych postulatów środowiska lekarskiego. Obowiązujący sposób punktacji i oceny świadczeniodawców w procesie zawierania umów przez NFZ utrwała eliminację z życia zawodowego wielu lekarzy, doskonałych specjalistów, cieszących się zaufaniem pacjentów. Utrzymanie przez Fundusz takiego sposobu ocen konkursów pogłębia istniejący deficyt lekarzy specjalistów w Polsce i prowadzi do znacznego ograniczenia dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Zaniechanie podjęcia zmian prawa w tym zakresie uderzy po pierwsze w pacjentów, wydłużając kolejki do specjalistów, a w mniejszych ośrodkach może nawet wyłączyć możliwość uzyskania porady specjalisty. Tymczasem okres przejściowy przyczyni się do zwiększenia liczby specjalistów, poprzez umożliwienie lekarzom z I stopniem specjalizacji uzupełnienia swoich kwalifikacji. Zjazd zwrócił się także z apelem do ministra zdrowia o podjęcie działań na rzecz poprawy warunków kształcenia specjalistycznego. Pogłębiająca się luka pokoleniowa w gronie lekarzy specjalistów, będąca skutkiem niewydolnego systemu kształcenia specjalistycznego, wymaga podjęcia pilnych działań przez osoby odpowiedzialne w państwie za politykę zdrowotną. Chodzi o zwiększenie liczby miejsc specjalistycznych w ramach rezydentur i w systemie pozarezydentckim. Niewystarczająca liczba miejsc specjalistycznych powoduje ciągły niedobór kadr specjalistów, skutkujący wydłużaniem kolejek pacjentów. Podmioty lecznicze dla prowadzenia specjalizacji muszą systematycznie inwestować w sprzęt i kadrę lekarską, aby móc realizować kształcenie specjalistyczne na odpowiednim poziomie. Trudno omówić wszystkie uchwały, będą one dostępne na stronach internetowych. Imponująca była frekwencja na zjeździe, przekraczająca 91 proc., co oznacza, że lekarze samorządowcy, którym koledzy z regionów zaufali i wręczyli mandaty wyborcze, są świadomi swojej roli. To także oznacza, że wbrew malkontentom, samorząd lekarski ma się dobrze. W końcowej mowie, wygłoszonej już po wyborach, prezes NRL, Maciej Hamankiewicz powiedział: może czas przestać już pytać, co samorząd zrobił dla mnie i zastanowić się, co ja mogę zrobić dla samorządu? ■

„List do Przyjaciela Lekarzy”

Szanowny Kolego, Panie Ministrze!

Zwracamy się dzisiaj do Pana jako do osoby, która jest lekarzem i która w majestacie Rzeczypospolitej ponosi konstytucyjną odpowiedzialność za należyłą organizację ochrony zdrowia, w tym za organizację kształcenia lekarzy w naszym kraju.

Wiele się mówi o błędach w systemie ochrony zdrowia, o zbyt niskich nakładach na leczenie i słabo wycenionych procedurach. Bardzo wiele mówi się o najtragiczniejszych sytuacjach, które najboleśniej dotyczą pacjentów i ich najbliższych. Można odnieść wrażenie, że najczęściej mówi się o tych dramatach, bo najłatwiej jest od razu wskazać winnego.

Każdy lekarz – i Pan również – powinien wiedzieć, jak trudny wybrał zawód. Każdy z nas wie, że za jego decyzjami stoją najwyższe wartości, czyli zdrowie i życie człowieka. Żaden lekarz nie chce przemilczania sytuacji złych, wręcz patologicznych i nie ucieka od publicznej debaty na temat zawodowych przewinień i błędów. Taka jest nasza rola i takie jest ryzyko wykonywania pięknego zawodu lekarza.

Wielu osobom trudno zrozumieć, że każdy dramat pacjenta i jego bliskich jest również osobistym dramatem lekarza. To, że trudno przebić się z tą prawdą do świadomości pacjentów, ani nas nie dziwi, ani nie zasmuca. Opinie społeczne budowane są rzadziej na osobistych doświadczeniach, częściej na przekazach osób bliskich lub znajomych, a najczęściej na przekazach medialnych.

Tak, jak przeciętnemu człowiekowi trudno zrozumieć zawartość polityki, konieczność zawierania sojuszy i porozumień dla przeformowania określonych rozwiązań, budowania kompromisów, tak niezwykle trudno (jeśli to w ogóle możliwe) jest zrozumieć pacjentowi skomplikowane zawartości sztuki medycznej oraz związany z tym ciężar odpowiedzialności lekarza za podejmowane decyzje lecznicze.

I tak, jak należy ciągle tłumaczyć naszym pacjentom, że w medycynie wiele zależy od natychmiastowej decyzji, od organizacji całego systemu, od zwykłej fizycznej i psychicznej wydolności lekarza, od dostępu do nowoczesnych metod leczenia i leków, od wystarczającego limitu świadczeń przyznanych przez NFZ, tak od Pana musimy oczekiwać nie tylko zrozumienia tych wszystkich zawłożeń, ale konkretnych działań, które w końcu poprawią sytuację pacjentów i lekarzy w Polsce. Jest Pan lekarzem i Ministrem Zdrowia w Rządzie Rzeczypospolitej Polskiej, odpowiedzialnym za należyłą organizację delikatnego i wrażliwego systemu dotyczącego naszych pacjentów.

Niezwykle łatwo jest włączyć się w zmasowaną krytykę pojedynczego przypadku i osób, które mogą być z tym przypadkiem powiązane. Lekarze są najczęściej niezwykle „wdzięcznym” obiektem ataków i oskarżeń, bo nie mają doświadczenia w kreowaniu wizerunku, a mają ograniczone prawo do obrony ze względu na konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej.

W rolę arbitrów coraz częściej włączają się przedstawiciele władz publicznych. „Wyrok w sprawie” zostaje wydany tego samego dnia lub wkrótce po pierwszej publikacji medialnej, coraz częściej także przez Pana Mi-

nistra i podległe Mu służby. Dlaczego zatem, tak długo trwają postępowania w prokuraturach i sądach dotyczące nieprawidłowości w procesie leczenia? Widocznie trudniej dojść prawdy niż ferować wyroki.

Raz jeszcze podkreślamy – jesteśmy zwolennikami pokazywania wszystkich przypadków złego postępowania, patologii, błędów i niestosowności wobec naszych pacjentów. Chcemy, aby toczyła się otwarta i publiczna debata nad źródłami i przyczynami tych zdarzeń oraz sposobami zapobiegania i ich eliminowania. Ale nie godzimy się na pochopne piętnowanie osób, które nie mają szans na obronę swoich racji i dobrego imienia. W obecnej rzeczywistości, nawet jeśli niezawisły sąd oczyści lekarza z zarzutów, a ta informacja przebieje się do opinii publicznej, to zszarganego dobrego imienia nikt już lekarzowi nie przywróci.

Przede wszystkim jednak chcemy, aby każdy zajął się tym, do czego został powołany. Bo im szybciej w naszym Kraju każdy poświęci uwagę i skieruje swój zapal na wykonywanie własnych obowiązków, tym szybciej wiele spraw stanie się prostszymi, łatwiej będzie dostrzec rzeczywiste patologie, a dzięki temu szybciej i sprawniej będzie można wyegzekwować ciężącą na wszystkich odpowiedzialność. A tę każdy z nas ponosi w sposób niewspółmierny, o czym jeszcze poniżej.

Mam nadzieję, że również Pan Minister podziela ten pogląd, że powinniśmy dać z siebie wszystko, aby jak najpełniej wykonywać swoje obowiązki, aby dać ludziom z siebie, własnych talentów i wiedzy możliwie najwięcej. Skoro wszyscy możemy się zgodzić co do własnych powinności, to – abstrahując w tym miejscu od drażliwego tematu totalnego uzdrowienia systemu – czujemy się w obowiązku zapytać o kilka podstawowych spraw (czasami zwanych kluczowymi, a czasami sztandarowymi), które do dziś nie znalazły szczęśliwego finału.

1. Co stało się z szeroko zapowiadaną reformą systemu ubezpieczeniowego, polegającą na decentralizacji monstrialnego Narodowego Funduszu Zdrowia i na wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (alternatywnych, suplementarnych i innych)? Gdzie są propozycje rozwiązań, dzięki którym miał zostać ucywilizowany rynek świadczeń komercyjnych i urealniony dostęp do świadczeń medycznych w ramach ubezpieczeń podstawowych?
2. Co w związku z tym stało się z pracami nad nowym koszykiem świadczeń, koniecznym dla wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych?
3. Gdzie są obiecywane wielokrotnie pacjentom pomysły i projekty na skrócenie kolejek oraz urealnienie dostępu do szeregu świadczeń?
4. Dlaczego do dziś nie zostały przygotowane kompleksowo i uchwalone przepisy implementujące do prawa polskiego dyrektywę o opiece transgranicznej? A przecież dyrektywa została uchwalona w 2011 r., natomiast termin jej wdrożenia upłynął niemal pół roku temu... Czy 2 lata na przygotowanie projektu i uchwalenie ustawy to za mało dla urzędników resortu zdrowia?
5. Dlaczego Ministerstwo jest tak chwiejne w swoich stanowiskach dotyczących kontroli sprawowanych przez NFZ? Raz Minister twierdzi, że NFZ musi stosować standardy i zasady kontroli z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a innym razem próbuje się z tego wycofywać.

6. Gdzie są masowe przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego, które miały być doskonałym antidotum na niepohamowane zadłużanie się placówek publicznych?

7. Gdzie „ludzka twarz” NFZ i Ministerstwa Zdrowia w sprawie pomyłek na receptach, obiecana przecież w trakcie naszych protestów związanych z zapisami umowy upoważniającej do wystawiania recept? I dlaczego pacjenci coraz więcej muszą płacić za coraz tańsze leki?

8. Gdzie są propozycje i realne działania, dzięki którym poprawi się model kształcenia lekarzy i zwiększy liczba miejsc rezydenckich? Wiedzą powszechnie znaną jest to, że już dopadł nas deficyt kadry medycznej, a zwłaszcza lekarzy specjalistów. Na uzupełnienie tych niedoborów potrzebnych będzie kilkanaście lat.

9. Co Ministerstwo Zdrowia zrobiło przez ostatnie kilka lat, żeby lekarze kształceni w naszym kraju widzieli realną szansę rozwoju zawodowego, a po uzyskaniu jakże cennych kwalifikacji nie chcieli wyjeżdżać w poszukiwaniu godnej pracy za granicę?

10. Kiedy skończy się narastająca produkcja dokumentów nikomu i niczemu niesłużących, co chwilę wymyślanych przez NFZ i Ministerstwo? Już teraz lekarz więcej czasu poświęca na pracę długopisem lub klawiaturą niż na opiekę nad chorym.

11. Kiedy Minister i NFZ dostrzeże, że zaostrzenie warunków świadczenia usług dla pacjentów, w tym wymagań dotyczących kwalifikacji i liczby personelu, prowadzi wyłącznie do dalszego wydłużania kolejek...? Koszty ponoszone na spełnienie tych wygórowanych wymogów są niewspółmierne do stawek wynagrodzenia oferowanego (vide narzucanego) przez NFZ. Już teraz wymogi te są trudne do spełnienia, a wkrótce staną się niemożliwe.

12. Dlaczego przez 15 lat Ministerstwo Zdrowia i ZUS tolerowały i akceptowały system dyżurów kontraktowych, a teraz, kiedy „w kasie pusto”, karze się szpitale zaległymi składkami idącymi w miliony złotych? I wszystko to dzieje się z pełną świadomością tego, że publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą ogłosić upadłości, a za wszystko i tak zapłacą jak zwykle pacjenci...

13. Czemu mają służyć nakładane na szpitale drakońskie kary finansowe, które powodują zmniejszenie środków na leczenie?

To tylko kilkanaście przykładów niezrealizowanych zobowiązań. Te działania mogłyby poprawić jakość świadczonych usług i doprowadzić do efektywniejszego wykorzystania pieniędzy i zmniejszenia ryzyka występowania błędów prowadzących do dramatów.

A co do odpowiedzialności... Każdy lekarz za swoje negatywne postępowanie ostatecznie odpowiada przed sądami dyscyplinarnymi, sądami powszechnymi, prokuratorem, komisjami wojewódzkimi i całą rzeszą innych organów państwa.

Tymczasem Pan, Panie Ministrze będąc lekarzem, za swoje zaniechania odpowiadać będzie przed historią i co najwyżej wyborcami, nie zapominając przy tym, że u tych „sędziów” zawsze łatwiej o własne „uniewinnienie” dzięki nieograniczonemu dostępowi do mediów i zgrabnej polityce PR. I na tym polega różnica w ciężarze odpowiedzialności lekarzy i Ministra Zdrowia, który przecież jest lekarzem. ■

Na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy delegaci przyjęli 38 uchwał, które NRL będzie realizować.



Relacja zdjęciowa ze zjazdu na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.



**Anna
Lella**

Prezydent elekt
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)

* Światowa Federacja Dentystyczna (World Dental Federation, FDI) jest najstarszą i największą organizacją lekarsko-dentystyczną na świecie, zrzeszającą ponad 200 krajowych organizacji stomatologicznych. Założona została w Paryżu w 1900 r. pod francuską nazwą Federation Dentaire Internationale, od której pochodzi do dzisiaj stosowany skrót FDI.

Lekarze do Parlamentu Europejskiego

Parlament Europejski jest jedną z instytucji UE, której rola i znaczenie w ostatnich latach zdecydowanie wzrosły. Przez długi okres PE był jedynie organem konsultacyjnym. W ostatnich 20 latach uzyskał dodatkowe uprawnienia, także w zakresie ustawodawstwa. Z tego względu europejskie organizacje lekarsko-dentystyczne i lekarskie zachęcają swoich przedstawicieli do udziału w wyborach do PE.

PE mijającej kadencji zajmował się projektami aktów prawa unijnego mającymi wpływ na wykonywanie zawodu lekarza dentysty, m.in. nowelizacją dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych, nowym rozporządzeniem w sprawie wyrobów medycznych, rozporządzeniami o ochronie danych osobowych. Warto prześledzić, które zagadnienia dotyczące naszego zawodu są przedmiotem zainteresowania posłów PE. Oto analiza pytań zadawanych niedawno komisarzom UE przez posłów do PE z zakresu stomatologii, odpowiedzi udzielał Komisarz ds. zdrowia i polityki konsumenckiej.

Czy w UE brakuje lekarzy dentystów?

Komisja Europejska dostrzega problem związany z brakami kadr medycznych, jednak zdaniem komisji nie dotyczy to lekarzy dentystów.

Czy planuje się zamieszczanie w paszportach informacji o implantach w organizmie posiadacza tego dokumentu?

Decyzja taka należy do kompetencji państw członkowskich, na poziomie UE planuje się wprowadzenie tzw. karty implantu zawierającej informacje o wszczepionym wyrobie oraz zasadach bezpieczeństwa przy jego użytkowaniu.

Jak w świetle prawa unijnego należy klasyfikować produkty do wybielania zębów?

Są to produkty klasyfikowane wyłącznie jako kosmetyki, nie powinny być w UE stosowane produkty o stężeniu H₂O₂ przekraczającym 6%. Natomiast produkty między 0,1-6% H₂O₂ są dopuszczone do obrotu i stosowania tylko przez lekarza dentystę lub pod jego bezpośrednim nadzorem.

Czy UE planuje działania prewencyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej?

UE twierdzi, że nie ma kompetencji w tym zakresie, zaś komisja nie prowadzi analizy, jakie środki przeznaczają na to władze krajowe. Doświadczenie pokazuje, że najskuteczniejsze są działania na poziomie lokalnym, dostosowane do potrzeb danego społeczeństwa.

Czy UE podejmuje działania mające na celu zmniejszenie nierówności związanych z dostępem do opieki stomatologicznej?

Organizacja systemu ochrony zdrowia, w tym opieki stomatologicznej, należy do kompetencji państw członkowskich. Komisja współpracuje z państwami w celu określenia najlepszych sposobów rozwoju ochrony zdrowia. Poprawa dostępu do ochrony zdrowia może być przedmiotem finansowania z unijnych funduszy strukturalnych. ■



Nie chodzi o ściganie, chodzi o godność

Z Grzegorzem Wroną, nowo wybranym Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, rozmawiają Marta Jakubiak i Lucyna Krysiak.

Czy spodziewał się pan, że zostanie Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej?

Nie kandydowałbym, gdybym nie wierzył, że mogę nim zostać. Nie zdecydowałbym się rów-

nież wziąć udziału w wyborach, gdybym nie otrzymał stu procentowego poparcia delegatów z wielkopolskiej izby. Najpierw odbyła się lustracja w mojej macierzystej izbie. Teraz ocenili mnie delegaci zjazdu.

Obejmuje pan tę funkcję w bardzo trudnym momencie. W całej Polsce głośno jest o aferach w ochronie zdrowia. Czy nie obawia się pan takiego ciężaru odpowiedzialności?

Samorząd musi mieć twarz. Taką twarzą jest prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w izbach okręgowych także są nimi osoby prezesów. Mam świadomość, że ja również będę musiał dać swoją. Nie obawiam się tego. Zadania rzecznika są bardzo ściśle określone w ustawie o izbach lekarskich, którą przed laty miałem honor i wielką przyjemność współtworzyć. Nie pozostaje nic innego, jak tylko dochować wierności tym zapisom. Ojciec wychował mnie w taki sposób, żeby ustanowione prawo po pierwsze – szanować, po drugie – zrobić wszystko, by dostosować się do niego i bardzo uważnie obserwować jego skutki. Jeżeli skutki stosowania tego prawa w moim odczuciu okażą się negatywne, będę chciał dyskutować nad zmianami, bo jeżeli coś się w życiu nie sprawdza, trzeba to zmienić. Należy jednak postępować z ostrożnością, gdyż czas na oceny „dobre prawo – złe prawo” musi być odpowiednio długi, pozwalający na zebranie odpowiedniej liczby kazusów.

Najważniejsza praca będzie odbywała się na poziomie rzeczników okręgowych, bo to oni mają znacznie szersze uprawnienia ustawowe: prowadzą czynności sprawdzające, podejmują decyzje, które są weryfikowane przez sądy i zażalenia składane na ich postępowanie. Zadaniem naczelnego rzecznika jest sprawowanie nadzoru nad pracą rzeczników okręgowych i kształtowanie jednolitej linii działania.

Czy naczelny rzecznik może im ją narzucić?

W moim przekonaniu nie może. Powinien doprowadzić do spójności działania poprzez stałą współpracę, rozmowy i spotkania. Choć wiem, widziałem i czytałem bardzo dużo, będę się chciał uczyć od rzeczników okręgowych. Każdy z nich ma cenne doświadczenia, a misją naszego zawodu jest umieć dzielić się nimi dla dobra nas samych i pacjenta. O to dobro musimy umieć zadbać.

Jaki styl działania będzie pan preferował: surowy dla kolegów, mentorski, będzie ich pan pouczał, a może edukował?

Myszę, że bycie rzecznikiem to misja i funkcja razem. Misją w kontekście tego, o czym mówiłem przed chwilą – tworzenia określonych standardów. Funkcja odnosi się do spraw indywidualnych, codziennych, z którymi przychodzi nam się mierzyć w praktyce. O roli Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przesądzą trzy kwestie. Po pierwsze, jest oskarżycielem przed Naczelnym Sądem Lekarskim w postępowaniu w drugiej instancji. I tu dostrzegam istotną rolę pomocniczą okręgów, ponieważ od nich wpływają do niego sprawy, które już wcześniej były tam

przepracowane. Moja rola będzie więc polegać na zweryfikowaniu prawidłowości ich prowadzenia. Tak przyjęta dwuinstancyjność ma doprowadzić do jedynie słusznego rozstrzygnięcia. Mogę już dziś obiecać, że wszystkie sprawy odwoławcze będą trafiały na moje biurko i szczegółowo zapoznam się ze wszystkimi aktami. Drugi pakiet spraw to te, w których trzeba przeanalizować akta pod kątem zaangażowania rzecznika okręgowego jako oskarżyciela. Trzy lata temu sądy lekarskie otworzyły się na dostęp wszystkich do prowadzonych postępowań. Są więc jawne, co mnie cieszy, bo tym samym z barków rzecznika zdjęto odium srogiego prokuratora. Przed trzyosobowym składem orzekającym okręgowego sądu lekarskiego siadają trzy strony: obwiniony, rzecznik jako oskarżyciel i oskarżyciel posiłkowy, czyli pokrzywdzony ze swoim adwokatem albo radcą prawnym. Choć się tego baliśmy, dziś na podstawie swoich doświadczeń mogę powiedzieć, że stało się rewelacyjnie dobrze. Naczelny rzecznik przyjmując akta w zależności od odwołania pokrzywdzonego – najczęściej jest to pacjent, ale też lekarz – musi pamiętać, że najtrudniejszymi sprawami są konflikty między samymi lekarzami, w których obwinionymi i pokrzywdzonymi są koledzy. To z akt naczelnego rzecznika będzie musiał wyczytać zaangażowanie rzecznika okręgowego, a nie zawsze da się to zrobić, dlatego tak zależy mi na bezpośrednim kontakcie z rzecznikami okręgowymi. Trzecia grupa spraw to odwołania składane przez rzecznika. Tu będę miał najmniej pracy. Jeżeli okręgowy rzecznik składa odwołanie od orzeczenia sądu, to według mnie linia postępowania dla naczelnego rzecznika jest już wytyczona i nie pozostaje mu nic innego, jak tylko być oskarżycielem. Sąd się nie myli, ale jeżeli lekarski oskarżyciel jest przekonany, że nastąpiło przewinienie zawodowe, kolidują z kodeksem etyki albo z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to nie robi tego bez podstaw. Nie chodzi o ściganie ludzi, ale o walkę z patologią.

Nie będzie pan samotnym jeźdźcem?

To niemożliwe, działanie w pojedynkę byłoby ze wszech miar nierozsądne. Zdarzało się w przeszłości, że byłem „Zosią Samosią”, ale to nie trwało zbyt długo i nie było skuteczne. Kiedy mój mistrz uczył mnie zawodu lekarza, mówił: „Patrz, jaką masz satysfakcję, kiedy nauczyłeś się tej czynności, ale to dopiero początek twojej drogi. Za chwilę przez powtarzalność jej wykonywanie przestanie ci sprawiać przyjemność, ale zobaczysz, jaką będziesz miał satysfakcję, kiedy to ty będziesz uczył innych”. Miał rację. Dodał jednak, że to również w pewnym momencie przestaje satysfakcjonować: „Potem zobaczysz, jak fantastyczne jest zarządzanie zespołem ludzi”. Nie wierzyłem mu. Dzisiaj z perspektywy minionych 35 lat mogę powiedzieć, że miał rację i jest wielki.

Zdarzało się
w przeszłości,
że byłem
„Zosią
Samosią”, ale
to nie trwało
zbyt długo i nie
było skuteczne.
Kiedy mój
mistrz uczył
mnie zawodu
lekarza,
mówił: „Patrz,
jaką masz
satysfakcję,
kiedy
nauczyłeś się
tej czynności,
ale to dopiero
początek twojej
drogi”.

Często w środowisku lekarskim rzecznik postrzegany jest jako 'prokurator', co budzi niechęć – jak zamierza pan ten wizerunek zmienić?

Musimy zrozumieć jedną rzecz. Bycie postrzeganym z niechęcią „prokuratorem” to ustawowo określona rola Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, która ma na celu obronę godności naszego zawodu. Nikt z nas nie jest idealny, wszyscy jesteśmy tylko ludźmi, niezależnie od funkcji czy stanowiska, które pełnimy. Dobrze by było, gdyby każdy z nas, lekarzy, miał takie wewnętrzne poczucie. Środowisko nie będzie negatywnie postrzegać rzeczników, jeśli zrozumie, że nasza praca nie jest personalnie wymierzona w lekarza, to nie jest walka z kolegami lekarzami, ale ich pomyłkami, błędami, niedociągnięciami, które zdarza nam się popełniać jako ludziom i czasem nawet nie zdajemy sobie z tego sprawy. Rzecznicy często podejmują decyzje o odmowie wszczęcia postępowania i w moim przekonaniu są to decyzje bardzo postępowane. Jawność i transparentność naszego postępowania dowodzi, że nie kierujemy się zasadą nepotyzmu. Jesteśmy otwarci – przyjdźcie i sprawdźcie nas. Możemy nawet wieszać na stronach internetowych wokandy, oczywiście z dochowaniem obowiązku ochrony danych osobowych. Nie chciałbym, żeby kiedykolwiek do naczelnego rzecznika dotarła informacja, że rzecznik okręgowy nie poddał jakiejś skargi procedurze, którą powinien podjąć. Ale zgodnie z zasadą: ufaj, ale sprawdzaj.

Jaką drogę zawodową pan przeszedł, zanim został pan rzecznikiem?

Jestem anestezjologiem. Od zawsze bardzo rzetelnie dopełniam obowiązku doskonalenia zawodowego. Od pewnego czasu bardziej zajmuję się jednak stroną organizacyjną niż bezpośrednim kontaktem z pacjentem. Mam za sobą studia podyplomowe w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Przez szereg lat byłem sędzią orzekającym w sądzie lekarskim i obserwowałem pracę rzeczników z tej perspektywy.

Co w najbliższym czasie będzie dla pana najpilniejsze do zrealizowania?

Uchylę się od odpowiedzi na to pytanie. Dzisiaj nie mogę tego powiedzieć, bo nie wiem. Za dwa, trzy miesiące będę wiedział, wtedy chętnie odpowiem. Najpierw muszę zapoznać się ze sprawami, które są w toku, z organizacją biura rzecznika, z zakresami obowiązków pracowników, z listą moich zastępców. W pracy rzecznika bardzo ważna jest organizacja. Mówię o tym formalizmie, bo dzięki niemu będziemy właściwie szanowali prawo każdego z moich kolegów do obrony. Organ rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest odmienny od wszystkich pozostałych – jako jedyny

jest organem jednoosobowym. Wszystkie inne, to organy kolegialne, które podejmują decyzje większością głosów.

Czy narzędzia, które posiada rzecznik, są skuteczne?

Na pewno mogłyby być skuteczniejsze. Konstruując ustawę, zakładaliśmy, że mamy do czynienia z damami i dżentelmenami. Nikomu nie przyszło na myśl, że czasy tak bardzo się zmieniają, że bez pomocy policji lekarz nie stawia się przed obliczem rzecznika albo sądu. Nikt tego nie przewidział i nie stworzył takiego prawa.

W ostatnich latach przybywa skarg na lekarzy i roszczeń wobec nich.

Z czego to wynika?

Myślę, że spraw wcale nie przybywa, kilka lat temu ich liczba ustabilizowała się na pewnym poziomie i chyba nawet zmalała. Wzrost liczby skarg jest jedynie statystyczny, bo nauczyliśmy się je odnotowywać, opisywać i rejestrować. Poczekajmy jeszcze dwa, trzy lata, żeby ocenić, jaki naprawdę jest trend. To fakt, że pacjenci są coraz bardziej wymagający, roszczeniowi również fiskalnie, bo stwarza im się takie możliwości. Powinno nam zależeć, aby w sytuacji, gdy zostanie popełnione jakieś przewinienie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, aby temu, kto poniósł szkodę, zadośćuczynić. Jeżeli jest dobry kontakt lekarz – pacjent, oparty na zaufaniu, to słowo „przepraszam, nie udało się” jest bardzo często wystarczającym zadośćuczynieniem. Kiedy jednak brakuje lekarskiej pokory, życzliwości z obu stron, uruchamia się procedura roszczeniowa pacjenta. Dbłość o dobre imię lekarza i należyty kontakt z pacjentem to zadanie dla całej izby lekarskiej, a każdy lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu, jest członkiem samorządu i do niego ten obowiązek również należy. Chyba troszeczkę zaniedbaliśmy czytanie kodeksu etyki lekarskiej. Nie nosimy go przy sobie, by od czasu do czasu do niego zaglądać. A jest to świetna księga obowiązków i praw.

Wizerunek lekarzy w mediach jest zły, co wykorzystuje Ministerstwo Zdrowia i urzędy, jak na przykład NFZ. Czy rzecznik może ten wizerunek zmienić?

Nie wiem, czy rolą rzecznika jest nauczanie zasad wykonywania zawodu lekarza. Przy okazji tych zadań, o których rozmawialiśmy, własną postawą powinniśmy kształtować ten wizerunek. Jak powiedział jeden z obecnych na zjeździe lekarzy: włożcie fartuchy, idźcie do pacjenta i kształtujcie opinię o naszym środowisku w gabinetach. Nie oczekujcie, że prezes czy rzecznik za was to zrobi.

Rzecznik ma zainteresować się skargą, która wpływa, ustalić, czy jest ona zasadna, jeżeli ustala, że tak, wszcząć postępowanie proceduralne. ■

To fakt, że pacjenci są coraz bardziej wymagający, roszczeniowi również fiskalnie, bo stwarza im się takie możliwości. Powinno nam zależeć, aby w sytuacji, gdy zostanie popełnione jakieś przewinienie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, aby temu, kto poniósł szkodę, zadośćuczynić.

Lekarze z krainy tysiąca jezior



Warmińsko-
-Mazurska Izba
Lekarska
w Olsztynie

**Lucyna
Krysiak**

O lekarzach z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie mówi się, że mają serca na dłoni. Są otwarci, gościnni i życzliwi.



(...) izba nie jest wyłącznie strukturą administracyjną, gdzie „załatwia” się sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza, ale miejscem, gdzie lekarze się spotykają, wspólnie spędzają czas, dyskutują, spierają, zaprzyjaźniają.

Otwartość daje dużo przestrzeni, ułatwia komunikację, pozwala dostrzegać nowe możliwości i wykorzystywać je dla dobra lekarskiej społeczności. Tak właśnie było, kiedy jak inne małe i średnie liczebnie izby, Warmińsko-Mazurska musiała zawalczyć o swoje. Po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. projekt zakładał powołanie izb w regionach, gdzie są uczelnie medyczne. Lekarze z Warmii i Mazur mieli częściowo należeć do izby gdańskiej i białostockiej. Ich poczucie odrębności było jednak silniejsze od tych planów i już na I Krajowym Zjeździe w 1990 r. wyodrębniła się grupa gotowa forsować ideę powołania własnej izby skupiającej lekarzy z tych terenów. Stało się to możliwe dzięki wielkiej desperacji Marka Stefanowicza i zespołu aktywistów, takich jak: Maria Świetlik, Jerzy Badowski, Marek Załęski, Zygmunt Ziółkiewicz, Tadeusz Matuszewicz i Danuta Kozłowska-Trusewicz oraz lekarzy z PTL-u: prof. Stefana Bołoczko i dra Stanisława Niepsuja. Maria Świetlik, dziś nestorka warmińsko-mazurskiej izby, z rozzerwaniem wspomina ten trudny dla wszystkich czas. – Choć różniliśmy się w wielu kwestiach, mieliśmy różne zdania na temat, jak powinien wyglądać nasz samorząd, co do jednego byliśmy zgodni – chcieliśmy sami o sobie decy-

dować, rozwiązywać najpilniejsze problemy, dzielić się ze sobą wiedzą, opiniami, ale też codziennymi troskami i radościami, co bardzo integruje środowisko – podkreśla Maria Świetlik.

Pragnęli się integrować

Na Warmii i Mazurach integracja ma znaczenie szczególne. To duży teren, słabo zaludniony w stosunku do Polski Południowej, Zachodniej czy Centralnej, rozproszone są więc także praktyki lekarskie (POZ, szpitale powiatowe, gabinety stomatologiczne), które poza Olsztynem żyją własnym życiem. W dążeniach do zintegrowania środowiska od początku wspomagał izbę Wojciech Maksymowicz, późniejszy minister zdrowia, jeden z reformatorów systemu lecznictwa, a dziś dziekan Wydziału Nauk Medycznych Warmińsko-Mazurskiego Uniwersytetu Medycznego, o którego powołanie usilnie zabiegał. W tym roku mury tej uczelni opuszczają pierwsi absolwenci. Silną grupę wsparcia stanowili także Władysław Lipecki, Jerzy Górny, Grażyna Siwiec, Irmína Koniuszewska-Cieślińska... Ich aktywność manifestowała się na różnych polach: sport, kultura, kształcenie, pomoc socjalna lekarzom, zawsze jednak służyła jednemu celowi – poczuciu, że izba nie jest wyłącznie strukturą administracyjną, gdzie „załatwia” się sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza, ale miejscem, gdzie lekarze się spotykają, wspólnie spędzają czas, dyskutują, spierają, zaprzyjaźniają. Ten trend dało się już odczuć w I kadencji ORL, której przewodniczył Marek Stefanowicz. To do niego należała trudna rola organizacji biura, budowania nowej struktury, współtworzenia podstaw prawnych działalności izby, ale też tworzenia dobrej atmosfery. II kadencją pokierował Leszek Dudziński, który oprócz codziennych, statutowych obowiązków wynikających z ustawy o samorządzie lekarskim i ustawy o zawodzie lekarza wraz z członkami ORL i Prezydium izby oraz związkami zawodowymi, zaangażował się w rozwiązywanie problemów płacowych. Był to czas protestów, które objęły cały kraj, słowem: walki lekarzy o wyższe płace i godziwe warunki pracy. Był już także czas pomyśleć o własnej siedzibie i wyprowadzić się z zajmowanych kątów pomieszczeń w „sanepidzie”. Jednak to Jerzy Górny, przewodniczący III kadencji, zrealizował do końca sprawę siedziby i na tym skupił swoją działalność. Kredyty, plany, budowa, wyposażanie nowego miejsca, to jego zasługa. IV i V kadencja ponownie należały do Leszka Dudzińskiego, który podkreśla, jak bardzo różniły się od poprzednich. – Okrzepliśmy, nabraliśmy doświadczenia i wprowadziliśmy się do

własnego gniazda, co pozwoliło nam rozwinąć skrzydła – podkreśla L. Dudziński. Uważa, że ten okres zapoczątkował nową epokę w dziejach izby, która wreszcie mogła zaistnieć także na forum ogólnopolskim. Głos lekarzy z krainy jezior zaczął się liczyć w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Doktor Anna Lella została wiceprezesem NRL i przewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL, Jerzy Badowski – autorem krzyżówki „Jolki lekarskiej” publikowanej w „Gazecie Lekarskiej”, którą układa do dziś, a Władysław Lipecki, najlepszy żeglarz wśród lekarzy, który opłynął pół świata, dał się poznać jako organizator ogólnopolskich lekarskich regat na Warmii i Mazurach, a także jako autor książek na ten temat. Marek Zabłocki, obecny prezes WM IL w Olsztynie, który sprawował tę funkcję także w VI kadencji uważa, że zarówno realia, jak i społeczność lekarska podlegają ciąglej metamorfizie, co ma wpływ na działania podejmowane w izbie. – Kiedyś wszystko wydawało się prostsze, system opieki zdrowotnej był mniej skomplikowany i bardziej stabilny, dzięki czemu mogliśmy się skupić na naszych wewnętrznych problemach, obecnie ta stabilność została mocno zachwiana, przede wszystkim za sprawą niefortunnego pakietu ustaw zdrowotnych, który zdominował działalność samorządu – tłumaczy prezes. M. Zabłocki. Dodaje, że aby nadążyć za zmianami, trzeba było rozwinąć działalność doradczo-prawną, wypracować wspólne stanowiska, np. w sprawie protestu przeciw najdziwniejszej w Europie ustawie refundacyjnej obarczającej lekarza ciężarem weryfikacji i określaniem stopnia refundacji leków.

Średni tylko z nazwy

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie liczy 3615 lekarzy oraz lekarzy dentystów. Choć licznie zalicza się do średnich, obejmuje swoją działalnością rozległy obszar województwa warmińsko-mazurskiego, z wyłączeniem powiatów braniewskiego i elbląskiego. Można więc powiedzieć, że średnia jest tylko z nazwy. Prezes izby Marek Zabłocki mówi, że ludność zamieszkująca te tereny jest niezamożna, co przekłada się na opiekę medyczną i status społeczny lekarzy. Tutaj zawsze ich brakuje, szczególnie tych, którzy pracują w terenie, w opiece podstawowej i szpitalach powiatowych. W Olsztynie i okolicach znajdują się największe szpitale, dobrze rozwinięta sieć przychodni specjalistycznych i ośrodek powstał wydział lekarski na UWM – zaplecze kliniczne. Trudno doszukiwać się tutaj przedwojennych tradycji samorządowych (część ziem należała do Polski, część do Prus), jednak jest kilka postaci, których pamięć się kulturuje. Do nich zalicza się Florian Piotrowski, który po wojnie przyjechał z Wilna do Olsztyna i zorganizował kolejową służbę zdrowia. Był jednym z pierwszych lekarzy, którzy w tym mieście postawili swoją stopę. Do tej grupy pionierów przesiedleńców należą także chirurdzy z Litwy i Łotwy: Jan Janowicz, Stanisław Flis, Jan Rymian, Mieczysław Pimpicki, Bohdan Kopeć, Bohdan Tallat czy Edward Mróz z Krakowa, który w 1949 r. został dyrektorem Wojewódzkiej Centralnej Poradni Ochrony Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka w Olsztynie, uruchomił zespół poradni dziecięcych, organizował szkolenia pediatrów. Był także I przewodniczącym Olsztyńskiego Oddziału PTP i PTL. – Po wojnie pozostało tu niewielu autochto-

nów i żadnego lekarza, opieka medyczna była więc organizowana od podstaw i ci lekarze, głównie przyjeżdżający z Wileńszczyzny, byli pionierami i społecznikami, o czym zawsze należy pamiętać – mówi prezes Zabłocki. Tego rodzaju tradycje można odnaleźć w działalności Szpitala Miejskiego w Olsztynie, wybudowanego na początku XX w., który wciąż służy chorym.

Dom Lekarza

Prezes jak bumerang wraca jednak do siedziby izby i podkreśla jej znaczenie. Jej budowa zakończona w 2001 r. pochłonęła wówczas wszystkie środki finansowe izby, ale – jego zdaniem – było warto ponieść te koszty i wylizać płynące z tego korzyści. – Jest to dla nas doskonała baza dydaktyczna, dzięki czemu możliwa stała się ścisła współpraca z towarzystwami naukowymi regionu, a także z Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w zakresie kształcenia ustawicznego lekarzy – przekonuje prezes. Dodaje, że nadanie siedzibie nazwy Dom Lekarza było celowe, ponieważ jest to miejsce spotkań nie tylko szkoleniowo-naukowych, ale swoiste centrum intelektualno-kulturalne. Tu, w Galerii Artibus, jest jedyna stała wystawa plastyczna i fotograficzna w Polsce, tu odbywają się próby chóru lekarzy, który był pierwszym w kraju, tu prezentują swoje prace artyści plastycy i spotykają się lekarze uzdolnieni literacko. Malarstwo Marii Szczepańskiej, Wacława Krukowskiego, Zofii Badura-Szczawińskiej, Wandy Popławskiej, Tomasza Kardacza, Danuty Błoniekiej czy wystawę rękodzieła artystycznego Doroty Żerańskiej mogli obejrzeć lekarze także z innych izb. Szerokim echem odbiły się też wystawy fotograficzne Bogdana Rybaka i Jarosława Parfianowicza oraz członków Koła Fotografików. Izba wydała także dwa albumy poetyckie „Ars Vitae”, tomiki poezji B. Rybaka i M. Pietrasa oraz album płytowy chóru „Medici pro Musica” (Muzyka na Receptę), który koncertował w wielu miejscach Polski i za granicą. Muzyka na tyle mocno gra w duszach lekarzy z Warmii i Mazur, że utworzyli dwa zespoły rockowe. The Doctors, który wykonuje covery muzyki rockowej i bluesowej, uświetniając imprezy integracyjne środowiska lekarskiego, oraz The Painkillers, który wykonuje klasycznego rocka lat 60. i 70. Lider zespołu prof. Tomasz Stompór to prodziekan ds. nauki, UWM. – W założeniu nasza siedziba miała być przyjazna i funkcjonalna, i udało nam się osiągnąć ten cel – podsumowuje prezes Zabłocki.

Wróćmy na jeziora

Największą miłością lekarzy z Warmii i Mazur są jednak sporty wodne i regaty. W połowie lat dziewięćdziesiątych wspomniany wcześniej, już, Włodzimierz Lipecki wraz z kolegami rozpoczął organizację regat żeglarskich, początkowo w klasie omega, a w ostatnich latach w turystycznej klasie sasanka. Regaty stały się popularną, cieszącą wielkim zainteresowaniem lekarską imprezą ogólnopolską dla całych rodzin. Ich organizacją obecnie zajmuje się Bogdan Kula. Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy to ogólnopolska impreza żeglarsko-integracyjna organizowana nieprzerwanie od 1995 r. Oprócz rywalizacji sportowej odbywają się w tym czasie biesiady żeglarskie. W 2013 r. była to już 23. edycja regat, ale pierwsza w nowym ośrodku Wrota Mazur nad jezio-

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie liczy 3615 lekarzy oraz lekarzy dentystów. Choć licznie zalicza się do średnich, obejmuje swoją działalnością rozległy obszar (...).

Izba ma na koncie wiele sukcesów, wygrany konkurs ogłoszony przez Naczelną Izbę Lekarską na najlepszy serwis internetowy prowadzony przez Okręgową Izbę Lekarską, wyróżniającą się Komisję Kształcenia, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego, prowadzenie konferencji interdyscyplinarnych i warsztatów.

rem Roś koło Pisz, co podniosło standard imprezy. Na regatach najlepiej widać, jakimi mentalnie ludźmi są lekarze z Warmii i Mazur. Na każdym kroku odczuwa się ich przyjazne nastawienie i otwartość. Zyskują tym prawdziwych przyjaciół, którzy zawsze chętnie wracają na jeziora i równie chętnie uczestniczą w spotkaniach organizowanych przez tutejszą izbę. To tutaj rodziła się idea turnieju tenisa ziemnego lekarzy, której spiritus movens był doktor Frenszkowski. To tutaj także niezastąpiony Henryk Krupa był inicjatorem organizowania Mistrzostw Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym w Bogaczkowie pod Morągiem. – To miłe słyszeć od kolegów z całej Polski, jak wspinała była atmosfera tych spotkań, jak świetnie się tu bawili – mówi prezes Zabłocki. Również Olsztyn i odrestaurowana starówka są atrakcją dla lekarzy z innych izb. Chętnie spotykali się tu na obradach Konwentu Przewodniczących, ogólnopolskich spotkaniach młodych lekarzy, Zjazdach Naukowo-Szkoleniowych Lekarzy Warmii i Mazur.

Małe rzeczy

Aby zainteresować pracą samorządową młodych lekarzy organizowane są tu także powitalne spotkania dla nowych członków izby, podczas których mogą poznać zasady i zakres działania izb lekarskich. Tradycją stają się koncerty świąteczne i noworoczne na Zamku w Olsztynie. Z inicjatywy doktora Ryszarda Miśków odbywają się także doroczne imprezy choinkowe dla dzieci lekarzy, których kontynuatorką jest Anna Szalcunas-Olsztyn. Izba jest organizatorem Ogólnopolskich Konkursów Fotograficznych pod nazwą „Mazury cud natury” (2012) oraz „Kamień i woda.” (2013). Tylko w VI kadencji samorządu finansowanie działalności kulturalnej i sportowej wyniosło 600 tys. zł, co w przeliczeniu na jednego lekarza członka WMiL wynosi 180 zł (średnio pięć miesięcznych składek do izby). Ten wskaźnik stawia izbę w pozycji lidera w całej Polsce. Izba ma na koncie wiele sukcesów, wygrany konkurs ogłoszony przez Naczelną Izbę Lekarską na najlepszy serwis internetowy prowadzony przez Okręgową Izbę Lekarską, wyróżniającą się Komisję Kształcenia, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego, prowadzenie konferencji interdyscyplinarnych i warsztatów. Tematycznie obejmują one nie tylko dziedziny medyczne, ale także prawo, umiejętność prowadzenia elektronicznej dokumentacji pacjenta. Co roku izba przyznaje granty

(w minionej kadencji przyznano ich 18) w wysokości do 250 tys. zł na dofinansowanie szkoleń organizowanych przez towarzystwa naukowe, nagrody finansowe za tytuły naukowe, roczne stypendia z największą ilością punktów z LEK-u i LDEK-u oraz dla młodych lekarzy i lekarzy dentyków nagrody im. prof. Edwarda Lenkiewicza za najlepszą publikację naukową. Izba wydaje czasopismo naukowe „Polish Annals of Medicine” w kooperacji ze światowym wydawcą Elsevier (6 pkt. MNSW). „PAOM” to ewenement w skali kraju, bowiem udało się w nim połączyć potencjał naukowy środowiska lekarskiego Warmii i Mazur z potencjałem nowo powstałego i rozwijającego się Wydziału Nauk Medycznych UWM. Powstałe za sprawą doktora Lipeckiego z amatorskiego, skromnie ilustrowanego zeszytu zawierającego zdarzenia historyczne i naukowe regionu Warmii i Mazur „PAOM” wyrasta na lidera wśród rozwijających się czasopism na rynku wydawniczym. Mogło się to zdarzyć dzięki odwadze, wizjonerstwu i nowoczesnemu myśleniu wspomnianych partnerów projektu – spiritus movens przedsięwzięcia i prof. Ireneuszowi Kowalskiemu, przewodniczącemu kolegium redakcyjnego. Prezes Marek Zabłocki jest przekonany, że najważniejsze jest, by w izbie ciągle coś się działo, by Dom Lekarza tętnił życiem, a na to składają się nie tylko spektakularne działania, ale i małe rzeczy, choćby takie jak ułatwianie lekarzom i lekarzom dentykom dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz pomysł wydawania im w tym celu specjalnych legitymacji. Interesujące, bo mające praktyczny wymiar, są kontakty i współpraca izby z zagranicą: z lekarzami z Obwodu Kaliningradzkiego i z lekarzami szpitala w Châteauroux (Francja). W roku 2010 Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska podpisała „Deklarację o współpracy” z Izbą Lekarską Obwodu Kaliningradzkiego. Opracowano wspólne projekty poprawiania ochrony zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej.

Zadania na przyszłość? – Jest wiele wyzwań, z którymi samorząd lekarski musi się zmierzyć. Do najważniejszych zaliczyłbym konieczność zachowania spójności środowiska lekarskiego w obliczu postępującej komercjalizacji zawodu – mówi prezes Marek Zabłocki. Uważa, że nie będzie to łatwe i nie pomogą rozwiązania systemowe, musi za nimi pójść zauważalna na każdym kroku dbałość o interesy każdego lekarza i lekarza dentydy z osobna i jako grupy zawodowej. ■

Warto wiedzieć

Metryka – Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie

Terytorium: województwo warmińsko-mazurskie (z wyłączeniem powiatów braniewskiego i elbląskiego)
Adres: ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn
Kontakt: tel. 89 539 19 29, faks 89 534 44 83
e-mail: olsztyn@hipokrates.org
Strona internetowa: www.wmil.olsztyn.pl
Liczba członków: 3 615, w tym lekarzy 2 804 i 814 lekarzy dentyków
Liczba delegatów na zjazd: 110
Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 27

Prezes: Marek Zabłocki
Wiceprezesi: Anna Lella, Jarosław Parfianowicz, Ewa Zakrzewska
Delegatury: brak
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Mirosława Kozłowska
Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Zygmunt Ziółkiewicz
Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Arkadiusz Pyszko
Liczba pracowników etatowych: 7
Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenie: 2



Wielkanoc

Niech te święta będą piękne,
a my wszyscy lepsi.

Wielkanoc to święta pełne symboli i niezgłębionych tajemnic, odradzania, wzrostu i oczyszczania. Zwiastują nowy początek i związane z nim nadzieje. Zawsze przypadają w czasie wiosny, kiedy zakwitają kwiaty, pojawiają się pierwsze zielone listki na drzewach, które doskonale podkreślają radość budzącego się od nowa życia. Symbolem tych świąt jest baranek, który oznacza triumf życia nad śmiercią, ogłaszany w wielkanocną niedzielę dzwoniącymi dzwonami kościelnymi. Nowym symbolem wywodzącym się z Niemiec, który od XVII w. wpisał się w naszą tradycję wielkanocną, jest zając będący symbolem czujności, płodności i odradzającej się przyrody, a przede wszystkim obdarowywania dzieci prezentami i słodyczami.

Zgodnie z przekazywaną z pokolenia na pokolenie polską tradycją przygotowujemy koszyk z pokarmami, które zostaną poświęcone. Chleb oznacza dostatek i pomyślność, a także godność człowieka. Wędlina to symbol dobrobytu. Chrzan to siła i vitalność, a sól oczyszczenie. Oczywiście nie może zabraknąć domowego ciasta – symbolu umiejętności i doskonałości. Tymi pokarmami dzielimy się z najbliższymi w radosnej i serdecznej atmosferze podczas wielkanocnego śniadania. Składając życzenia, przekazujemy sobie wzajemnie dobre emocje i życzliwość.

Taka jest metaforyka Świąt Wielkanocnych, a symbole tego święta są inspiracją do aktywnego życia i do pracy.

W takiej wiosennej i radosnej atmosferze rozpoczyna się nowa kadencja samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Wykorzystajmy magię i symbolikę wielkanocną w działalności naszej korporacji zawodowej. Życie pisze scenariusz, ale reżyserami dzieła jesteśmy my i od nas zależy, jakie ono będzie – dobre czy złe. Nie pytajmy, co oni tam robią i nie czekajmy na okazję, aby krytykować za niespełnienie, wielokrotnie słusznych, postulatów zmian w opiece zdrowotnej, gdyż nie zawsze ich realizacja leży w gestii samorządu. Postawmy to pytanie sobie: co ja robię i robiłem przez te 25 lat dla siebie i całej zawodowej rodziny, czy uczestniczyłem w jej życiu i wspierałem ją? Czy jest to dla mnie świat, którego nie chciało mi się poznać, a jedynie stać z boku, obserwować i narzekać? Myślę, że warto wykorzystać wiosenne siły i energię, aby włączyć się do budowy i poprawy wizerunku naszej korporacji.

Nikt nie odnosi tylko i wyłącznie samych sukcesów. Porażki i niepowodzenia zdarzają się wszędzie, ale ważne jest, aby chcieć i umieć je naprawić i zmienić w sukces.

Nie martwmy się na zapas. Świat jest pełen niespodzianek, ale umiemy sobie doskonale radzić w trudnych sytuacjach, umiejętność przewidywania jest przecież wpisana w nasz zawód. Potrafimy widzieć i rozwiązywać wiele problemów, nauczmy się także słuchać.

Chociaż niekiedy trudno ze spokojem wysłuchać słów krytyki za sprawy, o które wcześniej zabiegaliśmy, a okazało się, że to wcale nie był dobry wybór. Podczas ostatniego zjazdu dyskutowano na temat czasu pracy lekarzy. To właśnie jedna z tych kontrowersyjnych spraw. Na własne życzenie zachłysłaliśmy się swobodą i możliwościami pracy kontraktowej. Teraz mamy pretensje, że staliśmy się niewolnikami i nie mamy siły pracować tak dużo i długo. Jesteśmy przemęczeni, dlatego nietrudno o zaniedbania i niedopatrzenia. Wielu z nas pragnie powrotu do pracy w określonej liczbie godzin. Myślę, że warto zweryfikować poglądy i podjąć wspólnie decyzję – dobrą dla wszystkich. Czy się to uda zrobić, będzie zależało od nas, tylko należy te uzgodnienia skierować pod właściwy adres i musimy zadbać, aby były nie tylko dostrzeżone, ale i spełnione.

Niekiedy, dla wspólnego dobra, trzeba się narazić innym, ale warto to zrobić, jeżeli w efekcie końcowym uda się osiągnąć sukces. Musimy uwierzyć we własne siły i skuteczność wspólnej pracy dla dobra nas wszystkich.

Nie wymagajmy od nowo wybranych władz naczelnych natychmiastowych zmian i spełnienia potrzeb każdego pojedynczego przedstawiciela samorządu lekarskiego. Jesteśmy różnorodnym środowiskiem i mamy własne zdanie na pewne zagadnienia. Prezentujemy też różne specjalności, stąd mamy inne oczekiwania, tak jak w każdej rodzinie, ale najważniejszą wartością jest utrzymanie tej rodziny w jedności i nie tylko spokojne rozwiązywanie problemów, lecz także wykazanie się inicjatywą i przekazanie wsparcia tym, których obdarzyliśmy zaufaniem, dając im mandat do reprezentowania naszych dążeń. Nie oglądajmy się wstecz, ale idźmy do przodu.

Niech wielkanocne symbole będą inspiracją na całą nową kadencję samorządu. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

*Nie bój się cieni.
One świadczą o tym,
że gdzieś znajduje
się światło.*
Oscar Wilde



Marek Szewczyński

Radca prawny
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Udzielanie świadczeń stomatologicznych a podatek VAT



FOTO: Marta Jakubiak

W uproszczeniu można stwierdzić, że świadczenia zdrowotne, w tym stomatologiczne, nie podlegają VAT, ponieważ są od tego podatku zwolnione.

Wykonywanie zawodu lekarza dentystry polegające na udzielaniu świadczeń stomatologicznych jest rodzajem działalności gospodarczej, w której przedsiębiorcą jest bezpośrednio lekarz, np. prowadząc praktykę indywidualną, albo jednostka organizacyjna, którą lekarz współtworzy (np. spółka, w ramach której działa praktyka grupowa), bądź która go zatrudnia, np. podmiot leczniczy. Z tym – oprócz spraw o charakterze ściśle zawodowym – wiąże się szereg innych obowiązków, m.in. związanych z podatkiem od towarów i usług, potocznie zwanym VAT.

Nie od dziś wiadomo, że regulacje prawa podatkowego to bardzo skomplikowany, rozległy system sprawiający podatnikom, zwłaszcza działającym na niewielką skalę, wiele problemów – szczególnie zaś można to odnieść do podatku VAT. Przepisy prawne dotyczące podatku VAT zawierają przy tym pewne regulacje szczególne odnoszące się do działalności leczniczej, z których lekarze dentyści powinni zdawać sobie sprawę. A częste zmiany prawa w tym zakresie stanowią dodatkową trudność.

Artykuł ten ma na celu zasygnalizowanie kilku wybranych zagadnień z zakresu podatku VAT i podsumowanie informacji często pojawiających się zarówno na łamach „Gazety Lekarskiej”, jak i innych mediów adresowanych do lekarzy dentyistów.

Opodatkowanie podatkiem VAT świadczeń stomatologicznych

W uproszczeniu można stwierdzić, że świadczenia zdrowotne, w tym stomatologiczne, nie podlegają VAT, ponieważ są od tego podatku zwolnione.

Należy przy tym jednak pamiętać, że zwolnienie świadczeń zdrowotnych z opodatkowania VAT ma od 1 stycznia 2011 r. charakter przedmiotowo-podmiotowy¹ i podlega określonym warunkom, a mianowicie zwolnieniu podlegają te świadczenia (w ustawie określane jako usługi w zakresie opieki medycznej), które są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmioty lecznicze oraz praktyki lekarskie) i które służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Znaczenie ma więc zarówno to, czy świadczenia są udzielane przez podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej (warunek nie budzący raczej większych niejasności czy problemów), jak również, jaki jest cel udzielanego świadczenia. Zwolnieniem są bowiem objęte jedynie te świadczenia, które mają charakter profilaktyczny, diagnostyczny, terapeutyczny lub rehabilitacyjny.

Kluczowe w tym kontekście staje się więc właściwe definiowanie zakresu świadczeń stomatologicznych służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Te świadczenia udzielane przez lekarzy dentystów, które nie spełniają ww. definicji, podlegają bowiem opodatkowaniu VAT na zasadach ogólnych.

Ze względu na niejasność pojęć i brak definicji ustawowych w konkretnych sytuacjach sięga się do orzecznictwa sądowego, zarówno Trybunału Sprawiedliwości UE, jak i sądów krajowych, a także do stanowiska organów skarbowych wyrażanego w interpretacjach prawa podatkowego.

Omawiając kwestię zwolnienia świadczeń zdrowotnych od podatku VAT (a ściśle mówiąc, ustalając, które czynności wykonywane przez świadczeniodawców nie są objęte zwolnieniem od VAT), najczęściej wskazuje się, że w orzecznictwie unijnym jednolicie przyjmuje się, że zwolnienie nie obejmuje m.in. badań lekarskich i wydawania zaświadczeń w celu uzyskania określonych uprawnień czy w ramach postępowań odszkodowawczych.

W praktyce zawodowej lekarzy dentystów sprawą o najistotniejszym znaczeniu jest w tym zakresie kwestia coraz powszechniej udzielanych świadczeń tzw. stomatologii estetycznej (kosmetycznej).

Organy skarbowe wydały już kilka interpretacji podatkowych, zgodnie z którymi uznają, że świadczenia polegające na uzupełnieniu protetycznym braków zębowych, w tym zakładanie implantów, spełniają warunki umożliwiające zastosowanie zwolnienia od VAT, ponieważ ich bezpośrednim celem jest profilaktyka, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa zdrowia². Z prawnego punktu widzenia ma to więc większe znaczenie niż poprawa wyglądu, która również jest zwykle jednym z celów takich świadczeń.

Natomiast zabiegi wybielania zębów są przez organy skarbowe traktowane jako świadczenia nieposiadające cech, o których mowa w przepisach określających świadczenia zwolnione od VAT („ich bezpośrednim celem nie jest profilaktyka, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa zdrowia, ale zmiana barwy uzębienia (wybielenie), co wskazuje bardziej na charakter estetyczny lub kosmetyczny tej usługi”), a co za tym idzie – świadczenia te podlegają VAT w podstawowej stawce 23 proc.³. Tu organy skarbowe nie podzieliły poglądu, że decydujące znaczenie

Zwolnieniem są bowiem objęte jedynie te świadczenia, które mają charakter profilaktyczny, diagnostyczny, terapeutyczny lub rehabilitacyjny.

ma fakt, iż wybielanie zębów ma także działanie profilaktyczne i że jest poprzedzone konsultacją stomatologiczną.

Wydaje się, że jest to na chwilę obecną stanowisko jednolite i jego ewentualna zmiana musiałaby być wynikiem odrębnego orzeczenia sądowego, co jednak jest chyba wątpliwe choćby z uwagi na fakt, że produkty do wybielania zębów są traktowane jako kosmetyki.

Opodatkowanie podatkiem VAT wyrobów medycznych

Prowadząc działalność leczniczą, świadczeniodawca nie może się oczywiście obejść bez różnego rodzaju sprzętu, aparatury i materiałów, określanych w terminologii prawnej jako wyroby medyczne.

Obecnie wyroby medyczne są w Polsce opodatkowane podatkiem VAT w obniżonej stawce 8 proc. Jednakże sytuacja ta może się wkrótce zmienić z uwagi na podnoszoną przez instytucje unijne niezgodność takiego rozwiązania z przepisami UE (sprawa skierowana przez Komisję Europejską do Trybunału Sprawiedliwości UE). Zgodnie bowiem z tymi przepisami wyroby medyczne mogą podlegać obniżonej stawce VAT, tylko gdy są przeznaczone do użytku osobistego osób niepełnosprawnych w celu łagodzenia skutków lub leczenia niepełnosprawności.

Wystawianie faktur

Kwestią związaną z VAT, choć niewpływającą bezpośrednio na opłacanie tego podatku, jest wystawianie faktur przez przedsiębiorców. Od 1 stycznia 2014 r. zasady wystawiania faktur uległy zmianie. Od tej daty wszyscy przedsiębiorcy wystawiają faktury – także ci, którzy są zwolnieni z opłacania VAT i dotychczas wystawiali rachunki (tzw. nievatowcy).

Zmiany te oznaczają, że także lekarze dentyści zarejestrowani jako podatnicy VAT zwolnieni lub w ogóle niezarejestrowani dla celów podatku VAT muszą w określonych sytuacjach (np. na żądanie pacjenta lub realizując tzw. kontrakt z podmiotem leczniczym) wystawiać fakturę, a nie jak wcześniej, rachunek.

Z praktycznego punktu widzenia nie jest to jednak szczególnie istotna zmiana, ponieważ faktury wystawiane przez przedsiębiorców zwolnionych podmiotowo z VAT (z uwagi na wartość sprzedaży nieprzekraczającą w poprzednim roku kwoty 150 000 zł) lub dokumentujące czynności zwolnione przedmiotowo z VAT (m.in. usługi medyczne służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia) mogą zawierać węższy zakres danych niż standardowe faktury⁴ – a ten węższy zakres danych jest w zasadzie tożsamy z danymi, które zawierały dotychczasowe rachunki. Co więcej, taki dokument nie musi nawet zawierać nazwy „faktura” – ważne jest, aby zawierał co najmniej te dane,

które określają przepisy rozporządzenia (z formalnego punktu widzenia mógłby nawet dalej nosić nazwę „rachunek”, choć dla jasności lepiej tego unikać; w praktyce zaś faktury wystawiane za pomocą programów komputerowych lub przy użyciu dostępnych na rynku bloczków na papierze samokopiującym noszą nazwę „faktura”).

Zmianą, o której należy jednak pamiętać, jest to, że w przypadku wystawiania faktury dotyczącej czynności zwolnionych z podatku przedmiotowo należy w niej dodatkowo wskazywać także podstawę prawną tego zwolnienia, czyli odpowiedni przepis ustawy o podatku od towarów i usług, którym w przypadku stomatologów jest art. 43 ust. 1:

– pkt 18 – gdy świadczenia są udzielane przez podmiot leczniczy;

– pkt 18a – gdy świadczenia są udzielane przez lekarza na rzecz i w siedzibie podmiotu leczniczego na podstawie zawartej z tym podmiotem umowy tzw. kontraktu (np. w ramach praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego);

– pkt 19 – gdy świadczenia są udzielane pacjentom we własnej praktyce.

Artykuł wskazuje, w dużym zarysie, kilka zagadnień, które mają szczególnie istotne znaczenie dla lekarzy dentyistów, najczęściej wykonujących zawód jako przedsiębiorcy, na których spoczywają obowiązki z zakresu prawa podatkowego.

Niewątpliwie każde z poruszonych zagadnień – a także szereg innych związanych z podatkiem VAT⁵ – może i powinno być przedmiotem bardziej szczegółowej analizy i rozważań, zwłaszcza biorąc pod uwagę stałe zmiany prawa oraz orzecznictwa i stanowiska organów skarbowych.

Prowadząc działalność zawodową, siłą rzeczy należy na bieżąco śledzić te sprawy – jeśli nawet nie osobiście, to za pośrednictwem fachowej obsługi finansowo-podatkowej. ■

¹ W poprzednim stanie prawnym – do końca 2010 r. – świadczenia zdrowotne (definiowane jako usługi w zakresie ochrony zdrowia) były generalnie zwolnione od VAT bez dodatkowych warunków.

² Interpretacja Izby Skarbowej w Poznaniu z 04.10.2011 r., ILPP2/443-1140/11-4/SJ – „celem tych usług (uzupełnień protetycznych – MS) jest przywrócenie czynności i funkcji narządu żucia”; interpretacja Izby Skarbowej w Łodzi z 28.07.2011 r., IPTPP1/443-123/11-3/MW – „zakładanie implantów zębów zapobiega zanikowi kości, pozwala na lepsze rozdrabnianie i przeżuwanie pokarmów, co wiąże się ze zmniejszeniem wystąpienia ryzyka chorób jelit i żołądka”.

³ Interpretacje Izby Skarbowej w Poznaniu z 12.04.2011 r., ILPP1/443-309/11-2/BD oraz z 04.10.2011 r., ILPP2/443-1140/11-5/SJ; interpretacja Izby Skarbowej w Katowicach z 04.01.2013 r., IBPP3/443-1131/12/AŚ.

⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur faktura taka powinna zawierać: a) datę wystawienia, b) numer kolejny, c) imiona i nazwiska lub nazwy podatnika i nabywcy usług oraz ich adresy, d) nazwę (rodzaj) usługi, e) zakres wykonanych usług, f) cenę jednostkową usługi, g) kwotę należności ogółem.

⁵ Na przykład możliwość odliczania przez świadczeniodawców podatku VAT, który ich obciążał przy zakupie wyrobów medycznych; opodatkowanie podatkiem VAT czynności związanych ze sporządzeniem kserokopii, wyciągów i wydawania odpisów dokumentacji medycznej.

Obecnie wyroby medyczne są w Polsce opodatkowane podatkiem VAT w obniżonej stawce 8 proc. Jednakże sytuacja ta może się wkrótce zmienić z uwagi na podnoszoną przez instytucje unijne niezgodność takiego rozwiązania z przepisami UE.

O niepowodzeniu położniczym we Włocławku

Odległejsze spojrzenie na fakty i konfabulacje oraz na rolę masmediów.

Tak zwane wydarzenie włocławskie to przypadek obumarcia ciąży bliźniaczej, co zdarzyło się w nocy z 16 na 17 stycznia tego roku, na oddziale położniczo-ginekologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku. Obumarcie ciąży (tak w terminologii lekarskiej określa się śmierć wewnątrzmaciczną płodu, czyli według terminologii „życzeniowej” – dziecka nienarodzonego) zdarza się wszędzie: w Polsce, w Europie i na całym świecie, o czym mówią opracowania statystyczne. Wydarzenie włocławskie nie było ani jedynym, ani nawet najdramatyczniejszym przypadkiem w ostatnich latach w Polsce; ono tylko rozpętało burzę wokół położnictwa polskiego, jak to celnie wyraziła Agnieszka Sowa („Polityka” nr 9/2014, s. 28). Ale trzeba dodać, że we współczesnym położnictwie są to powikłania niecodzienne, dramatyczne dla niedosłyszących rodziców i prowadzących lekarzy; że są analizowane głęboko przez specjalistów ds. położnictwa i ginekologii, i innych; że we wszystkich analizach poszukuje się odpowiedzi na pytanie, jak unikać podobnych powikłań.

Fakt, że przypadek włocławski stał się głośny na cały kraj i wzbudził tak duże emocje, można uznać za znak nowych czasów w położnictwie – czasów z masmediami i siecią komunikacją; czasów z zaletami i przywarami społeczeństwa medialno-sieciowego, w którym każde lokalne wydarzenie może zyskać rangę krajową, jeżeli tylko masmedia rozpropagują je jako wiadomość sensacyjną. Ekipy telewizyjne TVN24 i TVP Info oraz lokalnej telewizji CW 24 i TV Kujawy, a także ekipa „Faktu”, które niemal rezydowały w szpitalu włocławskim przez cały tydzień po wydarzeniu, uczyniły chyba wszystko, by ten przypadek stał się hitem sensacyjnym. I to się udało!

Wtedy istniały też sprzyjające okoliczności polityczne: ostra dyskusja o służbie zdrowia, głosowanie w sejmie nad wotum nieufności dla Ministra Zdrowia i inne. Błyskawicznie powstała dziennikarska wersja wydarzenia włocławskiego o rażącej sile informacyjnej, której ulegli nie tylko zwykli ludzie, ale i sam Minister Zdrowia. Wszystko wskazuje na to, że minister przyjął niesprawdzone informacje medialne za prawdziwe i ad hoc podjął kilka decyzji orga-

nizacyjno-restrykcyjnych (zawieszenie ordynatora szpitala włocławskiego i szczegółowe kontrole w obszarze jego działalności medycznej: szpitalnej i pozaszpitalnej; kontrola oddziałów i klinik położniczych w całym kraju). ■



Pełna treść artykułu na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie lekarskiej Premium”.

**Mieczysław
Uszyński**

Prof. dr hab.,
klinicysta położnictwa
i ginekologii,
nauczyciel akademicki
w Collegium Medicum
w Bydgoszczy i UMK
w Toruniu

Postawy i opinie dotyczące NFZ

**Romuald
Krajewski**

**Teresa
Perendyk**

**Kinga
Wojtaszczyk**

Łącznie 71% respondentów twierdzi, że ilość pracy wykonywanej w ramach tej samej umowy o pracę lub kontraktu zwiększyła się w ciągu ostatnich 2 lat. Wzrost ilości pracy w ciągu ostatnich 2 lat nie przyniósł wzrostu dochodów. Wśród respondentów, którzy twierdzili, że ilość pracy w omawianym okresie zwiększyła się, 57% wskazało brak zmiany w wysokości dochodów, a 27% – wręcz ich spadek.

Przedstawiamy wyniki badania opinii środowiska lekarzy i lekarzy dentystów.

Órodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej przeprowadził w listopadzie i grudniu 2013 r. badanie ilościowe na ogólnopolskiej, losowej, reprezentatywnej próbie lekarzy i lekarzy dentystów, poprzedzone badaniem jakościowym, poświęcone głównie opiniom na temat NFZ i systemu ochrony zdrowia.

Ocena działalności NFZ

78% respondentów oceniło NFZ „zdecydowanie negatywnie” albo „raczej negatywnie”. Tylko 4% badanych wyraża opinię pozytywną. Większość (71%) uważa, że NFZ źle służy pacjentom, w tym co trzeci respondent (31%) uważa, że „zdecydowanie źle”. Dobrze ten aspekt działalności NFZ ocenia 7%. 76% respondentów „zdecydowanie negatywnie” albo „raczej negatywnie” ocenia wymagania NFZ dotyczące sprawozdawczości.

Sprawozdawczość i „robotą papierkową”

Co czwarty badany deklaruje, że sprawozdawczość zajmuje mu powyżej 50% codziennej praktyki zawodowej. 36% respondentów szacuje, że jest to 26-50%. 38% badanych twierdzi, że sprawozdawczość w ogóle ich nie dotyczy bądź zajmuje im do 25% czasu codziennej praktyki. Respondenci wykonujący świadczenia finansowane przez NFZ istotnie częściej niż pozostali (prawie trzykrotnie) podają, że sprawozdawczość zajmuje im ponad 50% codziennej praktyki.

Zdecydowana większość badanych (75%) sądzi, że sprawozdawczość utrudnia codzienną praktykę, w tym 35%, że „zdecydowanie”. 43% respondentów deklaruje, że „papierkowa robota” zajmuje powyżej 50% czasu przeznaczonego na wizytę pacjenta, zaś 36% respondentów szacuje, że jest to 26-50%, a średnio 49%. Respondenci wykonujący świadczenia finansowane przez NFZ częściej niż pozostali (ponad 2 razy) szacują, że „papierkowa robota” zajmuje ponad 50% wizyty pacjenta (odpowiednio 47% i 18%). Według oczekiwań większości respondentów (78%) „papierkowa robota” powinna zajmować maksymalnie 25% czasu wizyty.

Obciążenie pracą i zarobki

Łącznie 71% respondentów twierdzi, że ilość pracy wykonywanej w ramach tej samej umowy o pracę lub kontraktu zwiększyła się w ciągu ostatnich 2 lat, w tym aż 41%, że „zdecydowanie zwiększyła się”. Co piąty badany ocenia, że ilość jego pracy w ciągu ostatnich 2 lat nie zmieniła się. Dotyczy to częściej respondentów wykonujących świadczenia finansowane przez NFZ (odpowiednio 77% i 32% wskazań na odpowiedź „zdecydowanie

zwiększyła się” i „zwiększyła się”). Wśród badanych, którzy twierdzili, że nastąpiła zmiana w ilości ich pracy w ciągu ostatnich 2 lat zdecydowanie więcej było tych, którzy deklarowali spadek dochodów „na rękę” (łącznie 40%) niż wzrost (łącznie 11%). Co trzeci lekarz dentysta i co dziesiąty lekarz wskazywał, że jego dochody „na rękę” uzyskiwane z praktyki zawodowej zdecydowanie zmniejszyły się. Brak wzrostu dochodów uzyskiwanych z praktyki zawodowej pomimo wzrostu ilości pracy dotyczył 59% respondentów wykonujących świadczenia finansowane przez NFZ w porównaniu do 39% wśród niewykonywujących takich świadczeń.

Wzrost ilości pracy w ciągu ostatnich 2 lat nie przyniósł zdecydowanej większości badanych wzrostu dochodów „na rękę” uzyskiwanych z praktyki – wśród respondentów, którzy twierdzili, że ilość pracy w omawianym okresie zwiększyła się, 57% wskazało brak zmiany w wysokości dochodów, a 27% – wręcz ich spadek.

Kontakty z NFZ

Łącznie 69% badanych ocenia negatywnie sposób informowania lekarzy przez NFZ o zarządzeniach, komunikatach itp., w tym 39% wskazało najniższą ocenę. Negatywnie oceniano częstość i liczbę zmian zasad, nowych przepisów, zarządzeń (75%), interpretację zarządzeń, komunikatów, decyzji i postanowień (75%), język aktów zarządzeń, komunikatów, decyzji i postanowień (67%), terminowość przekazywania lekarzom ważnych informacji (59%).

Większość respondentów (59%) oceniła zdecydowanie negatywnie system kontrolowania i karania lekarzy przez NFZ, a łączny odsetek negatywnych ocen wyniósł 83%. Wśród aspektów najczęściej ocenianych negatywnie znalazły się adekwatność kary do wagi błędu lub zaniedbania (79%), stawki kar za konkretne błędy i zaniedbania (78%), zrozumiałość wykładni błędu lub zaniedbania (63%).

Oceny pozytywne przyznawano rzadko, wśród nich szczegółowość i poziom merytoryczny kontroli uzyskały po 10%. Wśród negatywnych następstw systemu kontroli respondenci wskazywali na zastraszanie lekarzy (85%), rosnącą frustrację (81%), nagonkę medialną na środowisko (75%), ograniczenie czasu poświęconego pacjentom (73%), spadek motywacji lekarzy do wykonywania zawodu (59%), spadek zaufania pacjentów do lekarzy (59%).

Finansowanie świadczeń

Zdecydowana większość respondentów (83%) określiła wysokość nakładów na dziedzinę stanowiącą ich główny obszar praktyki zawodowej jako

niewystarczającą, przy czym połowa badanych (52%) jako „zdecydowanie niewystarczającą”. Lekarze dentyści częściej niż lekarze wskazywali na niewystarczające nakłady. 30% badanych ocenia, że nakłady pokrywają mniejszą część realnych kosztów wykonywanych świadczeń, 34% – że około połowy, 21% – że większą ich część. Tylko 1% uważa, że nakłady pokrywają 100% kosztów.

75% badanych szacuje, że nakłady pokrywają co najwyżej połowę realnych potrzeb pacjentów, w tym 39%, że mniejszą ich część. Tylko 1% badanych wskazywał na pokrycie 100% potrzeb pacjentów przez nakłady. Lekarze dentyści istotnie częściej niż lekarze deklarowali, że nakłady na „ich” dziedzinę nie pokrywają nawet połowy realnych kosztów (odpowiednio 57% i 34% wskazań).

Wycena świadczeń

Większość badanych (75% ogółu, a 80% lekarzy dentyków) uważa, że wycena świadczeń wykonywanych w ramach głównego obszaru własnej praktyki zawodowej jest „zdecydowanie nieodpowiednia” albo „nieodpowiednia”.

Także system rozliczania świadczeń wg procedur określonych przez NFZ jest oceniany przeważnie negatywnie. 66% badanych wskazuje „zdecydowanie negatywną” lub „raczej negatywną” ocenę. Łącznie 41% lekarzy i 17% lekarzy dentyków deklaruje, że system JGP utrudnia im codzienną praktykę.

Wymagania NFZ

Prawie połowa badanych uważa, że wymagania NFZ często powodują konflikt z zasadami etyki (44%), a 27%, że zdarza się to, ale rzadko. Co czwarty respondent przyznaje, że nie radzi sobie ze spełnianiem wymagań NFZ. Wymagania NFZ, z którymi badani nie radzą sobie wystarczająco dobrze to znajomość często zmienianych decyzji NFZ, aktów prawnych itd. (68%), znajomość zarejestrowanych wskazań do stosowania leków refundowanych (60%), wiedza prawnicza po-

zwalająca na właściwą interpretację aktów prawnych (59%), znajomość zmieniających się list refundacyjnych, cen leków (55%), odpowiedzialność lekarza za niewiedzę lub nieuczciwość pacjentów (51%).

Zmiany systemu

Wśród ocenianych pomysłów poprawy systemu opieki zdrowotnej największym poparciem cieszyły się wpływ praktykujących lekarzy na definicje procedur, urealnienie wyceny świadczeń i wymagań wobec lekarzy, zmiany list refundowanych nie częściej niż raz na 6 miesięcy, symboliczna opłata dla pacjenta za każdą wizytę w celu regulacji popytu.

Podsumowanie

Ocena NFZ i systemu ochrony zdrowia przez środowisko lekarskie jest podobna do oceny tego systemu przez całe społeczeństwo. Środowisko zdecydowanie negatywnie ocenia wszystkie aspekty działalności NFZ. Wysokość nakładów na ochronę zdrowia nie umożliwia ani pokrycia realnych kosztów świadczeń, ani zapotrzebowania. Czas przeznaczony dla pacjenta w przypadku większości lekarzy w Polsce jest w około połowie zajęty przez czynności biurowe. Szczególnie niepokojące są częste naciski na wykonywanie zawodu niezgodnie z zasadami etyki. Powszechna jest frustracja, spadek motywacji do wykonywania zawodu, poczucie zagrożenia wywołanego nagonką w mediach.

Bardzo serdecznie dziękujemy wszystkim Koleżankom i Kolegom biorącym udział w badaniach opinii naszego środowiska. Wśród respondentów, którzy wzięli udział we wszystkich dotychczas przeprowadzonych badaniach, rozlosowaliśmy 20 nagród, które zostaną wysłane pocztą. ■



Bardziej obszerna wersja tekstu ze wszystkimi wykresami dostępna na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.

Ocena NFZ i systemu ochrony zdrowia przez środowisko lekarskie jest podobna do oceny tego systemu przez całe społeczeństwo. Środowisko zdecydowanie negatywnie ocenia wszystkie aspekty działalności NFZ.

60 lat PTK

W 1954 r. Sekcję Kardiologii istniejącą przy Towarzystwie Internistów Polskich przekształcono w Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. W tym roku minęło 60 lat od tego wydarzenia.

**Marta
Jakubiak**



Z tej okazji odbyła się konferencja, w czasie której prof. Krzysztof Filipiak w bardzo ciekawym wykładzie przybliżył historię PTK, przedstawiając matki i ojców kardiologii polskiej. Dokonując badań genealogicznych, zauważył, że nasze szkoły kardiologiczne mają powiązanie z całą Europą, jak np. z ośrodkami naukowymi w Wiedniu i Lwowa. Jako ciekawostkę historyczną przywołał fakt, że prof. Mieczysław Fejgin, jedna z bardziej znaczących postaci w świecie kardiologii polskiej, był osobistym lekarzem Bolesława Bieruta i to właśnie jego podpis widnieje na akcie zgonu i dokumentach transportu ciała z Moskwy do Warszawy w 1953 r.

Podczas spotkania podkreślano, że misją PTK jest profilaktyka oraz zwalczanie chorób serca i naczyń. W odpowiedzi na istniejące niedoskonałości systemu, zespół ekspertów rozpoczął prace nad stworzeniem dokumentu porządkującego standardy i określającego ścieżkę opieki ambulatoryjnej nad chorymi wysokiego ryzyka. Wytyczne te będą kierowane nie tylko do kardiologów, ale także do lekarzy rodzinnych i internistów, którzy sprawują bezpośrednią pieczę nad chorymi po wypisie ze szpitala. Podkreślano, że opieka ambulatoryjna powinna być kompleksowa i ciągła, a taka obecnie nie istnieje. Trzeba wyraźnie zwiększyć stawkę kapitałową dla lekarzy POZ, którzy są odpowiednio przeszkoleni w kierunku opieki nad pacjentami po ostrych zespołach wieńcowych. – Toczą się rozmowy nad wprowadzeniem optymalnego modelu opieki nad takimi pacjentami. Wspólnie z konsultantem krajowym opracowaliśmy model prewencji wtórnej i rehabilitacji, który został w wersji skróconej opublikowany w „Kar-

diologii Polskiej”, a w wersji pełnej przekazany decydom odpowiedzialnym za wprowadzanie zmian – poinformowała prof. Janina Stępińska.

Czy obecnie polska kardiologia odbiega znacząco od kardiologii europejskiej? – Nie odbiega, a w wielu przypadkach jesteśmy nawet znacznie bardziej zaawansowani niż w innych krajach, szczególnie jeśli chodzi o dostępność leczenia ostrych zespołów wieńcowych – deklarował prof. Adam Torbicki. W tej dziedzinie na przestrzeni ostatnich 20 lat dokonał się ogromny postęp. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w zawale serca przed 40 laty wynosiła około 30 proc., dziś jest to zaledwie w granicach 5 proc. Dodatkowo potencjał, by śmiertelność pozawałowa malała, jest olbrzymi. Potrzebna jest jednak optymalizacja opieki nad pacjentami. Jeszcze jakiś czas temu przyjmowało się, że w pierwszym roku po zawale umiera około 10 proc. osób, a w następnych latach wskaźnik ten spada do 5 proc. rocznie. Najnowsze badania, opublikowane w 2009 r., pokazują, że odsetek zgonów jest obecnie na poziomie 3 proc. – Polska kardiologia odnosi sukces i tak też jest postrzegana w Europie – podkreślał prof. Witold Rużyłło.

W konferencji wzięli udział m.in.: prezes Zarządu Głównego PTK prof. dr hab. Zbigniew Kalarus oraz dotychczasowi prezesi Towarzystwa: prof. Janina Stępińska, prof. Waldemar Banaś, prof. Adam Torbicki, prof. Andrzej Cieślowski, prof. Michał Tendera oraz prof. Witold Rużyłło, a także krajowi konsultanci w dziedzinie kardiologii i kardiochirurgii: prof. Grzegorz Opolski i prof. Marian Zembala. ■

20-lecie Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Ks. Józef Jachimczak CM

Duszpasterz Służby Zdrowia w latach 1994-2010

Jubileusz odbył się 15 lutego w Częstochowie przed Cudownym Obrazem Matki Boskiej Częstochowskiej, pod przewodnictwem ks. arcybiskupa Zygmunta Zimowskiego, przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia.

Warto przypomnieć, że zebranie założycielskie KSLP odbyło się podczas II Światowego Dnia Chorego 11 lutego 1994 r., w obecności znakomitego gościa kard. Fiorenzo Angeliniego, ówczesnego przewodniczącego Papieskiej Rady Duszpasterstwa, za pontyfikatu Jana Pawła II.

Zadaniem KSLP jest m.in. formacja i informacja. Formacja to regularne spotkania, przeważnie raz w miesiącu, z eucharystią i następującą po niej konferencją o tematyce: filozoficznej, etycznej i duchowej. Miały miejsce również odczyty i dyskusje w gronie ekspertów z różnych dziedzin i grup zawodowych. Za moich czasów dyskusje często dotyczyły reformy ochrony zdrowia, kas chorych. Poruszano tematy, które mają za zadanie wspierać działalność charytatywną – RES Sacra Miser (Seneca).

KSLP, mając osobowość prawną, patronuje również działalności społecznej swoich członków i zajmuje (zgodnie ze Statutem) stanowisko w wielu sprawach dotyczących stanu lekarskiego poprzez oświadczenia w mass mediach, rozmowy z parlamentarzystami i ich członkami.

W ciągu tych dwudziestu lat powstało wiele wspaniałych wydawnictw, znakomych publikacji dotyczących obrony życia, szkół rodzenia, kultury życia (dr med. Wanda Połtawska, śp. doc. Włodzimierz Fijałkowski, śp. prof. Tadeusz Chruściel, prof. Zbigniew Chłap, prof. Ludwika Sadowiska i obecna prezes dr Wanda Terlecka). To tylko niektóre nazwiska zasłużonych...

Aby być sprawiedliwym, trzeba zaznaczyć, że jesteśmy sfederowani z innymi organizacjami państwowymi lekarzy (w 1998 r. przyjęto nas do Międzynarodowej Federacji Katolickich Stowarzyszeń Lekarskich – FIAMC). Wielkim wydarzeniem jest również udział przedstawiciela dra Konstantego Radziwiła w europejskich strukturach lekarskich stowarzyszeń katolickich (FEAMC).

Uroczystości XX-lecia miały swój wspaniały finał w Auli Wyższego Seminarium Duchownego w Częstochowie, pod przewodnictwem prezes dr Wandy Terleckiej, ks. arcybiskupa Wacława Depo, który jak zawsze obdarzył zgromadzonych ciepłym i mądrym słowem, oraz opiekuna duszpasterstwa służby zdrowia z ramienia Episkopatu, ks. bp. Stefana Regmunda. W spotkaniu wzięło udział wielu lekarzy, księży duszpasterzy, kapelanów szpitali przybyłych z całej Polski. Wielu zasłużonym wręczono okolicznościowe wyróżnienia i podziękowania. Uroczystość zakończyła sesja naukowa na temat istoty życia z udziałem prelegentów: ks. prof. dra hab. Stanisława Warzeższaka, prof. dra hab. Waldemara Chrostowskiego, prof. dr hab. Aliny Midro i prof. dra hab. Józefa Zona z KUL-u.

Na koniec w imieniu własnym oraz uczestników składam na ręce Pani Prezes serdeczne słowa podziękowania za zaangażowanie i trud włożony w doskonałą organizację jubileuszowego spotkania.

Z serca życzę dalszych sukcesów zawodowych na następne jubileusze *ad multos annos*. ■

W spotkaniu wzięło udział wielu lekarzy, księży duszpasterzy, kapelanów szpitali przybyłych z całej Polski.

www.gazetalekarska.pl

Gazeta Lekarska



Więcej niż myślisz!

BIULETYN

Nr 2 (154) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IV 2014

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 21 lutego 2014 roku

UCHWAŁA Nr 1/14/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 lutego 2014 r.

w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) w związku z § 35 ust. 1 Statutu Fundacji Lekarze Lekarzom, Naczelna Rada Lekarska po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji Lekarze Lekarzom, postanawia co następuje:

§ 1.

W statucie Fundacji Lekarze Lekarzom stanowiącym załącznik do uchwały nr 7/11/VI z dnia 13 maja 2011 r., zmienionym uchwałą nr 24/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom, wprowadza się następujące zmiany:

1. Po § 8 Statutu Fundacji dodaje się § 8A o następującym brzmieniu:

§ 8A

1. Fundacja prowadzi działalność pożytku publicznego w formie odpłatnej i nieodpłatnej.

2. Odpłatna działalność pożytku publicznego może być prowadzona w zakresie:

a) pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana (PKD 86.90.E)

b) Pomoc społeczna z zakwaterowaniem zapewniająca opiekę pielęgniarską (PKD 87.10.Z)

c) Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych (PKD 87.30.Z)

d) Pozostała pomoc społeczna z zakwaterowaniem (PKD 87.90.Z)

3. Nieodpłatna działalność pożytku publicznego może być prowadzona w zakresie:

a) Pozostałe pozaszkolne formy edukacji, gdzie indziej niesklasyfikowane (PKD 85.59.B)

b) działalność wspomagająca edukację (PKD 85.60.Z)

c) Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych (PKD 88.10.Z)

d) Pozostała pomoc społeczna bez zakwaterowania, gdzie indziej niesklasyfikowana (PKD 88.99.Z)

e) Pozostała działalność związana ze sportem (PKD 93.19.Z),

2. § 14 Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

§ 14.

Fundacja nie może:

1) udzielać pożyczek lub zabezpieczać zobowiązań majątkiem Fundacji w stosunku do członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz osób, z którymi członkowie organów i pracownicy pozostają w związku małżeńskim, we wspólnym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej oraz pokrewieństwa czy powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki

lub kurateli, zwanych dalej „Osobami bliskimi”,

2) przekazywać majątku Fundacji na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich „Osób bliskich”, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, w szczególności jeżeli przekazanie to następuje bezpłatnie lub na preferencyjnych warunkach,

3) wykorzystywać majątku na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich „Osób bliskich”, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, chyba że to wykorzystanie bezpośrednio wynika ze statutowego celu Fundacji,

4) dokonywać zakupu towarów lub usług od podmiotów, w których uczestniczą członkowie jej organów lub pracownicy oraz ich „Osoby bliskie”, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich lub po cenach wyższych niż rynkowe.

3. § 18 Statutu otrzymuje następujące brzmienie:

§ 18.

1) Radę Fundacji tworzy 3 członków, powoływanych i odwoływanych w drodze uchwały przez Naczelną Radę Lekarską.

2) Na członka Rady Fundacji może być powołana osoba, która:

a) nie jest członkiem Zarządu Fundacji, nie pozostaje z członkiem Zarządu w związku małżeńskim, we wspólnym pożyciu, w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub podległości służbowej,

b) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub przestępstwo skarbowe,

c) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,

d) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Radzie Fundacji.

4. § 27 Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

§ 27.

Na członka Zarządu Fundacji może być powołana osoba, która:

a) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub przestępstwo skarbowe,

b) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,

c) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Zarządzie Fundacji.

§ 2.

Przyjmuje się tekst jednolity statutu Fundacji Lekarze Lekarzom w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 1/14/VI NRL z dnia 21.02.2014 r. znajduje się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

**UCHWAŁA Nr 2/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności: 1) § 8 ust. 1 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 14 marca 2013 r. w sprawie kas rejestrujących (Dz.U. 2013, poz. 363) w zakresie w jakim zobowiązuje lekarzy i lekarzy dentystów do ujawniania w treści paragonu fiskalnego danych objętych tajemnicą zawodową, o której mowa w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z art. 47, art. 49, art. 51 ust. 2 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, 2) § 8 ust. 1 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 14 marca 2013 r. w sprawie kas rejestrujących (Dz.U. 2013, poz. 363) w zakresie w jakim zobowiązuje lekarzy i lekarzy dentystów do ujawniania w treści paragonu fiskalnego danych objętych tajemnicą zawodową, z art. 40 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do sporządzenia i złożenia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 3/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o orzeczenie, że:

I. Artykuł 39 zd. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95, 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645, 1650) w części określonej słowami „z zastrzeżeniem art. 30” jest niezgodny z art. 2, art. 53 ust. 1 oraz art. 65 ust. 1 w zw. z art. 30 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz z art. 18 ust. 1 i 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r. w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo, że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
- a w przypadku nieuwzględnienia wniosku w ww. zakresie – o orzeczenie, że:

Artykuł 30 w związku z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95, 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645, 1650) w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnych z jego sumieniem świadczeń zdrowotnych, niebędących świadczeniami leczniczymi (służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia) jest niezgodny z art. 2, art. 53 ust. 1 oraz art. 65 ust. 1 w zw. z art. 30 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz z art. 18 ust. 1 i 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r.

II. Artykuł 39 zd. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95, 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645, 1650) w części określonej słowami „z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym” jest niezgodny z art. 2, art. 53 ust. 1 oraz art. 65 ust. 1 w zw. z art. 30 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem ciężar zagwarantowania uzyskania tych świadczeń u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, co czyni iluzorycznym prawo do wolności sumienia.

III. Artykuł 39 zd. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95, 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645, 1650) w zakresie w jakim zobowiązuje lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego jest niezgodny z art. 53 ust. 7 oraz z art. 2, art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

IV Artykuł 39 zd. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95, 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645, 1650) w zakresie w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, jest niezgodny z art. 53 ust. 7 oraz z art. 2, art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 4/14/P-VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

**w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu
lekarzy w 2013 r.**

Na podstawie art. 5 i art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy w 2013 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały Nr 4/14/P-VI NRL z dnia 21.02.2014 r. znajduje się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

**UCHWAŁA Nr 5/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie sprawozdania kadencyjnego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy sprawozdanie z VI kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 5 NRL z dnia 21.02.2014 r. znajduje się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

**Stanowisko 1/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw przekazanego przy piśmie pana Władysława Kosiniaka - Kamysza Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 stycznia 2014 r., znak: DUS-0210-11-DK/ES/12, przekazuje następujące uwagi:

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny jest elementem systemu ubezpieczeń społecznych, wobec tego zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego systemu należy do zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Naczelna Rada Lekarska pragnie powtórzyć postulat dotyczący przyznania osobnego wynagrodzenia lekarzom wystawiającym zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby. Nie ma żadnego

uzasadnienia, aby lekarz wykonywał czynności na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nieodpłatnie. Przesłany do konsultacji projekt ustawy nie zawiera propozycji wprowadzenia wynagrodzenia dla lekarzy za wykonywanie tych czynności ani sposobu pokrycia ze środków publicznych wydatków niezbędnych do rozpoczęcia wystawiania e-zwolnień, co samorząd lekarski ocenia krytycznie.

Odnosząc się do szczegółowych uregulowań zawartych w projekcie ustawy Rada zgłasza następujące uwagi:

1. Zaproponowane w art. 1 pkt. 13 projektu ustawy brzmienie art. 55 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przewiduje konieczność uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego wystawianego w formie dokumentu elektronicznego za pomocą kwalifikowanego certyfikatu zgodnie z ustawą o podpisie elektronicznym lub profilu zaufanego ePUAP. Wymaganie podpisywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy wyłącznie za pomocą podpisu elektronicznego lub ePUAP jest nieracjonalne, ponieważ łączy się ze zbyt dużym nakładem czasu i pracy. Należy dopuścić możliwość autoryzacji zaświadczenia lekarskiego za pomocą planowanego nowego „Prawa wykonywania zawodu lekarza” lub nowego „Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty” odpowiadającego tworzonej obecnie Karcie Profesjonalisty Medycznego.

2. Zaproponowane w art. 1 pkt. 13 projektu ustawy brzmienie art. 55a ust. 6 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zobowiązuje lekarza do wydania wydruku zaświadczenia lekarskiego w sytuacji, gdy płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego oraz gdy zażąda tego ubezpieczony. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej sporządzenie wydruku zaświadczenia należy ograniczyć jedynie do sytuacji, gdy płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego. Należy również poważnie rozważyć zasadność zwolnienia firm zatrudniających do 5 pracowników z konieczności posiadania profilu informacyjnego, co pozwoliłoby na wprowadzenie jednolitych zasad postępowania w stosunku do pacjentów, u których lekarz orzeka czasową niezdolność do pracy. Zaproponowane brzmienie art. 55a ust. 6 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie rozstrzyga sytuacji, gdy ubezpieczony jest zatrudniony w więcej niż jednym miejscu pracy i jeden z pracodawców posiada profil informacyjny, a pozostali pracodawcy profilu takiego nie posiadają. Czy w tej sytuacji lekarz ma wykonywać podwójną pracę i na użytek jednego pracodawcy sporządzać wydruk zaświadczenia, a na użytek drugiego miejsca pracy pacjenta przekazywać dane o zaświadczeniu w postaci elektronicznej? Sytuacja ta wymaga doprecyzowania w przepisach, ponieważ osoby objęte ubezpieczeniem społecznym z dwóch tytułów stanowią znaczny odsetek pacjentów.

3. Zgodnie z art. 10 projektu ustawy, zmiany dotyczące zasad wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy mają wejść w życie już 1 stycznia 2015 r. Mając na uwadze krótki termin na wdrożenie tych rozwiązań, Rada pozytywnie ocenia wprowadzenie w art. 8 projektu ustawy okresu przejściowego, w czasie którego lekarz zachowa uprawnienie do wystawiania zaświadczeń na dotychczasowych zasadach. Zastrzeżenia budzi jednak zaproponowanie w projekcie zbyt krótkiego okresu przejściowego, który ma się zakończyć już 31 grudnia 2016 r.

Wprowadzenie elektronicznych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy musi być skorelowane z wprowadzeniem obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, okres przejściowy powinien zatem trwać co najmniej tak długo, dopóki nie zostanie wprowadzony obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W chwili obecnej toczą się zainicjowane przez Ministerstwo Zdrowia prace legislacyjne zmierzające do odroczenia terminu wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do sierpnia 2017 roku. Samorząd lekarski uważa, że nie można narzucać lekarzom obowiązku wystawiania elektronicznych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy przed wprowadzeniem obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Należy wobec tego wydłużyć okres przejściowy co najmniej do sierpnia 2017 r. Najpierw lekarze muszą otrzymać narzędzia informatyczne do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, aby w tym z informatyzowanym środowisku zacząć wystawiać elektroniczne druki zwolnień lekarskich.

4. Nie sposób zgodzić się również z zaprezentowaną w uzasadnieniu projektu ustawy oceną skutków regulacji w zakresie, w jakim projektodawca zakłada, że po stronie osób wystawiających zaświadczenia lekarskie nie powstaną dodatkowe koszty. Posiadanie odpowiedniego oprogramowania oraz przeszkolenie w zakresie wystawiania zaświadczeń wymaga oczywistych nakładów. Nie budzi wątpliwości Naczelnej Rady Lekarskiej, że całość kosztów związanych z wdrożeniem nowych zasad wystawiania zaświadczeń winna zostać pokryta przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Lekarz uczestniczący w procesie wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy nie powinien ponosić żadnych kosztów związanych z wystawieniem zaświadczeń na potrzeby ZUS.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 2/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, przekazanego przy piśmie pana Adama Podgórskiego Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 6 lutego 2014 r., dostrzegając konieczność ustawowej regulacji problematyki wspomaganej prokreacji, w tym stosowania metody in vitro, stwierdza jednocześnie, że projekt ustawy w tej materii powinien być opracowany przez Radę Ministrów, co umożliwi szerokie konsultacje społeczne przyjmowanych rozwiązań. Ponadto Naczelna Rada Lekarska negatywnie odnosi się do faktu, że projektowana ustawa wprowadza możliwość tworzenia w procedurze in vitro zarodków nadliczbowych i ich selekcję preimplantacyjną, ponieważ stoi to w sprzeczności ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 12/09/V z dnia 18 września 2009 r. w sprawie proponowanych regulacji prawnych dotyczących niektórych problemów bioetycznych występujących w nowoczesnej medycynie.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 3/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 30 stycznia 2014 r. znak GMS-WP173-26/14, w pełni popiera przedmiotowy projekt.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 4/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nadesłanym przy piśmie Przewodniczącego Komisji Ustawodawczej Senatu z dnia 4 lutego 2014 r. znak BPS/KU-034/555/7/14, zgłasza następującą uwagę do przedmiotowego projektu. Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt. Projekt nie uzależnia możliwości uzyskania bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego od sytuacji majątkowej pacjenta, co może prowadzić do sytuacji, w której beneficjentem proponowanych rozwiązań będzie osoba w dobrej sytuacji majątkowej, choć pobierająca emeryturę lub rentę w wysokości nieprzekraczającej kwoty najniższej emerytury. Projekt nie wskazuje również źródeł finansowania proponowanych rozwiązań.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 1/14/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2014 r.**

w sprawie pomocy dla Ukrainy

Naczelna Rada Lekarska z troską śledzi wiadomości napływające z Ukrainy. Rada wyraża nadzieję, że wynegocjowane porozumienie między ukraińskimi władzami, opozycją i Unią Europejską zakończy krwawy konflikt, który kosztował życie kilkudziesięciu osób i umożliwi narodowi ukraińskiemu budowę w pełni demokratycznego państwa. Rada podkreśla swoje uznanie, dla postawy ukraińskich lekarzy i służb medycznych, którzy w bardzo trudnych warunkach niosą pomoc wszystkim potrzebującym.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje poparcie dla udzielania pomocy medycznej wszystkim poszkodowanym. Już teraz w polskich szpitalach znajduje się kilkunastu obywateli Ukrainy rannych podczas starć na Majdanie Niepodległości. Wiele szpitali w województwie lubelskim i podkarpackim deklaruje pełną gotowość do przyjęcia kolejnych osób poszkodowanych na Ukrainie. Naczelna Rada Lekarska apeluje do polskich służb konsularnych o ułatwienie przekraczania granicy wszystkim potrzebującym pomocy medycznej.

Rada apeluje do wszystkich lekarzy, placówek medycznych i organizacji lekarskich o podjęcie zbiórki płynów, środków opatrunkowych, leków oraz środków finansowych celem ich przekazania potrzebującym na Ukrainie.

Rada dziękuje dyrektorom szpitali, lekarzom oraz innym pracownikom służby zdrowia za gotowość do niesienia pomocy Ukraińcom, którzy ucierpieli w konflikcie. Rada podkreśla, że będzie wspierać i pomagać wszystkim zaangażowanym w ratowanie zdrowia i życia naszych ukraińskich przyjaciół.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r. o wynikach wyborów na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

na stanowisko Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014 - 2017 został wybrany lek. Maciej Hamankiewicz.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 o wynikach wyborów na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej na okres VII kadencji 2014-2017 został wybrany lek. Grzegorz Wrona.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r. o wynikach wyborów do Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014 - 2017 zostali wybrani:

1. lek. dent. Baszkowski Andrzej
2. lek. Bednarz Stefan
3. lek. Cieśliski Jan
4. lek. dent. Ciso Andrzej
5. lek. dent. Dudziński Leszek
6. lek. Dura Maria
7. lek. Dziedzic Mieczysław
8. lek. Friediger Jerzy
9. lek. Golański Ryszard
10. lek. dent. Gryko Jerzy
11. lek. Guzik Bartłomiej

12. lek. Hankiewicz Dariusz
13. lek. Janikowski Mariusz
14. lek. Jodłowski Marek
15. lek. dent. Jurczak Adam
16. lek. Kaźmierczak-Zagórska Zyta
17. lek. Kępa Ryszard
18. lek. dent. Klimkowska-Misiak Marta
19. lek. Krajewski Romuald
20. lek. Kruszewski Jerzy
21. lek. Krzyżanowski Grzegorz
22. lek. Lach Jerzy
23. lek. dent. Lella Anna
24. lek. dent. Lindorf Małgorzata
25. lek. Madej Krzysztof
26. lek. Malicki Mariusz
27. lek. dent. Małmyga Jolanta
28. lek. dent. Marczyk-Felba Alicja
29. lek. Marquardt Wojciech
30. lek. Michalik Maciej
31. lek. dent. Miękus-Pączek Ewa
32. lek. Mońdział Ryszard
33. lek. Nekanda-Trepka Ładysław
34. lek. Orlowska-Heitzman Jolanta
35. lek. dent. Porębska Halina
36. lek. Radziwiłł Konstanty
37. lek. Romańczyk Tomasz
38. lek. dent. Ruchala-Tyszel Agnieszka
39. lek. Sobczyński Stefan
40. lek. Stankiewicz Marek
41. lek. Staszak-Kowalska Radosława
42. lek. dent. Stępień Robert
43. lek. Susłowski Paweł
44. lek. Szatanek Mieczysław
45. lek. dent. Szczurko Jolanta
46. lek. Szuber Krzysztof
47. lek. Tętnowski Jacek
48. lek. Wierzbicka Jolanta
49. lek. Włodarczyk Andrzej
50. lek. Wojnar Andrzej

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r.

o wynikach wyborów na Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

- Zastępcami Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VII kadencji 2014 - 2017 zostali wybrani:
1. lek. Adamowicz Robert
 2. lek. Baranowicz Barbara
 3. lek. Bieńko Teresa
 4. lek. Bierca Jacek
 5. lek. Cymerys Maciej
 6. lek. Dybek Marceł
 7. lek. Glińska Anna
 8. lek. Hartwich Artur
 9. lek. Kidawa Elżbieta
 10. lek. Korta Teresa
 11. lek. Kuźawczyk Andrzej
 12. lek. Lubecki Krzysztof
 13. lek. Majewski Włodzimierz
 14. lek. Małecka-Kuźawczyk Krystyna
 15. lek. Małecki Janusz
 16. lek. dent. Mielcarek Wanda
 17. lek. Naze Waldemar

18. lek. Orzeł Mieczysław
19. lek. dent. Paszek Ewa
20. lek. Podolecki Andrzej
21. lek. dent. Rodziewicz-Kabarowska Marta
22. lek. Rybkiewicz Marek
23. lek. dent. Rzeszutko Ryszard
24. lek. dent. Serafinowska-Kiełczewska Anna
25. lek. Swoboda Kazimierz
26. lek. Świętowski Jan
27. lek. dent. Tarkowska Anna
28. lek. Waryszewska-Chrzastek Zofia
29. lek. Wenglarzy-Kowalczyk Wanda
30. lek. Zak Lech

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r. o wynikach wyborów do Naczelnego Sądu Lekarskiego

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

- członkami Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres VII 2014 - 2017 kadencji zostali wybrani:
1. lek. Abramowicz Roman
 2. lek. Bednorz Włodzimierz
 3. lek. Bień Stanisław
 4. lek. Bogdański Marek
 5. lek. dent. Bułko Teresa
 6. lek. Bukowski Marek
 7. lek. Bursa Janusz
 8. lek. dent. Busch Adam
 9. lek. dent. Chojnacki Zygmunt
 10. lek. Daniszewski Krzysztof
 11. lek. Förmannik Jacek
 12. lek. Gryglewski Andrzej
 13. lek. Janowski Marian
 14. lek. Jarosz Konrad
 15. lek. Juzala Ireneusz
 16. lek. Kacalak Jacek
 17. lek. Kocot Jacek
 18. lek. Kostewicz Waldemar
 19. lek. Latos Iwona
 20. lek. Lesyng-Pawłowska Grażyna
 21. lek. Łącki Wojciech
 22. 22. lek. dent. Łyczewska Mariola
 23. lek. Malarski Janusz
 24. lek. Małkowski Wojciech
 25. lek. Matkowski Jerzy
 26. lek. Matysiak Paweł
 27. lek. Miarka Jacek
 28. lek. Minowski Piotr
 29. lek. Młodzianowski Tadeusz
 30. lek. Noszarzewski Jerzy
 31. lek. Orliński Leszek
 32. lek. dent. Pędich Rafał
 33. lek. Rostoczynski Ryszard
 34. lek. Stawarz Bronisław
 35. lek. dent. Stopa Antoni
 36. lek. dent. Telega Michał
 37. lek. Wincianas Piotr
 38. lek. Wojtala Renata
 39. lek. dent. Wysocka-Miszczuk Joanna
 40. lek. Zatorski Krzysztof
 41. lek. Zelenay Wojciech
 42. lek. Zieliński Krzysztof

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r. o wynikach wyborów do Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014 - 2017 zostali wybrani:

1. lek. Chęciński Igor
2. lek. Dach Krzysztof
3. lek. Dorosz Paweł
4. lek. Fraczek Tadeusz
5. lek. Górniak Romuald
6. lek. Gruenpeter Paweł
7. lek. Kierzek Andrzej
8. lek. dent. Kotuła Jacek
9. lek. dent. Laska Piotr
10. lek. Stańczyk Ryszard
11. lek. dent. Teodorczyk Halina
12. lek. Tuszyński Krzysztof
13. lek. Wilmonska-Pietruszyńska Anna
14. lek. Zarebski Maciej
15. lek. Zatke-Witkowska Małgorzata

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ

KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 21 marca 2014 r. o wynikach wyborów do Krajowej Komisji Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Krajowej Komisji Wyborczej na okres VII kadencji 2014 - 2017 zostali wybrani:

1. lek. Buxakowska Karina
2. lek. Dura Maria
3. lek. dent. Filipowska Małgorzata
4. lek. Janikowski Mariusz
5. lek. Jodłowski Marek
6. lek. Józefowicz Sławomir
7. lek. Kardas Włodzimierz
8. lek. Kaźmierczak-Zagórska Zyta
9. lek. Klimza Małgorzata
10. lek. Malicki Mariusz
11. lek. Marchewka Krzysztof
12. lek. dent. Miękus-Pączek Ewa
13. lek. Nekanda-Trepka Ładysław
14. lek. Orlowska-Heitzman Jolanta
15. lek. Pawlikowski Tadeusz
16. lek. Sobczyński Stefan
17. lek. Susłowski Paweł
18. lek. Tuszyński Krzysztof
19. lek. dent. Tysler Łukasz
20. lek. Zmysłowska Anna

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Paweł Susłowski

**Lidia
Sulikowska**

Wygrać z bólem

W Polsce pacjenci coraz częściej i w bardziej śmiały sposób artykułują, że potrzebna jest im pomoc w walce z bólem. W przypadku dolegliwości przewlekłych o małym nasileniu wystarczają nieopiodowe leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol, niesteroidowe leki przeciwzapalne), ale w przypadku bólów silnych niezbędne jest włączenie opioidów.

Ból bólowi nie jest równy. Dla jednych ta sama dolegliwość oznaczać będzie ból na poziomie pięciu punktów (w skali od jednego do dziesięciu), a dla innych punktów trzech. – Lekarz, oceniając poziom występującego u pacjenta bólu, musi brać pod uwagę szereg różnych czynników. Ważne jest, gdzie boli, jak długo i jak natężenie dolegliwości określa sam chory. Od tego uzależniamy wdrożenie odpowiedniej terapii. Dla uśmierzania bólu o słabszym nasileniu zazwyczaj wystarczają proste, niesteroidowe analgetyki, ale gdy ból jest silniejszy i trwa długo, mogą pomóc jedynie leki opiodowe – tłumaczy dr Jarosław Woron z Kliniki Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej UJ CM w Krakowie. W przypadku wielu chorób z dużym prawdopodobieństwem można założyć współistnienie średniego lub nawet silnego bólu. Chodzi między innymi o stwardnienie rozsiane, zaawansowane choroby tkanki łącznej, duże zmiany zwyrodnieniowe, polineuropatie, AIDS, przewlekłe zapalenie trzustki, a przede wszystkim - choroby nowotworowe. – W Polsce duża grupa chorych zmaga się z bólem przewlekłym. Biorąc pod uwagę samych pacjentów onkologicznych, ból może pojawić się na każdym etapie choroby nowotworowej. Występuje u ponad połowy chorych, a w zaawansowanym stadium choroby dotyka około 2/3 z nich. U większości tych pacjentów skuteczne łagodzenie bólu jest związane z zastosowaniem silnego opiodu – ocenia dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej. Tu jednak zaczynają się problemy. Okazuje się, że w naszym kraju wciąż zbyt rzadko ordynuje się leki opiodowe, a ból przewlekły, na który skarżą się pacjenci, jest w wielu przypadkach leczony nieskutecznie. To z kolei oznacza nie tylko cierpienie, ale także pogorszenie ich kondycji psychicznej – chorzy mogą stać się agresywni lub popadać w depresję, wycofując się z życia społecznego.

Opioidofobia

Opioidów boją się zarówno lekarze, jak i pacjenci. – W Polsce można mówić wręcz o zjawisku opioidofobii. Wszystkim potrzebna jest ogromna kampania edukacyjna, która zmieni postrzeganie tej grupy leków przeciwbólowych – zauważa dr Woron. Dlaczego pacjent boi się opiodu? Ta terapia kojarzy im się z uzależnieniem oraz licznymi skutkami ubocznymi. Ponadto pokutuje myślenie, że na opiody przyjdzie jeszcze czas, bo przecież przeznaczone są one dla pacjentów ter-

minalnych. Kiedy jednak chorzy są poddawani takiej terapii, widzą jej ogromne zalety. – Trzeba tłumaczyć, jak te leki działają, informować o skutkach ubocznych, ale też o ich skuteczności w terapii, aby przezwyciężyć strach przed opiodami – radzi dr Ciałkowska-Rysz.

Opioidofobia dotyczy też środowiska lekarskiego. Jak pokazują wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów chorych na nowotwory i ich bliskich* przez Fundację Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”, terapia przeciw bólowi nie zawsze jest skutecznie prowadzona. Okazuje się, że zdarzały się odpowiedzi badanych świadczące o odmowie leczenia bólu ze strony lekarzy. Jak argumentowano odmowę wypisania recepty na opiod? Na przykład tak: „brak wykwalifikowanego personelu do wypisania recepty”, „trzeba nauczyć się z tym żyć”, „rak musi boleć”. Dlaczego tak się dzieje? – Wielu lekarzy boi się przepisywać leki opiodowe. Boją się tego, czego boją się pacjenci, czyli głównie uzależnienia, poza tym kojarzą opiod jako lek, który przepisuje się pacjentowi terminalnemu. Tymczasem tego typu leki powinno się zalecać chorym już w momencie, kiedy są jeszcze zdolni być aktywni w pracy i w życiu osobistym, bo dzięki nim będą mogli funkcjonować w społeczeństwie – uważa dr Jarosław Woron.

Problemy

Brakuje też wiedzy, jak wdrażać opiody, dlatego część lekarzy po prostu takiej terapii nie stosuje, czy wręcz w ogóle nie biorą jej pod uwagę. – W naszym kraju stosuje się bardzo dużo niesteroidowych leków przeciwzapalnych, a za mało opiodów. Większość lekarzy po prostu nie potrafi leczyć bólu, poza niewielkim gronem specjalistów. Wielu lekarzy nie wie, kiedy i jak dawkować opiody – podkreśla dr Ciałkowska-Rysz. I dodaje, że w przypadku silnych leków opiodowych każda terapia powinna być ustalana indywidualnie. Dodatkowo takie leczenie wymaga umiejętności minimalizowania działań niepożądanych, które przy przyjmowaniu tej grupy leków mogą wystąpić. Pojawiają się między innymi ciężkie zaparcia, nudności, wymioty, senność. Pacjenci onkologiczni zapytani przez Fundację Koalicja na Rzecz Walki z Bólem o to, jaki skutek uboczny jest najbardziej dokuczliwy, najczęściej wymieniają te w obszarze układu żołądkowo-jelitowego, nazywane zespołem poopiodowej dysfunkcji jelit. Często z powodu tych dolegliwości chorzy trafiają do szpitala i muszą być poddawani dehumanizującym

W przypadku wielu chorób z dużym prawdopodobieństwem można założyć współistnienie średniego lub nawet silnego bólu.

procedurom medycznym (ręczna ewakuacja mas kału z odbytnicy, operacja kamieni kałowych połączonych z hospitalizacją).

– Terapia opioidami nie jest łatwa, dlatego w programach studiów medycznych, a także w programach różnych specjalizacji lekarskich, powinno się więcej czasu poświęcać na zagadnienia walki z bólem i medycyny paliatywnej. Każdy lekarz powinien mieć podstawową wiedzę w tym zakresie, niezależnie od rodzaju specjalizacji – uważa dr Ciałkowska-Rysz. Dodaje, że problemem w wypisywaniu leków opioidowych jest też to, nadal musi być on wypisany na specjalnej recepcie (choć już w kolorze białym, a nie różowym), a samo wypisywanie jest skomplikowane i wymaga zaangażowania większej ilości czasu. Jednak jeśli lek został zlecony przez specjalistę, to innym lekarzom zapewne łatwiej będzie kontynuować terapię, którą opracował ktoś inny, niż samodzielnie ją wdrażać.

Wyjście awaryjne

Zdaniem dr Ciałkowskiej-Rysz, jeśli lekarz boi się ordynować opioid lub po prostu nie radzi sobie z bólem swojego pacjenta, powinien go skierować do poradni leczenia bólu lub placówki medycyny paliatywnej. W Polsce mamy około 250 lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, którzy pracują zgodnie z tą specjalizacją, ponad 100 lekarzy w trakcie specjalizacji, do

tego dochodzą osoby po odpowiednich szkoleniach. Działa też sporo jednostek ochrony zdrowia, w których pacjent zmagający się bólem może uzyskać pomoc, ale problemem jest nierównomierna dostępność. W jednych województwach jest lepiej (np. woj. śląskie, dolnośląskie, łódzkie), w innych zdecydowanie źle. – Problemem jest też niskie finansowanie przez NFZ tych świadczeń, zresztą znacznie zróżnicowane w poszczególnych województwach – informuje dr Ciałkowska-Rysz.

Czy takie placówki cieszą się popularnością wśród pacjentów? – Zdarzają się miejsca, gdzie nie w pełni są zrealizowane kontrakty. Medycyna paliatywna kojarzy się z czymś ostatecznym. Chory nie korzysta ze skierowania do takiej poradni, bo uważa, że na to ma jeszcze czas. I tu widzę ogromną rolę lekarza, aby wytłumaczyć, dlaczego kieruje pacjenta do takiej poradni – dodaje.

Problem walki z bólem jest niezwykle ważny, bo na tym polu jest zbyt dużo braków i bardzo wiele do poprawienia. Życie cierpiącego przewlekle człowieka zamienia się w koszmar. Bez odpowiedniej pomocy lekarzy nie poradzi sobie z problemem, nawet przy największym wsparciu najbliższych... ■

* Badanie – ankiety wypełnione podczas bezpłatnych warsztatów edukacyjnych organizowanych przez Koalicję na Rzecz Walki z Bólem dla pacjentów cierpiących z powodu bólu nowotworowego oraz ich bliskich. Terminy i miejsca spotkań: 28.11.2013 r. w Warszawie i 24.01.2014 w Łodzi.

Terapia opioidami nie jest łatwa, dlatego w programach studiów medycznych, a także w programach różnych specjalizacji lekarskich, powinno się więcej czasu poświęcać na zagadnienia walki z bólem.



Dane dotyczące opieki paliatywnej na świecie z raportu WHO/WPCA na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.

**Maria
Domagała**

Różne strony migracji kadr

Mobilność pracowników wpływa na funkcjonowanie krajowych systemów ochrony zdrowia. Może wzmacniać te systemy lub je osłabiać – i dotyczy to zarówno kraju wyjazdu, jak i przyjazdu.

Po rozszerzeniach Unii Europejskiej po 2004 r. ruch kadr medycznych między krajami odbywa się głównie ze wschodu na zachód. Migracja pracowników medycznych istniała jednak zawsze. W niemieckim sektorze zdrowia zatrudnionych jest ponad 5 proc. cudzoziemców, w Belgii i Szwecji 11–18 proc., a w Irlandii i Wielkiej Brytanii jeden na trzech lekarzy został wykształcony za granicą; te dwa ostatnie kraje wraz z USA, Nową Zelandią, Kanadą i Australią należą do najważniejszych celów światowych migracji. Występuje też ruch kadr medycznych między krajami sąsiedzkimi. Prawie po równo wymieniają się nimi Niemcy i Austria, personel belgijski przemieszcza się do Francji i Holandii, rzadko odwrotnie. Włosi wybierają Austrię. Bardzo mało zagranicznych lekarzy (poniżej 1 proc.) pracuje w Estonii, Słowacji i Polsce.

Nie ma drenażu

Po 2004 r. najwięcej przyjazdów notowały Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy i Austria – przybywali lekarze i pielęgniarki z Polski, Rumunii, Węgier i Słowacji. Jednak wbrew przewidywaniom rozszerzenie nie spowodowało „wyssania” przez kraje dawnej UE pracowników medycznych z nowej UE, nie nastąpił drenaż mózgów. Choć początkowo skala migracji rzeczywiście wzrosła, to po pierwszym szczycie zwykle malała. Powód: w niektórych krajach poprawiły się warunki zatrudnienia i wzrosły zarobki, co osłabiło motywację do wyjazdów. W Estonii, Polsce i Litwie obserwuje się powroty.

Zmienia się też charakter wyjazdów. Obecnie coraz częstsza jest praca krótkoterminowa – w weekendy, na kontraktach tygodniowych lub miesięcznych. W Estonii charakterystyczne są wyjazdy do Szwecji, Finlandii i Norwegii w ciągu tygodnia i powrót do domu na weekend. Ciekawym zjawiskiem jest tzw. easyjet – krótkookresowe zatrudnianie się w Wielkiej Brytanii dentystów i GP, którzy korzystają z przelotów tanimi liniami. Wielu lekarzy z Rumunii, Słowacji i Polski podejmowało w Belgii kontrakty jako GP lub na zastępstwo. Pielęgniarki zatrudniają się w niemieckich i austriackich zakładach opieki długoterminowej, często nieformalnie.

Źródłem kadr w krajach Unii są głównie inne kraje Unii: tak jest w Austrii, Belgii, Włoszech, Francji, np. w tej ostatniej 66 proc. zagranicznych lekarzy pochodziło z UE. Niektóre kraje pozyskują pracowników także spoza UE, np. Niemcy z Turcji, Finlandia z Rosji. W Wielkiej Brytanii 27 proc. lekarzy pochodzi z krajów Commonwealthu, ale to się zmienia: o ile w 2004 r. ponad 5 tys. przybyło z Azji, to w 2008 r. już tylko 1700, zaś odsetek lekarzy z UE wzrósł w tym czasie

z 6 proc. do 9 proc. W Hiszpanii w 2008 r. 80 proc. nowo zarejestrowanych lekarzy pochodziło spoza Europy, głównie z Ameryki Łacińskiej. We Francji w 2009 r. 36 proc. nowo zarejestrowanych lekarzy przybyło z Afryki Północnej. Austria ma około 8 proc. lekarzy z krajów arabskich. W Słowenii pracują lekarze głównie z krajów południowosłowiańskich.

Co ciekawe, najważniejsze kraje docelowe (Austria, Włochy, Niemcy, Wielka Brytania) też obserwują odpływ kadr, np. z Austrii do Niemiec w 1988 r. wyjechało 260 pracowników medycznych, a w 2007 r. – 1613, Niemcy w 2000 r. opuściło 1000 lekarzy, a w 2008 r. – 3000; udawali się głównie do Szwajcarii, USA, Wielkiej Brytanii. Włoscy lekarze jeżdżą do Niemiec i Wielkiej Brytanii. Ta ostatnia przyjmuje najwięcej lekarzy z zagranicy – i traci swoich, lecz znacznie mniej.

Czynnik finansowy najważniejszy

Badania pokazują, że kluczową motywacją migracji są finanse – i dotyczy to nie tylko nowych obywateli UE. Z tego powodu francuskie pielęgniarki wyjeżdżają do Niemiec i Szwajcarii, Słowacy do Austrii, Serbowie do Słowenii, Belgowie do Holandii lub Francji. Następny ważny powód to warunki pracy: tryb zatrudnienia, relacje zawodowe, dostęp do dobrej infrastruktury. Korzystniejsze godziny pracy przyciągają Austriaków do Niemiec, a Hiszpanów do Portugalii lub Francji; belgijskim pielęgniarkom odpowiadają przyjazne relacje w Holandii; lekarze słowaccy i tureccy cenią zaawansowanie technologiczne w Austrii. Kluczowym motywatorem dla Belgów do pracy w Holandii i Austriaków w Niemczech są większe możliwości rozwoju zawodowego. Dla Polaków przed specjalizacją ważne jest, że w Niemczech nie czekają na miejsca stażowe. Nieeuropejscy lekarze i studenci medycyny znajdują we Francji renomowane zespoły naukowe i edukację w lepiej wyposażonych szpitalach, a Rumuni w Belgii specjalizację, których w ich kraju nie ma. Na brak możliwości rozwoju kariery narzekają lekarze we Włoszech i Hiszpanii, gdzie jest nadprodukcja kadr medycznych. Motywatorem bardzo często jest wyższy status społeczny, np. dla pielęgniarek polskich, słowackich, ale też niemieckich.

Korzyści dla jednych...

Kraje docelowe czerpią z migracji ewidentne korzyści. We Francji lekarze spoza Europy zajmują wakaty w publicznych szpitalach, w „trudnym” terenie, obsługują deficytowe specjalności: psychiatrię, pediatrię, anestezjologię. Zagraniczni lekarze uzupełniają brak kadr w słabiej zaludnionych wschodnich landach niemieckich, w Estonii Rosjanie pracują na terenach zamieszkałych

Choć początkowo skala migracji rzeczywiście wzrosła, to po pierwszym szczycie zwykle malała. Powód: w niektórych krajach poprawiły się warunki zatrudnienia i wzrosły zarobki, co osłabiło motywację do wyjazdów. W Estonii, Polsce i Litwie obserwuje się powroty.

przez ludność rosyjskojęzyczną. Cudzoziemcy wypełniają luki w publicznej służbie zdrowia Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Niemiec, Austrii, Włoch.

Ale kraje, z których kadra wyjeżdża, mają problem. Na Węgrzech zaburzona jest równowaga systemu, w Rumunii, gdzie jest najmniej lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców, wyjazdy pozbawiają opieki ludność wiejską. W Polsce brakuje anestezjologów (19 proc.) oraz lekarzy intensywnej terapii (13 proc.) – tych też najwięcej wyjechało. W Belgii wyjazdy psychiatrów dziecięcych do Holandii wytworzyły deficyt tej specjalności.

Mobilność kadr wpływa na jakość opieki zdrowotnej. Cudzoziemcy często zatrudniani są w trudniejszych warunkach (nocne zmiany, gorsze godziny), na nieuregulowanych zasadach (w opiece domowej w Niemczech, Włoszech, Austrii). Nieodpowiednie warunki i niewystarczająca znajomość języka to ryzyko dla pacjentów. Dlatego np. organizacje zawodowe w Wielkiej Brytanii wprowadziły mechanizmy wyrównujące poziom wykształcenia, kwalifikacji oraz znajomości języka.

... straty dla drugich

Straty spowodowane odpływem kadr trudno oszacować. Wiadomo, że np. Serbię i Czarnogórę wykształcenie specjalistów, którzy wyemigrowali, kosztowało 9–12 mld dolarów. Słowacja, by uniknąć takich strat, wprowadziła obowiązek pracy w kraju po studiach lub zwrot kosztów nauki w razie wyjazdu. W Belgii studiuje Francuzi i Holendrzy, którzy potem wracają do siebie – zabierają zatem miejsca Belgom. Niemiecycy lekarze zajmują staże specjalizacyjne austriackim, a 36 proc. słuchaczy studiów podyplomowych w Hiszpanii to głównie obywatele Ameryki Południowej, z których wielu wraca do siebie.

Są też inne skutki mobilności kadr. Kraje przyjmujące uzależniają się od poziomu przygotowania specjalistów z zagranicy oraz od tego, czy zadomowią się i zintegrują. To, że polscy lekarze latają do Irlandii w weekendy, by leczyć tamtejszych Polaków, umacnia ich wyobcowanie i opóźnia integrację. Dlatego np. Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy starają się integrować zagranicznych profesjonalistów z miejscową praktyką, językiem i kulturą.

W Finlandii w latach 2004–2008 połowa nowo wydanych certyfikatów zawodowych dentystów i 1/4 lekarzy trafiła do cudzoziemców, w Hiszpanii w 2007 r. liczba dyplomów GP dla osób zagranicznych była o 40 proc. wyższa niż dla Hiszpanów, w Wielkiej Brytanii 42 proc. nowo zarejestrowanych lekarzy w 2008 r. było wykształconych za granicą. Takie proporcje stwarzają zagrożenie dla krajowych systemów, gdyż oznaczają dalsze migracje. Bezpieczniejsze więc wydaje się poleganie na rodzimym personelu.

Śledzić tendencje i reagować

Informacje o mobilności personelu medycznego są ważne dla każdego systemu ochrony zdrowia – pomagają lepiej szacować i planować zapotrzebowanie na kadry, zapobiegać utracie specjalistów, podejmować adekwatne decyzje kadrowe. Większość krajów nie posiada dokładnych danych dotyczących ruchów kadr

medycznych. Trudno więc prognozować, można tylko śledzić tendencje i reagować doraźnie, co odbywa się w dwojaki sposób. Jeśli system ma luki, przy pomocy odpowiedniej polityki rekrutacyjnej przyciąga profesjonalistów z zagranicy albo też stosuje taktykę samowystarczalności – zaspokaja potrzeby, wykorzystując krajowe zasoby. W obu przypadkach konieczne jest określenie potrzeb zdrowotnych oraz liczby i kompetencji personelu, a także dostosowywanie systemu kształcenia. Poszczególne kraje stosują różne instrumenty; niektóre realizują programy międzypaństwowe do zarządzania mobilnością: dwustronne umowy, wymianę kadr, wsparcie edukacyjne (np. współpraca Francji z krajami północnej Afryki), uproszczenie wzajemnego uznawania dyplomów (między Belgią i RPA, w krajach skandynawskich), aktywną rekrutację (Niemcy w Chorwacji wobec pielęgniarek). Wielka Brytania i Austria przyjęły kodeks rekrutacji zagranicznej zobowiązując się do ograniczenia zatrudniania pracowników z krajów mających deficyty. Litwa zaś postawiła na samowystarczalność: od 2005 r. przez kilka lat podnoszono tam o 20 proc. rocznie pensje lekarzy i pielęgniarek. Zwiększyło to zainteresowanie studiami, powstrzymało emigrację i odchodzenie do lepiej płatnych zawodów. Inne działania to poprawa warunków pracy, modernizacja infrastruktury, zachęty dla podejmujących pracę w niedofinansowanych obszarach, elastyczne zatrudnienie i zasady przechodzenia na emeryturę. Najbardziej wszechstronne działania prowadzi Wielka Brytania.

Polsce migracja szkodzi niezbyt poważnie

W Polsce po przyjęciu do UE wyjazdy lekarzy i pielęgniarek nasiliły się. Jednak migracja, choć widoczna, nie jest tak duża, by poważnie zaszkodzić systemowi. Dokładna skala nie jest znana, opiera się na liczbie wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do podjęcia pracy w innych krajach UE (wg raportu Ministerstwa Zdrowia z 2009 r. wystąpiło o nie 3 proc. lekarzy, 3,6 proc. dentystów i 1,2 proc. pielęgniarek i położnych).

Problemem jest to, że Polska traci specjalistów na rzecz innych krajów, chociaż liczba personelu w proporcji do mieszkańców należy do najniższych w UE (lekarze 22/1000, pielęgniarki 71/1000). Braki kadrowe dotyczą głównie tych specjalistów, których wyjechało najwięcej: anestezjologii, intensywnej terapii, medycyny ratunkowej.

Główne kierunki wyjazdów to Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy i kraje skandynawskie, czemu sprzyja polityka tych krajów. Deklarowane przyczyny migracji: niskie zarobki, trudne warunki pracy, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego w kraju, a za granicą nadzieja na wyższą płacę i większy prestiż zawodowy.

Władze nie działają zbyt aktywnie w celu zatrzymania kadr. Stosuje się środki finansowe (np. tzw. ustawa 203); ostatnie lata przyniosły istotny wzrost wynagrodzeń, zwłaszcza lekarzy. Określa się też limity przyjęć na studia i listy specjalizacji priorytetowych. Zagranicznych pracowników medycznych w Polsce jest niewielu. Istotną barierą stanowi język, przyjeżdżają więc głównie Słowianie, zwykle z krajów o PKB niższym niż polski. ■

Problemem jest to, że Polska traci specjalistów na rzecz innych krajów, chociaż liczba personelu w proporcji do mieszkańców należy do najniższych w UE.

Korzystałam m.in. z: Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries. Seria European observatory on health systems and policies (2011) oraz raportu MZ Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej (2009).



**Joanna
Sokołowska**

Nie wiem, jak wygląda świat widziany z okien ministerstwa na warszawskiej ulicy Miodowej. Domyślam się, że jest nieco inny niż „równina mazowiecka, rozpostarta szeroko” widziana z okna wiejskiego ośrodka zdrowia, w którym przyszło mi kiedyś pracować.

Pediatryczny coming out

To jest raport szpiegowski. Powstał po serii reformatorskich nawoływań do sanacji podstawowej opieki medycznej, drogą wprowadzenia w jej szeregi pediatrów i internistów.



FOTO: Shutterstock

Właściwie redaktor Golański powinien go dostać ode mnie na mikrofilmie, w skrytce przyklejonej gumą do żucia do krzesła w poczekalni jakiejś przychodni, urzędu lub ministerstwa. Ale niech tam! Dość mam podwójnego życia!

Dwa razy w tygodniu zamieniam szpitalny kitel na fartuch lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dzięki szeroko zakrojonej akcji medialnej z udziałem odpowiednich ministerstw i towarzystw naukowych zdałam sobie wreszcie jasno sprawę z tego, że jestem wtedy szpiegiem. I powiem, jak filmowy wielbiciel wstrząśniętego Martini: od kilkunastu lat jestem pediatrą, lekarzem pediatrą. I inwigiluję lokalne środowisko lekarzy rodzinnych. Prawdopodobnie za ich zgodą. Kamuflaż mam słaby: nieuchronnie następujące zmiany charakterologiczne, typowe dla „lekarza dzieciennego”, maciupki, w porównaniu ze słuchawą „rodzinnego”, stetoskopik, kolorowe mankieci do pomiaru ciśnienia i kompulsywny odruch głaskania po głowie pacjenta. Przecież niemożliwe, żeby tego nie zauważyli! Tylko czekać, gdy któregoś dnia ktoś z sąsiedniego gabinetu, posiadający specjalizację

z medycyny rodzinnej, zawoła: „mamy kreta!” i skaże mnie na wieczną banicję.

W poradniach podstawowej opieki medycznej jest nas wielu czy raczej wiele – bo większość z prawie piętnastotysięcznej rzeszy pediatrów to kobiety – prawdziwa siatka szpiegowska! Jako statystyczny przedstawiciel zawodu dodam jeszcze, że chciałybyśmy być jak Mata Hari, choć częściej bywamy jak Jan Piszczyk – ten, który miał zezowate szczęście... I tylko tym mogę wytłumaczyć sobie to, iż minister i jego eksperci nie zauważyli naszej dotychczasowej obecności w podstawowej opiece. Nie zauważyli lub zlekceważyli – w obu przypadkach poinformowali opinię publiczną, że dzieci są medycznie zaniedbywane. Lekarze rodzienni szybko zareagowali, broniąc swojego dobrego imienia i rozpoczęła się może niezbyt żarliwa, ale za to skutecznie antagonizująca kolejne grupy medyków dyskusja. Z jednej strony padają argumenty konieczności patrzenia na dziecko „pediatrycznym” okiem, z drugiej obrona idei holistycznej opieki medycznej nad całym środowiskiem rodzinnym. Sami

zainteresowani – lekarze, co ważne, niebędący pracodawcami, politykami czy urzędnikami – przysłuchują się tym rozważaniom z pewnym zdumieniem i zażenowaniem. Pediatrzy, zresztą podobnie jak interniści, pracują wszak w POZ ramię w ramię z lekarzami rodzinnymi, uzupełniając się raczej niż konkurując ze sobą.

Nie wiem, jak wygląda świat widziany z okien ministerstwa na warszawskiej ulicy Miodowej. Do myślałam się, że jest nieco inny niż „równina mazowiecka, rozpostarta szeroko” widziana z okna wiejskiego ośrodka zdrowia, w którym przyszło mi kiedyś pracować. Prawdopodobnie dolegliwości, z jakimi zgłaszają się pacjenci, przybywający do lekarza jedyną w Polsce linią metra, są podobne do tych, które gnębią podróżujących do „ośrodka” gminną drogą o trójcyfrowym numerze. I, choć nie mam na to żadnego potwierdzenia, pokusiłabym się o twierdzenie, że i jedni, i drudzy spotykają się z podobnym poziomem porad w zakresie podstawowej opieki (udzielanych przez lekarzy rodzinnych i pediatrów). Różnice zaczynają się wówczas, gdy dziecko wymaga poszerzenia zakresu diagnostyki. Dzięki wieloletniej polityce Narodowego Funduszu Zdrowia ambulatoryjna opieka specjalistyczna oddaliła się o lata świetlne od pacjenta pediatrycznego, mieszkającego poza ośrodkiem klinicznym. Jej centralizacja, odbywająca się pod hasłami zapewnienia wysokiego poziomu porady, doprowadziła do tego, iż dla wielu pacjentów stała się ona niedostępna, choćby z powodu barier komunikacyjnych.

Ponieważ destrukcja pediatrycznych poradni specjalistycznych wydaje się być, przynajmniej przy obecnym modelu reglamentacji kształcenia podyplomowego lekarzy, nieodwracalna, w nowomowie pseudoreformy opieki zdrowotnej pojawiło się nowe wytrych: rozszerzenie kompetencji lekarza pierwszego kontaktu. Trzymając się definicji słownikowej, kompetencje to „wiedza teoretyczna i umiejętność praktyczna, wyróżniająca daną osobę łatwością sprawnej, odpowiadającej oczekiwaniom jakościowym, realizacji danych zadań”. Obawiam się, że rozporządzeniem ministra nie da się poszerzyć z dnia na dzień niczych kompetencji... Można oczywiście, i to kryje się pod lotnym reformatorskim sloganem, zwiększyć mu możliwości, dając przyzwolenie na wykonywanie większego zakresu badań i procedur. To jednak pociąga za sobą konieczność zwiększenia nakładów finansowych. Bez tego nie ulegnie poprawie – ani jakość udzielanej porady, ani kompetencje lekarza jakiegokolwiek specjalności.

W tle tej dyskusji uważny i zorientowany w temacie obserwator odnajdzie to, co stanowi jej właściwy sens – zniesienie zasady obowiązkowej obecności lekarza specjalizującego się w medycynie rodzinnej w zespole podstawowej opieki zdrowotnej, co może w przyszłości pociągnąć za sobą naturalną śmierć tej dziedziny na naszym rynku zdrowia. Pytanie tylko, czy na pewno odbędzie się to bez szkody dla pacjenta – zwłaszcza tego, który mieszka z dala od dużego ośrodka medycznego. ■

Jako statystyczny przedstawiciel zawodu dodam jeszcze, że chcielibyśmy być jak Mata Hari, choć częściej bywamy jak Jan Piszczek – ten, który miał zezowate szczęście...



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Pożegnanie na przedwiośniu

Podczas przedwiosennego marcowego dnia na cmentarzu na Dołach uczestniczyłem w pożegnaniu dra Remigiusza Ajnenkiela, niezwyklej postaci łódzkiej stomatologii.

Zaraz po wojnie był współtwórcą legendarnej PaL-MA (Pomoc Lekarska dla Młodzieży Akademickiej) i jej wieloletnim lekarzem. Potem przez długie lata ordynował we własnym gabinecie o poziomie leczenia, spręcie i renomie daleko odbiegającej od niechętniej prywatnym poczynaniom socjalistycznej służby zdrowia.

W latach osiemdziesiątych w Teatrze Wielkim odbywał się Międzynarodowy Kongres Stomatologiczny. Jego organizator prof. dr Włodzimierz Józefowicz prosił, abym w gronie artystów przyszedł na bankiet po galowym koncercie. Dołączył do nas dr Ajnenkiel, bo zgubił zaproszenie, a z nami czuł się najlepiej. Przecież prawie wszyscy najważniejsi śpiewacy, muzycy i tancerze byli jego zaprzyjaźnionymi pacjentami.

Witając nas, prof. Józefowicz wykrzyknął: „Remigiuszu! Ty w delegacji artystów?”. Nasz przyjaciel spoważniał i natychmiast oświadczył: „Drogi Włodzimierzu, czy ty nie słyszałeś, że aby przyspieszyć upadek komuny, postanowiłem przestać być dentystą i obecnie śpiewam „Va pensiero” w chórze Teatru Wielkiego? Dyrektor mnie ceni i obiecał, że wkrótce zostanę solistą!”.

Był wspaniałym fachowcem, ale jeszcze większym oryginałem z zachwycającą fantazją i poczuciem humoru. Leczył zęby kilku generacji łódzkich gwiazd operowych: Kuźmińskiej, Majaka, Rudnickiej, Malczewskiego, Olginy, Kamińskiego. Szczególnie adorował Delfinę Ambroziak i Ewę Wycichowską, a niezwykłą sympatią darzył Ewę Karaśkiewicz w roli Racheli w „Żydówce”.

U progu młodości w tragicznych dniach okupacji wstąpił do Armii Krajowej. Działał w sekcji Stanisława Miłka, nota bene swego wujka i przyjął pseudonim „Remi”. W lipcu 1944 r. gestapo aresztowało całą rodzinę: matkę, ojca, siostrę Leokadię. Przetrzymano i maltretowano ich na Radogoszczu, a potem w obozach koncentracyjnych Terezina i Gross-Rosen. Tam po

raz pierwszy zetknął się ze stomatologią, jako więzień, asystując obozowemu dentyście. Wtedy za wszelką cenę postanowił przeżyć i po wyzwoleniu ukończyć studia na Akademii Medycznej w Łodzi.

W latach pięćdziesiątych ożenił się z wytworną, elegancką i urodziwą damą. Przypłynęła statkiem z Havru do Gdyni (tak się wówczas podróżowało z Francji), aby odwiedzić rodzinę. Od dzieciństwa była paryżanką, działała w ruchu oporu. Z domu Miłkówna, jej ojciec miał dwóch braci: Stanisława – oficera AK, oraz Henryka – kompozytora i długoletniego organistę Klasztoru Jasnogórskiego.

Choć łączyło ich dalekie pokrewieństwo, już w porcie gdyńskim zakochali się od pierwszego wejrzenia, jako że rodzina wydelegowała przystojnego Remigiusza, aby powitać francuską kuzynkę. Ona wkrótce porzuciła wszystko i wszystkich, co łączyło ją z Francją, pozostając w Łodzi w najcięższych czasach polskiego stalinizmu. Przez pół wieku tworzyli wspaniałe, kochające się małżeństwo. Często podróżowali po świecie, nieraz po powrocie tłumacząc się z tego UB. Gościli zagranicznych przyjaciół, polując namiennie w pięknych lasach wokół Łodzi. Często bywali w Operze, zapraszając do siebie ulubionych artystów. Remigiusz szczególnie sentymentalnie darzył Kazimierza Kowalskiego, z którym łączyło go rozumienie łódzkiego patriotyzmu. Niejednokrotnie przyjmowali u siebie ważnych gości zagranicznych Teatru Wielkiego, za co będę im wdzięczny do grobowej deski.

Podczas tego pożegnania na przedwiośniu z przyjaciół, szacunkiem i wdzięcznością spoglądano na znanego łódzkiego chirurga, wieloletniego przyjaciela Zmarłego, opiekuna i dobroczyńcę wielu łódzkich artystów, dra Andrzeja Klinga. Dzięki niemu ostatnie lata, miesiące i godziny Remigiusza Ajnenkiela były łatwiejsze, znośniejsze i pogodniejsze. Dziękujemy mu za to! ■

List
do redakcji

**Krzysztof
Fudalej**

lekarz

Rzecznik prasowy NRL informuje...

Przejrzałem nowy numer „Gazety Lekarskiej” i szlag mnie trafił. Oto dowiaduję się, że prezesi i wiceprezesi, byli i obecni, dyskutowali nad problemem, co grozi pacjentom, gdyby lekarze pracowali krócej w obecnym systemie i o zagrożeniach wynikających z pomysłów ograniczenia pracy lekarzy... Panowie prezesi szanowni, a ja-

kie zagrożenia wynikają dla lekarzy z ponadnormalnej i morderczej pracy w obecnym systemie? Czy panowie nie mają pojęcia, jak wygląda obecnie praca zwykłego zaharowanego, zagonionego lekarza? Zapewne panowie nie wiedzą, bo nie mają potrzeby pracować kilkadziesiąt godzin bez odpoczynku, kosztem zdrowia, rodziny,

Sto lat? Sto lat? Niech żyje, żyje? Nam?

Zapachniało skandalem, kiedy podczas odbioru nagrody na uroczystej gali publiczność odśpiewała znanej aktorce gromkie „Sto lat”. Kłopot w tym, że aktorka skończyła niedawno dziewięćdziesiąt dziewięć.

Dziennikarze relacjonujący wydarzenie nie kryli oburzenia tym nietaktem. Podejrzewam, że sama bohaterka przyjęła zdarzenie z odpowiednim dystansem. A moje podejrzenie bierze się stąd, że przyjaźniłem się z osobą, która dożyła prawie setki. I wiem, że spoglądanie na życie z perspektywy tylu lat, dystans do tego życia powiększa i skraca listę zdarzeń uznawanych za nietaktowne. Stefania z okazji swoich dziewięćdziesiątych urodzin udzielała wywiadu telewizyjnego. Na koniec dziennikarka zapytała: „Pani Stefania, a czego mogłabym pani życzyć?”. Stefania bez chwili wahania odpowiedziała: „Żebym zdrowo umarła”. „To tego pani życzę w imieniu własnym i naszych widzów”. O tych życzeniach Stefania opowiadała przez kilka następnych lat z zachwytem, twierdząc, że to jedno z najpiękniejszych, jakie kiedykolwiek usłyszała.

No więc jak sobie poradzić z niezręcznością śpiewania „Sto lat” komuś, kto skończył już dziewięćdziesiąt dziewięć? I kiedy to się niby staje niezręczne? Dziewięćdziesięciosiedmiolatkowi też teoretycznie mogłoby być przykro. Jeszcze raz zwracam uwagę, że jeżeli w ogóle, to jest to raczej niezręczne dla śpiewających niż dla adresata pieśni. Ale przecież wiadomo, że my tego nie śpiewamy dla niego (dla niej). Śpiewamy dla siebie. O czym dobitnie świadczy fragment „Niech żyje, żyje NAM”. Gdyby to miało dotyczyć szanownego jubilata, śpiewalibyśmy „Sto lat, sto lat, niech żyje, żyje SOBIE”.

Otóż zacząłbym kombinować od dziewięćdziesiątych urodzin. Ale co śpiewać? „Dwieście lat” to po pierwsze głupie, bo wszyscy wiedzą, że niemożliwe, po drugie, nie mamy pewności, czy adresat życzyłby sobie jeszcze tak długo. Kiedy prowadziłem koncert z okazji dziewięćdziesiątych urodzin pewnego wybitnego dy-

rygenta, reżyser widowiska wybrał z kłopotu, nadając mu (widowisku, nie dyrygentowi) tytuł „100 lat + VAT”. Chytry zabieg z kontekstem politycznym, bo sugeruje, że dla dobra tej szacownej postaci powinniśmy popierać politykę finansową rządu i z przyjemnością zgadzać się na podnoszenie stawki podatku o przynajmniej 1% każdego roku. Żeby jak najdłużej „żyć NAM”. Ale jest pewne niebezpieczeństwo interpretacji tych życzeń. Czy to ma być normalna stawka VAT, czyli 23%, czy też zaledwie 8% jak w przypadku „dostawy i montażu szaf wnękowych”, albo 5%, kiedy to są niektóre towary, chociażby „rośliny inne niż wieloletnie”? Mógłby się znaleźć ktoś mało życzliwy, kto wspomniałby, że przecież „usługi w zakresie kontroli lotniczego” są objęte stawką 0% VAT.

Proponowałbym urealnienie takich śpiewanych życzeń. W internecie bez problemu można znaleźć pomocne dane. Na przykład, że najstarszym żyjącym aktualnie człowiekiem jest Japonka Misao Ōkawa, która w chwili pisania tego tekstu miała 116 lat i 7 dni. Zatem jeśli chcemy komuś dobrze życzyć, śpiewajmy: „116 lat i 8 dni, 116 lat i 8 dni niech żyje, żyje nam...”. To i tak będzie dłużej od najstarszej Japonki, ale nie będzie przesady.

Zwracam się również z prośbą do bohaterów takich uroczystości. Pomóżcie tym wszystkim, którzy nie wiedzą, jak w takiej sytuacji mają się zachować. Wam wszystko wypada. Przecież wychodząc na scenę podczas uroczystej gali, możecie spokojnie powiedzieć: – Proszę państwa, gdyby państwo chcieli mi cokolwiek zaśpiewać, to proponuję następujące wersje: „Ile się da, ile się da, niech żyje, żyje nam”, albo „Dobrze, dobrze niech żyje, żyje nam”. A najlepiej proszę się w ogóle nie kłopotać określaniem ile, tylko od razu przejść do gwiazdki pomyślności, która niech mi nie zagaśnie. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

własnego czasu – pewnie... lekarz padnie – nie szkodzi! Społeczeństwo wyhodzi następnego, który będzie tyrał, no bo przecież ma powołanie. Panowie ZAJMIJCIE SIĘ INTERESEM I PRAWAMI LEKARZY W PIERWSZYM RZĘDZIE, A NIE SPRAWAMI PACJENTÓW – o pacjentów dbają rzecznicy praw, sądy, pan Sandauer i wiele, wiele innych instytucji – wy jesteście po to wybrani, aby dbać o NASZE sprawy.

Ponadto w kwestii dotyczącej rezydentur –

cieszymy się bardzo, że wobec drastycznych braków specjalistów kardiologów zwiększono o 6 liczbę miejsc rezydenckich – ciekawe, co o tym sądzić, bo w województwie podkarpackim teraz, na wiosnę, dostępne jest JEDNO miejsce – i to tylko dla lekarza będącego po studiach – specjaliści chorób wewnętrznych nie mają takiej możliwości.

Życzę dobrego samopoczucia i dalszych sukcesów... ■



Mieczysław Dziedzic

Dr n. med.,
specjalista chirurgii
klatki piersiowej,
chirurgii ogólnej,
członek NRL

Już na etapie
ministerialnego
projektu samorząd
lekarski zgłaszał
uwagi do
ostatecznego
kształtu ustawy.
Wątpliwości
budziła
między innymi
reprezentatyw-
ność lekarzy
w składzie
osobowym komisji
wojewódzkiej oraz
warunki ustalania
wysokości
świadczenia
w przypadku
zdarzenia
medycznego.

Prawa (pacjentów) ... do kosza

Na przestrzeni ostatnich lat twórczość legislacyjna rządu, dosłownie i w przenośni, jest... porażająca. Najpierw stan prostracji lekarzy wywołała ustawa tzw. refundacyjna, która pośrednio uderzyła w pacjentów, bo skutkowałą wystawianiem recept ze stuprocentową odpłatnością.

Kolejne przepisy prawa medycznego okazały się niedorzeczne już w momencie ich uchwalenia, a co dopiero przy wprowadzaniu ich w życie, gdyż prawodawca nie przewidział odległych skutków poszczególnych zapisów ustawowych.

Przykładem mogą być ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta nakładające na podmioty lecznicze (szpitale) obowiązek ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Weryfikacja wprowadzonych przepisów odbyła się na poziomie szpitali, a decydującym czynnikiem były realne możliwości finansowe podmiotów: rezerwa finansowa na roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej i wysokość składki ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Stan faktyczny zmusił prawodawcę do sięgnięcia po wielokrotnie sprawdzoną metodę – nowelizację dotychczas obowiązujących ustaw: o działalności leczniczej, o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, o świadczeniach finansowanych...

Szpitale, które zastosowały się do obowiązującego prawa, by nie narazić się na wykreślenie z rejestru, utraciły kwotę opłaconej składki ubezpieczeniowej. Według następnych przepisów ubezpieczenie od zdarzeń medycznych było dobrowolne, następnie miało być na powrót obowiązkowe, by w końcu zawiesić ubezpieczenia w tym zakresie do 2016 r.

Labilność ustawodawcy ocenia paremia: „Ubi ius incertum – ibi ius nullum” – „gdzie prawo jest niepewne, tam nie panuje żadne prawo”.

Ustawy „o prawach pacjenta” umożliwiają uzyskiwanie odszkodowania i zadośćuczynienia w związku z leczeniem, ale bez konieczności udowodnienia, że do szkody przyczynili się pracownicy medyczni. Są one częściowo wzorowane na systemach skandynawskich, francuskich czy systemie negocjacyjnym zaproponowanym przez senatorów: Hilary Clinton i Baracka Obamę – i w zamyśle miały zapewniać na drodze pozasądowej odszkodowania osobom zgłaszającym roszczenie, a także ochronę prawną lekarzy. Już na etapie ministerialnego projektu samorząd lekarski zgłaszał uwagi do ostatecznego kształtu ustawy. Wątpliwości budziła między innymi reprezentatywność lekarzy w składzie osobowym komisji wojewódzkiej oraz warunki ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego.

Jak wskazuje działalność i dotychczasowe doświadczenia wojewódzkich komisji, wydawane orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego jest traktowane jako podstawa do złożenia pozwu w sądzie powszechnym, gdyż kwoty odszkodowania przyznawane przez ubezpieczyciela i szpital są zenująco niskie, np. za śmierć

dziecka przyznano 1 zł, a za śmierć dorosłego przyznano 500 zł. Podstawą do uzyskania odszkodowania jest stwierdzenie przez komisję, że wystąpiło zdarzenie medyczne i z takim orzeczeniem warto wystąpić na drogę cywilną. Postępowanie przed sądem może wiązać się z ustaleniem, że doszło do błędu w postępowaniu medycznym i w konsekwencji prowadzić do orzeczenia winy lekarza.

Inaczej mówiąc: funkcjonowanie ustawy o prawach pacjenta rozmija się z intencją ministerstwa zdrowia, tzn. wprowadzone w życie przepisy nie ułatwiają poszkodowanym uzyskiwania rekompensaty za szkody, w krótkim terminie i na drodze pozasądowej.

Wprowadzenie, a następnie wycofanie się z zapisów zawartych w ustawie o prawach pacjenta, przypomina przysłowiowe „zawracanie Wisły kijem”. Do lekarzy lepiej przemawia porównanie prawodawcy z porywczym, acz nie bardzo rozgarniętym chirurgiem: otworzy brzuch, ale z braku koncepcji rozwiązania problemu prosi o pomoc kolegę. W analogicznej sytuacji prawodawca przywołuje na pomoc prawników i konstruuje się „ustawę o zmianie ustawy”.

W przeciwieństwie do pacjentów, papier jest cierpliwy, a przepisy można w każdej chwili zmienić, natomiast procesy legislacyjne muszą być rozważne i odpowiedzialne.

Nie jest to jedyna różnica między radosną twórczością legislacyjną rządu, a ciężarem odpowiedzialności zawodowej lekarzy, którzy w codziennej pracy stają coraz częściej w obliczu konfliktu pomiędzy przepisami, a „salus aegroti”. Co więcej, działanie na rzecz dobra pacjenta może spowodować określone konsekwencje prawne dla lekarza.

Wprowadzenie pakietu 12 ustaw zdrowotnych, które miały zreformować system opieki medycznej, co była minister zdrowia dr Ewa Kopacz uważała za swój sukces przedwyborczy, nie poprawiło sytuacji zdrowotnej przeciętnego obywatela, a większość ustaw wymaga natychmiastowej nowelizacji.

W tym czasie umocniła się monopolistyczna pozycja Narodowego Funduszu Zdrowia, nie wprowadzono dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz nie zdefiniowano koszyka świadczeń gwarantowanych. Przepisy nie poprawiły dostępności usług lekarskich, ale zgodnie z idee fixe – „uszczelnily system”. Tę mantrę przejął nowy minister – dr Bartosz Arłukowicz, który przed wejściem do rządu kwestionował skuteczność ustaw swojej poprzedniczki, nie widząc m.in. możliwości skrócenia kolejek do specjalisty, ale w „Liście do przyjaciół” obarczył lekarzy winą za wadliwe funkcjonowanie ochrony zdrowia i taką interpretację narzucił społeczeństwu.

Wprowadzony system eWUŚ miał pozbawiać możliwości korzystania z publicznej opieki zdrowotnej 0,3% proc. nieubezpieczonych obywateli, a stał się w skali kraju bardzo drogą przeszkodą w sprawnym rejestrowaniu pacjentów, których podmiotowość sprowadzono do kodu kreskowego na opasce przedramienia.

Z kolei Zintegrowany Informator Pacjenta, pomyślany jako system kontroli nad zleceniami lekarzy, wprawdzie pozwoli przypomnieć sobie wynik leukocyturii sprzed 5 lat, ale wpis „badanie PSA” może skutkować donosem do NFZ, że pacjent nie jest właścicielem czworonoga. Takie i inne niedorzeczności będą zgłaszane płatnikowi (NFZ) w imię oszczędności i rewidowania procesów diagnostyczno-leczniczych, a efektem, podobnie jak w przypadku ustawy refundacyjnej, może być obawa lekarzy przed zlecaniem pacjentom czegokolwiek. Powstaje pytanie: czy koszt wprowadzenia elektronicznej ewidencji działań lekarskich jest na tyle opłacalny, że ujawnione ewentualne nadużycia kilku lekarzy zapewnią zwrot e-inwestycji kontrolującej? Podobne wątpliwości samorząd lekarski zgłaszał przy wprowadzaniu eWUŚ, początkowo zachwalanego, który później okazał się katastrofą dla ministra, a następnie szefowej NFZ.

Dr Arłukowicz nie dokonał żadnych istotnych zmian w przepisach. Może to dobrze, bo zmian powinno się dokonywać tylko przy stuprocentowej pewności, że będą to zmiany na lepsze. Nie tłumaczy to jednak ministerial-

nej indolencji – polscy i zagraniczni pacjenci nie doczekali się we właściwym czasie przepisów wykonawczych wdrażających dyrektywę o opiece transgranicznej, co jest karygodnym zaniechaniem liczoną w konkretnych kwotach euro. I to zarówno ze stratą dla naszych obywateli leczących się poza krajem, jak i dla budżetu państwa w przypadku leczenia się u nas mieszkańców innych państw europejskich. Restrykcyjność wobec pacjentów i represyjność wobec lekarzy wprowadzonych w życie przepisów prawa medycznego bezpośrednio rzutuje na tzw. odbiór społeczny prowadzonej przez rząd polityki zdrowotnej. Nie mogą być więc zaskoczeniem wyniki sondaży przedwyborczych. Spadek poparcia lekarskiego elektoratu dla rządzących wynika z faktu, że konfrontacja złych przepisów z oczekiwaniami pacjentów obniża zaufanie do pracy lekarzy. Dla chorych, to lekarz jest niedobry, a nie ustawy.

Niedawno prezydent Stanów Zjednoczonych wyraził się: „daliśmy ciała” – mówiąc o błędach reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych (ObamaCare) w USA.

Nie oczekujemy uderzenia się w pierś naszych ministrów zdrowia za chybione ustawy i nieudolność legislacyjną. Zgodnie z ultimatum premiera Donalda Tuska, kierowanym do dra Arłukowicza – oczekujemy działań naprawczych funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i zmian ustanowionych przepisów w kierunku zwiększenia dostępności świadczeń medycznych, w tym likwidacji sztucznych barier pomiędzy pacjentem, a lekarzem. ■

Restrykcyjność wobec pacjentów i represyjność wobec lekarzy wprowadzonych w życie przepisów prawa medycznego bezpośrednio rzutuje na tzw. odbiór społeczny prowadzonej przez rząd polityki zdrowotnej.

Owocna współpraca

Zwycięską anegdotę przesłał doktor Wojciech Załęzny.

■ Gratulujemy wygranej!

■ Gdy byłem młodym lekarzem i pracowałem w podstawowej opiece zdrowotnej, miałem pod opieką starszą babcię Panią Zuzannę, którą opiekował się troskliwy syn. Z powodu podeszłego wieku i wielu chorób wielokrotnie byłem proszony przez syna o wizytę domową. Byli to prości ludzie, ale bardzo przemili i sympatyczni, więc na wizyty domowe chętnie chodziłem. Któregoś dnia do mojego gabinetu jak zwykle przyszedł syn. Odruchowo w pierwszym momencie pomyślałem, że zapewne

chce poprosić o wizytę domową do mamy, bo coś się z nią dzieje. Zauważyłem jednak, że jest bardzo smutny i poruszony. Widać było, że chce coś powiedzieć i że szuka słów, by wyrazić to, co czuje. Poprosiłem, by wszedł do gabinetu i czekałem, aż powie, z czym przyszedł. Podając mi rękę w podziękowaniu powiedział:

– Jestem bardzo wdzięczny panu za wszystko i chciałem podziękować panie doktorze za owocną współpracę. Mama w nocy zmarła.

Serdecznie dziękujemy wszystkim Czytelnikom, którzy przesłali swoje anegdoty na konkurs „GL” 03/2014. Więcej nadesłanych anegdot publikujemy w „Gazecie Lekarskiej Premium” na www.gazetalekarska.pl. Czekamy na kolejne historie, opisujące najbardziej niezwykle, zabawne lub absurdalne sytuacje z życia lekarza. Należy je przesyłać **do 12 kwietnia** na adres anegdota@gazetalekarska.pl. Tekst nie powinien przekraczać 700 znaków.

■ **Do wygrania weekend dla dwóch osób w Hotelu Białowiecki!**

■ Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.

Premium



Wojenne Dziedzictwo

Rozdział 31

– wspomnienie z obozu (fragmenty)

Był rok 1947. W Gross-Rosen położono kamień węgielny pod budowę muzeum. Zakład, w którym pracował ojciec, zorganizował wycieczkę do obozu dla swoich pracowników. Ojciec zapisał całą naszą czwórkę.

Dotarliśmy tam w bardzo zimny i wietrzny dzień. Poza organizatorami zebrali się niezbyt liczna grupa ludzi z zewnątrz, którzy zapewne byli bardzo przejęci, wzruszeni i zaaferowani uroczystością. W większości ludzi ci byli członkami rodzin lub przyjaciółmi osób pomordowanych w obozie. Skupieni w gromadki, cicho rozmawiali między sobą, dzieląc się uwagami na temat samej uroczystości.

Zacinał śnieg z deszczem. Obóz robił przygnębiające wrażenie. Wszędzie stały baraki, a w nich prycze do spania. Opodal znajdowały się latryny i łaźnia, w której była zawsze tylko zimna woda. Bliżej bramy wejściowej kuchnia. W niej obozowe naczynia, czyszczone miejscowym piachem metalowe miski, wyszorowane przez kolejnych więźniów tak, że wydawały się cienkie jak kartka papieru.

Były też piece krematoryjne. Wydaje mi się, że cztery. Dwa dość blisko lazaretu, a dwa kolejne dostawione zupełnie z tyłu obozu. Przewodnik informował, że dostawiono je pod koniec wojny, ponieważ obóz był bardzo przeludniony. Ludzi dostarczano z innych obozów, między innymi z Oświęcimia. Trafiali tam również biorący udział w Powstaniu Warszawskim. Obok pieców leżały sterty starannie posegregowanych protez zębowych, okularów i butów należących do zmarłych.

Ojciec – twardy, opanowany, pragmatyczny – błąkał się pomiędzy barakami. Miał oczy pełne łez. Wskazał żonie barak, w którym mieszkał do ewakuacji. Odnalazł swoją pryczę. Mama wzięła ojca pod rękę. Tadek i ja mieliśmy zostać na miejscu i czekać w pobliżu trybuny, na której już rozpoczęła się uroczystość odegraniem „Międzynarodówki” i hymnu, zdaje się, radzieckiego.

Na trybunie stali wyzwoliciele radzieccy w mundurach, ale innych aliantów tam nie było. W pewnym momencie ojciec z nisko spuszczoną głową odszedł pomiędzy te baraki, piece krematoryjne. Z tyłu dogoniła go mama, ubrana lichy, w stary, lekki płaszcz i zniszczone, przemoczzone od deszczu buty. Kazała nam z bratem zostać, nie robić kłopotów, bo ona musi teraz iść z ojcem, który w tym miejscu i w tym czasie nie może być sam. Odeszli.

A my dwoje, jak dwie gapy, siedzieliśmy pod tą trybuną, przyglądając się ludziom i słuchając przemówień. Tadek słuchał ich z uwagą, a ja gapiłam się jak przysłowiowe cielę na malowane wrota i nic nie rozumiałam z tych tasemcowych przemówień.

Wreszcie nasi rodzice wrócili. Oboje bardzo wzruszeni. Stanęli obok nas i słuchali. Jeden z panów, podobno były więzień obozu, zdjął z siebie elegancki płaszcz, który usłużnie przyjęli jego towarzysze, i założył obozowy pasiak, czyściutki, wyprasowany, do tego obozową, okrągłą, pasiastą czapkę. Pasiak nie dopinał się na otyłym brzuchu mówcy. Mówił cały czas o bohaterskiej Armii Czerwonej. Mówił o tym, że Polacy zdradzili swój naród. Przykładem mogą być ciągle niepokoję, które wywołują dawni akowcy stęsknieni za wojenką, obojętnie z kim.

Ojciec słuchał go uważnie, w skupieniu, a gdy ów „pan” przyznał, że był więźniem tego obozu, i stwierdził, że najwięcej krwi na rękach mają byli akowcy, zakąła tej ziemi, zdrajcy wydający na śmierć swych towarzyszy niedoli, może nawet więcej niż Niemcy, nie wytrzymał. Wystąpienie tego jegomościa skończyło się i na szczęście ojciec nie musiał fatygować się na mównicę. Podszedł do niego, poprosił o rozmowę i zadał mu kilka zasadniczych pytań, wygłoszonych ostrym tonem. Jakich? Nie wiem. Było mi bardzo zimno w nogi, łało mi się z nosa, a w ogóle byłam wściekła na ojca. Taki zwykły, skromny, wymizierowany tata, ciągle kaszlący z powodu nabytej gruźlicy, podchodzi do takiego paniska, siedzącego już w swojej eleganckiej limuzynie, i co on chce mu powiedzieć, ten mój kochany ojciec? Taki biedny człowiek, który zdjął swoją czapkę i gniótł ją z pasją w rękach. Widziałam tylko, jak tłusciuch wyskoczył ze swego samochodu i od razu kilku jego towarzyszy rzuciło się w kierunku ojca, który wskoczył w tłum. I tym chyba uratował swoją skórę. Mama szarpnęła mnie za rękę, szepnęła coś bratu i szybko, mieszając się z innymi, odeszliśmy wszyscy z obozu. Wróciliśmy do domu tak samo, jak przyjechaliśmy. Tym samym autobusem. Nikt ojca nie szukał. Na tym zakończył się obozowy incydent. Ale po tym zajściu ojciec zakazał mi jakichkolwiek rozmów z rówieśnikami na temat przejść wojennych naszej rodziny.

Wkrótce po tym zdarzeniu, ojciec mój został aresztowany przez bezpiekę. Można o tym przeczytać w dalszej części książki. ■



Alina Gutry

Laureatka III miejsca w kategorii proza non-fiction Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza”

Mama szarpnęła mnie za rękę, szepnęła coś bratu i szybko, mieszając się z innymi, odeszliśmy wszyscy z obozu. Wróciliśmy do domu tak samo, jak przyjechaliśmy.



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Amerykański sen

Rzadko kiedy malarze przewidują zawrotne kariery swoich własnych dzieł.

Kiedy Andrew Wyeth sprzedawał swój obraz „Świat Christiny” do nowojorskiego Museum of Modern Art nie przypuszczał zapewne, że scena, którą sam pogardliwie określił mianem „kapcia”, stanie się jednym z najbardziej rozpoznawalnych obrazów amerykańskiego malarstwa ubiegłego stulecia.

Obok farmerskiej pary Granta Wooda i kawiarnianych scen Edwarda Hoppera, pejzaż Wyetha należy do najbardziej rozpoznawalnych dzieł malarskich pochodzących z oceanu. Ciekawe, że ta wielka trójka obrazów powstałych w kraju prosperity, możliwości i marzeń naznaczona jest tym samym, ulotnym rysem obezwładniającej samotności. Spleen amerykański różni się od tego znanego z Baudelaire’a, to nie spleen ciasnych ulic, ale otwartej przestrzeni, to melancholia przychodząca z ruchu, nie z zasiedzenia, z braku historii bardziej niż jej nadmiaru.

Wyeth zaprasza widza na farmę w stanie Maine. Pejzaż w zasadzie nijaki, bezbarwne pole, w oddali

niewyróżniający się niczym specjalnym dom. Dzień również nijaki, nie naznaczony ani burzliwym niebem, ani wyrazistym światłem. Jednak już sposób, w jaki Wyeth opowiada, daleki jest od bezbarwności. Kształty, kolory, nawet pojedyncze źdźbła trawy oddane są z niezwykłą precyzją. Jest w tej precyzji coś hipnotycznego, coś co przypomina poetykę snu. Kompozycja zdominowana jest przez szeroki pas pola, niby bezkresny, a jednak spierzchnięty, zamknięty w sobie. Linie horyzontu wyznaczają i zamykają zabudowania gospodarstwa. Monochromatyzm całości przełamuje sylwetka kobiety leżącej na pierwszym planie. Jej różowa sukienka kłuje w oczy na tle beżowego pola. Kobieta pozostaje tyłem do widza, broniąc mu wstępu do swojego intymnego mikroświata.

Coś w ułożeniu jej sylwetki jednak niepokoi, sugerując wysiłek i napięcie, podszyte cierpieniem. Co jej dolega? ■

Wyeth zaprasza widza na farmę w stanie Maine. Pejzaż w zasadzie nijaki, bezbarwne pole, w oddali niewyróżniający się niczym specjalnym dom. Dzień również nijaki, nie naznaczony ani burzliwym niebem, ani wyrazistym światłem.



a

Andrew Wyeth,
Świat Christiny,
1948, MoMa



b



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do **12 kwietnia 2014 r.**

W temacie maila należy wpisać GL04.
 Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 03/2014

Voucher do Hotelu
 Prezydent**** Medical SPA & Wellness
 w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Piotr Bąk z Oleśnicy
 Gratulujemy!

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Badacze studiujący portrety Erazma sugerują, że mógł on cierpieć na tak zwany zespół Sonozackiego bądź artretyzm. Kluczem do postawienia takiej diagnozy jest element portretu, któremu Holbein poświęcił szczególną uwagę: dłonie, których ostateczny kształt był wynikiem licznych zachowanych studiów i szkiców malarza. Charakterystyczne zgrubienia wokół stawów na palcach portretowanego mogą świadczyć o tych właśnie chorobach. Niewykluczone jest jednak również, że hipoteza ta jest posunięta zbyt daleko, a zastanawiający kształt palców Erazma to tylko artystyczna stylizacja mistrza Holbeina.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie napisu **Utopia na grzbiecie książki.**

Dodanie na książce tytułu dzieła Thomasa More'a mogłoby być aluzją do przyjaźni, jaka łączyła go z Erazmem. Namalowania portretu More'a podjął się również, z polecenia Erazma zresztą, Hans Holbein.

2. Postarzenie, dodanie zmarszczek.

Nie tylko Holbein malował Erazma. Tego zadania podjął się również Albrecht Dürer. W jego interpretacji myśliciel z Rotterdamu wygląda jednak na dużo starszego. Tak daleko posunięty realizm nie znalazł uznania u Erazma, który ostro skrytykował obraz Dürera. Możliwe, że gdyby Holbein pokusił się o dodanie kilku więcej bruzd na twarzy Erazma i ten portret zostałby zdyskredytowany.

3. Dodanie do stroju Erazma łańcucha z krzyżem.

Łańcuch taki sugerowałby związanie Erazma z kościołem. Co prawda w młodym wieku wstąpił do zakonu, ale został oficjalnie zwolniony z obowiązków, które nakładały na niego śluby, przez samego papieża. Erazm, często krytykując w swoich dziełach Kościół, pozostał jednak księdzem aż do śmierci.

4. Dodanie na tkaninie w tle białej kartki z napisem **Iohannes Holbein.**

Umieszczenie kartki na tkaninie z informacją o samym artyście czy jego malarskim kunszcie byłoby niewątpliwie aktem zuchwałym, burzącym skupiony nastrój portretu. Jednak już w innym portrecie Erazma Holbein nie stroni od podobnego zabiegu, na książce stojącej na półce na drugim planie, malując zdanie „Ja jestem Holbein, z którego łatwiej jest kpić, niż mu dorównać”.



Hans Holbein,
 Portret Erazma z Rotterdamu,
 1523, Luwr,
 Paryż

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy

Plener odbędzie się w dniach od 10 do 12 października w Wiśle. Jego organizatorem jest Śląska Izba Lekarska w Katowicach. Wpisowe 100 zł prosimy wpłacać na konto Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

Nr konta:
PKO 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246

z dopiskiem: „Plener Ceramiki”.

Organizator zapewnia noclegi ze śniadaniem oraz materiały plastyczne.

Termin zgłoszeń upływa **31 sierpnia 2014 r.**

Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Szczegółowych informacji udziela:
lek. stom. Stanisław Mysiak,
tel. (32) 252-97-51,
kom. 605 256 335.

XII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy, 25-30 maja, Klub Lekarza w Łodzi

Na coroczną Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury OIL w Łodzi zaprasza już po raz jedenasty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 12 maja 2014 r.** Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie **2** prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas ubiegłorocznej edycji wystawy, planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż odbędzie się **25 maja (niedziela) o godz. 17⁰⁰** w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a wystawa potrwa do 30 maja.

Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy.

Kontakt: **Iwona Szelewa**, tel. (42) 683-17-01, faks (42) 683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl.

II Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy – Kazimierz Dolny 2014

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie zaprasza Koleżanki i Kolegów pasjonatów fotografii do udziału w II Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy, który odbędzie się w dniach 11-14 września w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą.

Wpisowe 300 zł od osoby. Liczba miejsc 20.

UWAGA! Liczy się kolejność zgłoszeń.

Zgłoszenia na plener (wraz z potwierdzeniem wpłaty, xero) drogą mailową lub faxem na adres e-mail: sekretariat@oil.lublin.pl do Pani Kamili Chudaszek, tel. (81) 536-04-50, faks (81) 536-04-70.

Wpłaty na konto:

Lubelska Izba Lekarska

10 1020 3150 0000 3802 0003 2979

z dopiskiem: **PLENER**

Wernisaż wystawy poplenerowej odbędzie się 15 listopada (sobota) o godz. 12.00 w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy”, w siedzibie OIL w Lublinie (ul. Chmielna 4). Pokazanie wystawy planowane jest również w innych okręgowych izbach lekarskich w Polsce.

Aktualności



Więcej w aktualnościach na
www.gazetalekarska.pl.

FOTO: Dariusz Hankiewicz

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na V Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy

Termin i miejsce regat: 31.05-01.06.2014 r. (sobota, niedziela), Zatoka Pucka
 Organizator: OIL w Gdańsku, Komisja Kultury Sportu i Rekreacji
 Współorganizatorzy: Harcerski Ośrodek Morski
 Biuro regat: Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1,
 tel. (058)673 21 50, e-mail: hom@hompuck.org
 Informacji udziela: Przemysław Rzepecki, tel. 693 525 263,
 e-mail: przepecki@gmail.com; Marcin Szczęśniak, tel. 603 696 160; Sławomir
 Dębicki, tel. 501 674 698, (058)673 21 50 (sprawy techniczne)
 Zgłoszenia do regat: do dnia 15 maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska Gdańsk
 Druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl należy
 wypełnić, zeskanować i wraz ze zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpi-
 sowego na konto HOM i przesłać na adres mailowy
oil@oilgdansk.pl lub przepecki@gmail.com.
 Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.
 Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org



Więcej na www.gazetalekarska.pl
 w „Gazecie lekarskiej Premium”.



VIII Ogólnopolski Rajd Konny im. mjr. Hubala

Rajd odbędzie się w dniach 16-18 maja. Dla upamiętnienia wybuchu I wojny światowej uczestnicy rajdu przejadą szlakiem VI dywizji syberyjskiej, która wykrwawiła się w lasach gałkowskich w ramach tzw. operacji łódzkiej.

Organizator: Wojciech Sędzicki, tel. 722 282 750



XIII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy

09-11 maja, Częstochowa

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie organizuje Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy, który odbędzie się na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria” przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry. W pierwszy dzień turnieju odbędzie się wieczór towarzyski w klubie lekarza w siedzibie OIL w Częstochowie.

Organizatorami turnieju z ramienia Okręgowej Izby Lekarskiej jest: Lesław Rudziński, tel. 601-91-33-81 oraz Rita Idziak, tel. 692-397-518, faks (034)365-41-20, (034)368-18-88. Opłata za udział: 150 zł – członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, 200 zł – lekarze niezrzeszeni w PSTL.

Prosimy o wpłaty na konto do 25 kwietnia 2014 r.

BRE Bank S.A Oddział Częstochowa

Numer konta: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001

Tytułem: Tenis 2014

IV Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy

„Złoty Eskulap” – 21 czerwca – Puławy

Serdecznie zapraszamy wszystkich medyków (i nie tylko medyków) spod znaku św. Huberta na sportową rywalizację na strzelnicy myśliwskiej oraz odkrywanie uroków Lubelszczyzny w jak najliczniejszym gronie. W przeddzień zawodów zapraszamy na plenerowe spotkanie integracyjne w jednym z uroczych lokali nad Wisłą. Darz Bór.

Informacje na temat zawodów oraz karta zgłoszeniowa znajdują się na stronie internetowej www.zlotyeskulap.pl.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej w Częstochowie, w dniach 14-15 czerwca. Rozgrywki odbędą się na Miejskim Stadionie „Raków” przy ul. Limanowskiego. Warunkiem udziału w Mistrzostwach jest przesłanie wpisowego do 20 maja w kwocie 1500 zł (od drużyny 12-osobowej). Kontakt do organizatorów: Piotr Janik, tel. 602380957; Przemysław Klimas, tel. 604 792 574; Rita Idziak (034)368-18-88, 692 397 518, faks (034)365-41-20, e-mail: czestochowa@hipokrates.org.

XIV Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy

07-08 czerwca, Zawady

Zapraszamy na rajd, który rozpoczyna się częścią rowerową o godz. 11.00 w Ośrodku Słoneczny Brzeg (dwie tarasy: 20 km i 50 km z przewodnikiem). Po powrocie ok. 18.00 planowane jest spotkanie integracyjne. Pokoje 2-osobowe 140 zł ze śniadaniem, domki 6-osobowe 270 zł + 15 zł śniadanie od osoby.

Drugi dzień alternatywnie: zwiedzanie Jasnej Góry lub spływ kajakowy po Liswarcie (uzależniony od pogody). Koszt: rajd rowerowy – 85 zł osoba dorosła, 50 zł dziecko (cena zawiera zwiedzanie Jasnej Góry, spotkanie integracyjne); rajd rowerowy + spływ kajakowy – 120 zł osoba dorosła, 85 zł dziecko.

Termin zgłaszania uczestnictwa do 30 kwietnia 2014 r.

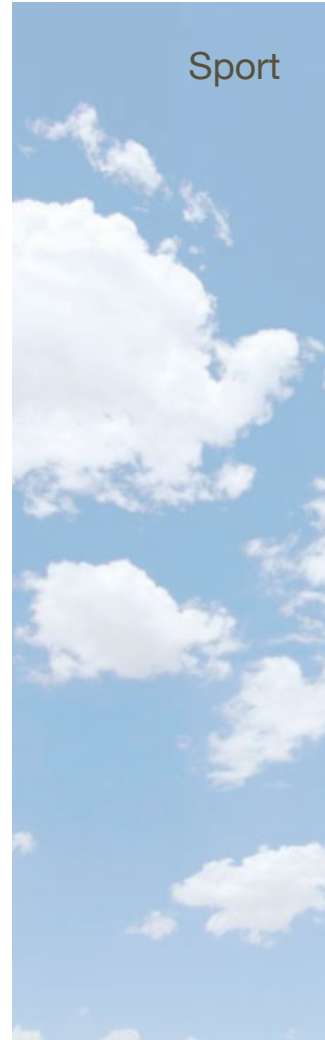
Przy rezerwacji konieczna wpłata zaliczki w kwocie 100 zł (pokój), 200 zł (domek) na konto OIL w Częstochowie.

BRE Bank Oddział w Częstochowie

Nr konta: 82-1140-1889-0000-2433-3300-100

Tytułem: Udział w rajdzie rowerowym (lub) kajakowym (liczba) osób

Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem (034)365-41-20 w. 300. Wpłat można dokonać również osobiście w biurze OIL, ul. gen. Józefa Zajączka 5. Szczegółowe informacje: Tomasz Klimza, tel. 691 48 83 83 lub w biurze OIL w Częstochowie (034)368-18-88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org.



Prywatna audyencja*

W 1985 r. Jan Paweł II spotkał się z polskimi lekarzami w Castel Gandolfo na porannej mszy. Wspólna modlitwa odbyła się w kaplicy urządzonej przez papieża Piusa XI, który od 1918 r. był pierwszym nuncjuszem apostolskim w niepodległej Polsce. Na ścianach obrazy przypominały o obronie Częstochowy przed Szwedami i kapelana wojskowego Ignacego Skorupkę podczas walk pod Ossowem.

Nic nie zapowiadało tamtej wizyty w letniej rezydencji. Co prawda uczestnicy wycieczki, pakując bagaże, bardzo liczyli, że organizator spełni ich marzenie o osobistym pokłonie przed pierścieniem Rybaka, ale miała im wystarczyć jedynie powszechna audyencja śródowa na placu Świętego Piotra. Ksiądz opiekun każdego ranka podczas śniadania w domu pielgrzymkowym Corda Cordis rozkładał ręce i studiował nadzieje na prywatne widzenie z papieżem. Czas rzymskich wakacji nieuchronnie zbliżał się ku końcowi.

W przeddzień wyjazdu do kaplicy z rozmodlonymi lekarzami zajął duszpasterz pielgrzymów odziany w biały habit i zapytał siostrę zakonną, w jakiej intencji odprowadzana jest tak wczesna msza. „Za spotkanie z ojcem świętym” – usłyszał, wzruszył ramionami, a może tylko się uśmiechnął i wyszedł.

Kilka godzin później, wieczorem, po powrocie ze zwiedzania wiecznego miasta, na pielgrzymów czekało zaproszenie na siódmą rano do Castel Gandolfo, następnego dnia...

Wcześniej, przed południem, ubrany na biało mnich relacjonował sprawy, z którymi przybył do papieża. Mimochodem wspominał o grupie lekarzy, którzy od rana, we wspólnej modlitwie upatrują ostatniej szansy na osobiste widzenie z rodakiem. Jan Paweł II, spoglądając znad dokumentów, miał wówczas powiedzieć: Papieżowi nie wypada utrudniać Panu Bogu spełniania prośb. Niech będą jutro o świcie...

Papieski pałac leży na szczycie wygasłego wulkanu, nad brzegiem jeziora Albano, wypełniającego nieczynny krater. Kręta droga. Wschód słońca. Z mgieł wyłania się cudny krajobraz migocący w kropkach rosy. Moment, w którym nocny upał ustępuje miejsca rześkiemu powietrzu poranka. Kilka niezapomnianych chwil.

Przed wejściem do kaplicy ksiądz Stanisław Dziwisz przekazuje instrukcje o przebiegu nabożeństwa i spotkania. Papież klęczy przed obrazem Matki Boskiej Częstochowskiej. Pielgrzymi przyłączają się do długiej, cichej kontemplacji. Oszołomieni, ale radośni i wdzięczni.

„Dziękuję wam, że mnie odwiedziliście tutaj w kaplicy polskiej” – zwraca się do kilkudziesięciosobowej grupy gospodarz. Potem krótko rozmawia z każdym, podaje różaniec i zostawia wspomnienie słów.

Od kilku tygodni leżą na moim biurku poezje i dramaty teatralne Karola Wojtyły. Przygotowując „zamówiony” wykład, przypominam sobie strofy

„Tryptyku Rzymskiego” i przeglądam „Jeremiaśza”, którego oryginalne wystawienie widziałem, kiedy papież autor pielgrzymował do Polski w 1991 r. z hasłem „Bogu dziękujcie – ducha nie gaście”. Czytam szkice o teatrze słowa z lat pięćdziesiątych, który eksperymentalnie ruch sceniczny zastępował ruchem myśli, bez dekoracji, bez kostiumu, z gestem ograniczonym do minimum. Wojtyła pisał, że stajemy wówczas wobec „prawdy, że nie tylko wydarzenia są dramatyczne, ale dramatyczne są również problemy, problemy, w których uwikłało się zwykle wiele, bardzo wiele różnorodnych wydarzeń”.

Kwiecień, jak powrotna fala, zaleje nas wspomnieniami o Janie Pawle II, którego wyniesiemy na ołtarze. Będą gesty przesadne, specjalne dekoracje i ostre oświetlenie; kostiumy galowe, słowa powtarzane z patosem, często bez zrozumienia. Ale będą i tacy, którzy udadzą się na „prywatną audyencję”, wsłuchani w słowa wiersza:

*Do Ciebie wołam, Człowieku, Ciebie szukam
– w którym*

historia ludzi może znaleźć swe Ciało.

Ku Tobie idę i nie mówię „przybądź”

Ale po prostu „bądź”.

A „Król-Duch” będzie Święty! ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

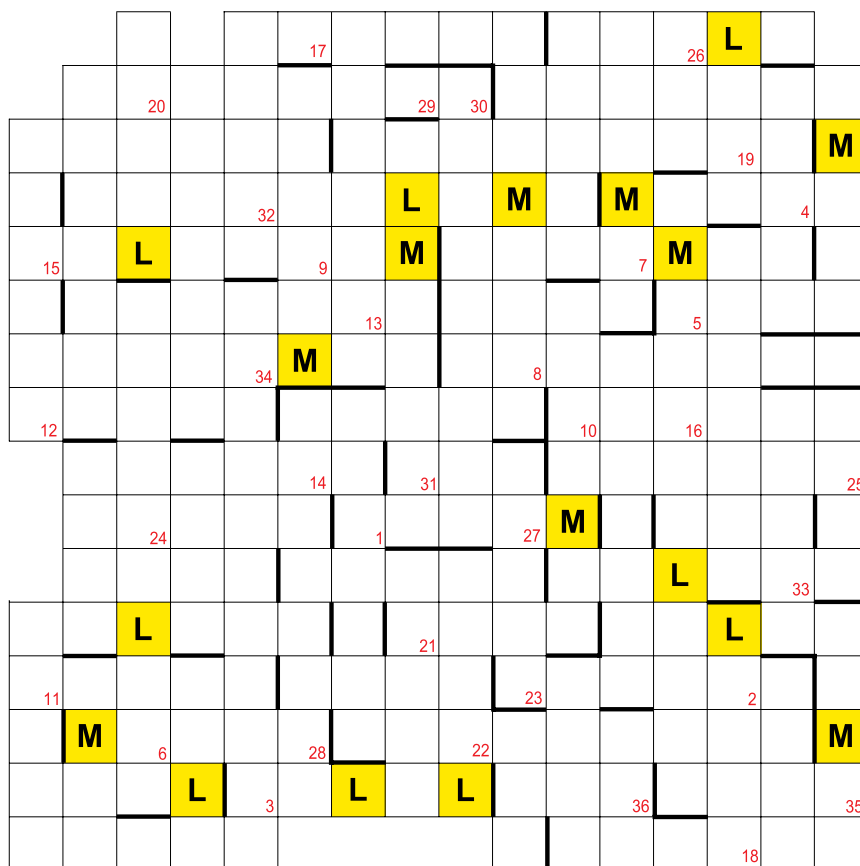
* Na podstawie wspomnień doktora Czesława Hajduka oraz zbioru pism literackich Karola Wojtyły.



FOTO: Archiwum prywatne



Objaśnienia 81 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery L i M. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 maja 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



* wykвіт po oparzeniu pokrzywą * klika * gród nad Uherką * kulturysta dźwigający balkon * seborrhoea * litewskie ciasto * kraj ruin Kartaginy * partner Ana i Enki * astrowata polna * kontakt, styczność * Jorge, autor „Gabrieli” * Wielka ze święceniem jaj * wielkość wyrażona cyfrowo * naevi * królewscy z Madrytu * gród nad Ratą w obwodzie lwowskim * bućki bez cholew * między węglem a tlenem * partia Begina i Sharoną * stolica ostanu Fars * spływa wiosną * zęby (łac.) * imię Kurosawy * Zdzisław, dyrektor sekcji polskiej RWE * rdzewienie * zmiana w lues tarda * zeton * atol, nuklearny partner Bikini * nudziarz * niemiecki pies policyjny * imię Andrycz * miejsce akcji „Dżumy” * zielony z jagodami dla dziewczęcia * szatnia * gustus depravatus * autor „Boskiej Komedii” * stolica Kataru * przyzmat, kryształ polaryzujący * widliszek * przeciwnicy „czerwonych” * płynie w Bernie * hitleryzm * eland * Dep. Obrony USA * Centralna Agencja Wywiadowcza * dogrywka * za dużo kilogramów * matka Indry i Mitry * góry z Bieluchą * ciastko z bitą śmietaną * nazwa, wskaźnik * U, birmański szef ONZ * rzymski Edom * zwolennik polityki mocarstwowej * bada zmarłych śmiercią nienaturalną (ang.) * dodatek, załącznik * europejska dzielnica Stambułu * pomaga śpiewem popu * między fransem a aktywnym * uczoney z Cyreny, wyznaczył obwód Ziemi * departament z Bourg-en-Bresse * taniec punków * naręczona doktora Judytha * okrzyk Archimedesza * syn Posejdonu zakochany w Plejadach * niemieckie gurke od naszego ogórka * śródziemnomorska zimozielona formacja bezdrzewna * imię Klosa * ze Świną i Dziwną * strefa * miękki minerał do maści * do Młodości * święte miasto 3 religii * koniec pacierza * element treningu * ugrupowanie Krzaklewskiego * z floretem i szablą * pogoda * żywica sumaka wernikсового * rocznik bogaty w informacje i artykuły * rwa kulszowa (łac.)

BJER

Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 195
(„GL” nr 2/2014)
Nauka to pokarm dla
rozumy. Lew Tolstoj

Nagrody otrzymują:
Barbara Rodziewicz (Poznań), Małgorzata Struk-Panfil (Gdynia), Bogumił Zajac (Jarosław).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 163 400 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl
Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)

Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokółowska (Płock)
Jarosław Klimke (Łódź)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

Miesięcznik został wydrukowany na papierze ekologicznym Ultra LUX semigloss 60 g/m², posiadającym certyfikat FSC oraz PEFC, wyprodukowanym przez LEIPA GEORG LEINFELDER



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