

Gazeta Lekarska

5
2014

PISMO IZB LEKARSKICH



Sztukmistrz z Miodowej

26

Stomatologia

Wszyscy jesteśmy
lekarzami

30

Prawo i medycyna

O reklamie raz jeszcze
– w ocenie lekarza i prawnika

46

Ochrona zdrowia na świecie

Kadry
w trakcie zmian

Spis treści

5
2014

od 30.04



17



26



48



58

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Rozważania o systemie
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** W obronie lekarzy
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** I znów ma być lepiej
- 12 **Temat miesiąca:** Bez pieniędzy i lekarzy, czyli cud pana ministra
- 15 **Temat miesiąca / List onkologów**
- 16 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:**
Manifest Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME)
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Sztuka właściwej komunikacji z pacjentem
- 20 **Samorząd:** Porządek przede wszystkim
- 24 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Czas na refleksję
- 26 **Stomatologia:** Wszyscy jesteśmy lekarzami
- 28 **Stomatologia:** Kongres Perio 2014
- 30 **Prawo i medycyna:**
O reklamie raz jeszcze – w ocenie lekarza i prawnika
- 32 **Praktyka lekarska:**
VII Sympozjum „Dylematy etyczne praktyki lekarskiej”
- 33 **Biuletyn NRL**
- 40 **Praktyka lekarska:** Cięcie cesarskie – ryzyko i odpowiedzialność
- 42 **Praktyka lekarska:** Zawody zaufania publicznego w internecie
- 44 **Praktyka lekarska:** Badamy i sprawozdajemy
- 46 **Ochrona zdrowia na świecie:** Kadry medyczne w trakcie zmian
- 48 **Indeks korzyści:** Lekcja anatomii
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Obecność duchów w Szczawnie-Zdroju
Recenzja: Wyimki z omówień
- 51 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Przyjaciel ortopedii
- 52 **List do redakcji:** Narodowa trzęsączka akredytacyjna?
- 54 **Z życia lekarza:** Co za pech
- 55 **Recenzja:** Q pamięci
- 56 **Błąd malarski:** Za plecami
- 58 **Kultura:** Pod wpływem... prozy i poezji
/ Przychodzi wena do lekarza' 2014
- 60 **Sport**
- 62 **Ogłoszenia**
- 68 **Komunikaty**
- 69 **Epikryza (42) / J. Wanecki:** Kiedy myślę kultura
- 70 **Jolka lekarska**

Trwać będzie 11.
Europejskie Spotkanie
Studentów Medycyny
w Warszawie. Więcej
w „Gazecie Lekarskiej
Premium” na
www.gazetalekarska.pl.

10.05

Odbędzie się
I Ogólnopolska Konferencja
Prawo i Medycyna
organizowana przez
Europejskie Stowarzyszenie
Studentów Prawa ELSA
Poland oraz Samorząd
Studentów Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi.
Więcej w „Gazecie
Lekarskiej Premium” na
www.gazetalekarska.pl.

15-18.05

Studenckie Towarzystwo
Naukowe Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego
zaprasza do wzięcia
udziału w 10th Warsaw
International Medical
Congress for Young
Scientist. Więcej na
www.wimc.wum.edu.pl.

13-14.11

Warszawski Uniwersytet
Medyczny – I Wydział
Lekarski – Studium
Języków Obcych oraz
Uniwersytet Warszawski
– Wydział „Artes Liberales”
– Kolegium Artes Liberales
zapraszają na konferencję
naukową „Literatura piękna
i medycyna”. Więcej
w „Gazecie Lekarskiej
Premium” na
www.gazetalekarska.pl.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Rozważania o systemie

Kto powinien decydować o kształcie opieki zdrowotnej?
Myślę, że na to pytanie otrzymałbym wiele różnorodnych odpowiedzi.

Za organizację ochrony zdrowia obywateli odpowiedzialne jest państwo. Z tym stwierdzeniem zgodzi się wiele osób. Ale zaraz zrodzi się pytanie: w jakim zakresie państwo jest czy powinno być odpowiedzialne. Odpowiedź na tę kwestię zależeć będzie od poglądów politycznych dopowiadającego? Liberala powie, że w zakresie niewielkim, a socjalista, że w możliwie maksymalnym. Swoją drogą, czy ktoś w Polsce przyzna się w tej chwili, że jest socjalistą? Za organizację leczenia mieszkańców odpowiadają samorządy terytorialne szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego. Do tego dochodzi jeszcze rola palcówek podległych ministrowi zdrowia oraz uniwersytetom medycznym. Wiemy dobrze, że nie ma systemu opieki zdrowotnej, który byłby idealny. Nie ma także prostego przełożenia ilości wydawanych na ochronę zdrowia pieniędzy na jakość usług medycznych i satysfakcję z ich funkcjonowania oraz dostępności. A może kształtowaniem sieci placówek medycznych powinni zajmować się organizatorzy ochrony zdrowia? Ten pomysł wydaje się być ryzykowny. Pamiętam, z jaką niechęcią część lekarzy odnosiła się do kolegów, którzy byli specjalistami z zakresu ochrony zdrowia. Złośliwi mówili, że jeżeli ktoś ma kłopoty ze zrobieniem specjalizacji w „normalnej” dziedzinie, czyli internie, chirurgii czy pediatrii, ten robi specjalizację z organizacji ochrony zdrowia. Głównie po to, żeby zająć jakieś kierownicze stanowisko. Bardzo przepraszam wszystkie osoby, które poczuły się dotknięte powyższym zdaniem. Wiem, że powtarzam opinię stereotypową, krzywdzącą dla wielu osób.

Teraz specjalistami od organizacji są menedżerowie. Nieco ucichła dyskusja, kto powinien zawiadywać szpitalem: lekarz, który nauczył się ekonomii i zarządzania, czy też ekonomista, prawnik albo inżynier – menedżer zdrowia. Każdy z nas boleśnie odczuł kontakt z przedstawicielami dyrekcji, którzy nie rozumieją specyfiki wykonywania zawodu lekarza i warunków potrzebnych do bezpiecznego funkcjonowania oddziału. Jak powiedział uczestnik pewnego sympozjum, o którym znajdą Państwo informacje w dalszej części numeru, medycyną nie powinna rządzić logika księgowego. Tymczasem coraz więcej kolegów lekarzy ma przytłaczające uczucie, że placówkami, w których pracujemy, rządzą nie ordynatorzy, nawet nie dyrektorzy, ale właśnie księgowi. Osobiście nie mam nic przeciwko księgowym, proszę powyższego wywodu nie traktować jako wotum nieufności wobec tej ważnej grupy zawodowej. Chodzi o filozofię funkcjonowania placówki medycznej. I teraz wracam do początkowego pytania: kto powinien decydować o kształcie opieki zdrowotnej? Myślę, że wielu kolegów lekarzy odpowie jednoznacznie: to lekarze powinni mieć decydujący wpływ. Pozwalam sobie nie zgodzić się z taką opinią. Uważam, że najważniejsze powinny być opinie osób najbardziej zainteresowanych, czyli pacjentów. Tak się jednak fatalnie składa, że pacjenci nie mają sposobu na to, aby ich opinie były nie tylko wysłuchane, ale także brane pod uwagę. Mogę zgodzić się na kompromis: system ochrony zdrowia powinien zależeć od pacjentów i lekarzy. Tylko jak to wytłumaczyć politykom? ■

Migawka



Trybunał Konstytucyjny bada zgodność z Konstytucją szeregu przepisów umożliwiających służbom państwowym, w tym policji i kontroli skarbowej prowadzenie tajnej kontroli operacyjnej. Wniosek o zbadanie zgodności z Konstytucją RP przepisów związanych z tymi danymi złożyli Rzecznik Praw Obywatelskich i Prokurator Generalny. Naczelna Rada Lekarska zajęła w tej sprawie stanowisko i przystąpiła do postępowania. 2 kwietnia na rozprawie w Trybunale Konstytucyjnym prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, bronił tajemnicy lekarskiej, wywodząc, że prowadzenie kontroli operacyjnej wobec osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy lekarskiej narusza Konstytucję.

Odpady medyczne – unieszkodliwianie

W jednym z poprzednich numerów „Gazety Lekarskiej” omawiane były zapisy rozporządzenia Ministra Środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz.U. 2014r., poz. 107). Pojawiły się w związku z tym pytania o konieczność uzyskiwania takiego potwierdzenia, oprócz karty przekazania odpadu, i konsekwencje zaniechania jego uzyskania.

Jest to zrozumiałe, bo przy treści samego dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie, wystąpienie o wydanie takiego potwierdzenia mogło wydawać się czasochłonne. Dokument określa bowiem szczegółowo kod i rodzaj odpadu, masę i datę zamknięcia worka, numer karty przekazania odpadu, datę przyjęcia i unieszkodliwienia odpadu. Koresponduje on z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. Nr 162, poz. 1153). Przy ilości obowiązków administracyjnych spadających na praktykujących prywatnie lekarzy ten wydawał się kolejną dolegliwością.

Obowiązujące przepisy co do zasady zdejmują odpowiedzialność z wytwórcy odpadów w momencie ich przekazania kolejnemu posiadaczowi. Jednak zasada ta – jak to niestety często bywa w przypadku działalności leczniczej – w stosunku do zakaźnych odpadów medycznych uległa zasadniczej modyfikacji. Zgodnie z art. 27 ust. 5 ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2013 r., poz. 21 ze zm.) wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych. Z art. 95 ust. 2 i 3 wynika bowiem, że zakaźne odpady medyczne mogą być unieszkodliwiane wyłącznie przez termiczne przekształcenie i tylko w spalarniach odpadów niebezpiecznych (niemożliwe jest unieszkodliwienie we współspalarniach).

Samo przekazanie medycznych odpadów zakaźnych, nawet podmiotowi, który dysponuje

zezwoleń na przetwarzanie takich odpadów i zostaje potwierdzone w karcie przekazania odpadów, nie jest wystarczające. Konieczne jest jeszcze ich unieszkodliwienie w sposób przewidziany przepisami. A potwierdzeniem unieszkodliwienia jest dokument wydany przez podmiot, który unieszkodliwienia takiego dokonał. Potwierdzenie to jest przekazywane również do służb ochrony środowiska (równoległe z przesłaniem go wytwórcy odpadu). Jeśli wojewódzki inspektor ochrony środowiska nie otrzyma tego dokumentu, będzie miał sygnał, że nie dysponuje nim również wytwórca odpadu. A zgodnie z art. 183 ust. 3 ustawy o odpadach ten, kto nie przechowuje dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie, podlega karze aresztu lub grzywny.

Zgodnie z treścią art. 96 ust. 6, w związku z art. 72 ust. 1, ustawy o odpadach, dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych powinno się przechowywać przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je sporządzono.

Na opisane obowiązki nie ma wpływu fakt, że większość gabinetów lekarskich (które zwykle wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kg rocznie) prowadzi, zgodnie z art. 71 ustawy o odpadach, uproszczoną ewidencję odpadów opartą wyłącznie o karty przekazania odpadów.

Podobne stanowisko zajmuje Departament Gospodarki Odpadami Ministerstwa Środowiska. Pocieszające jest to, że spalarnie odpadów medycznych, które dysponują komputerowymi systemami obsługi wytwórców odpadów, nie wymagają sporządzania wniosków opisujących szczegółowo worki z odpadami, których unieszkodliwienie mają potwierdzić. ■

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Samorząd
zawodowy
lekarzy i lekarzy
dentystów musi
integrować
pacjentów
i lekarzy w walce
o prawdziwy
i skuteczny
system ochrony
zdrowia w Polsce.
Nie zapominajmy
też o codziennym
życiu lekarzy:
my wszyscy
też bywamy
pacjentami.

W obronie lekarzy

XII Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał Naczelną Radę Lekarską do podjęcia aktywnych działań zmierzających do zachowania nienaruszalności instytucji tajemnicy lekarskiej oraz praw pacjenta zagrożonych działaniami organów administracji państwowej, w tym w ramach postępowań podatkowych prowadzonych w stosunku do lekarzy, a które nie są związane z pacjentem i nie dotyczą jego interesu prawnego i faktycznego.

Niewiele wcześniej przed podjęciem uchwały złożyliśmy skargę do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zapisów na paragonach fiskalnych. Chwilę po Zjeździe otrzymaliśmy dobrą wiadomość od jednego z Kolegów, że Rzecznik Praw Obywatelskich postanowił złożyć w jego sprawie skargę kasacyjną od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego wskazującej na działania organów fiskalnych zmierzających w swej istocie do zanegowania instytucji tajemnicy lekarskiej. Tym samym RRO po raz kolejny podzielił zdanie samorządu lekarskiego. Należy zaznaczyć, że w sprawach indywidualnych RPO nieczęsto składa skargę kasacyjną. RPO skierowała w 2012 r. do Sądu Najwyższego 46 skarg kasacyjnych od prawomocnych orzeczeń sądów powszechnych, natomiast w sprawach administracyjnych RPO skierowała 23 skargi do wojewódzkich sądów administracyjnych (w tym skargi na przepisy prawa miejscowego) oraz dwie skargi kasacyjne do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Wielokrotnie na Zjeździe wymieniałem nazwisko pani profesor Ireny Lipowicz, z uznaniem przyglądając się jej pracy w obronie ważnych dla środowiska lekarskiego spraw. Mam nadzieję, że w kasacji złożonej w sprawie indywidualnego lekarza wygra.

Otrzymałem list od małżeństwa z Przemyśla, rodziców studenta drugiego roku kierunku lekarskiego uniwersytetu we Lwowie. Jak piszą, napięta i grożąca wojną sytuacja stwarza obawę o zdrowie i życie syna. Piszą, że nie można wykluczyć możliwych wrogich aktów agresji wobec mniejszości, w tym studentów. Mają poważne obawy o bezpieczeństwo studiujących. Według nich wiele osób, które złożyły aplikacje na uniwersytet w Bydgoszczy, nie zostało tam zakwalifikowanych (według informacji z ostatniej chwili przyjęto 50 osób – przyp. red.). Wskazują na potrzebę rozszerzenia liczby osób przyjmowanych na polskich uczelniach. Dziękuję za moje zaangażowanie i zauważenie problemu w liście do pana Premiera. Niestety nie mogłem im przekazać żadnych informacji dotyczących stanowiska rządu, bo pan Premier na mój list nie odpisał. Zwróciłem się więc z ponownym pismem i cierpliwie czekam, a po takich listach mogę śmiało napisać – czekamy.

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” na stronach 44-45 padło oskarżenie, że prezesi i wiceprezesi NRL nie dbają o interes lekarzy, bo wykazują troskę o pacjentów. Nie mogę

się z tym zgodzić i przypomnę autorowi, dlaczego zostaliśmy lekarzami: *salus aegroti suprema lex esto!* Naszym obowiązkiem zawsze jest stawianie na pierwszym miejscu dobra chorych. Jednocześnie, reprezentując samorząd lekarski, muszę podkreślić, że liczba naszych działań na rzecz lekarzy jest bardzo duża i stale rośnie. Uważam za uzasadnione łączenie działań na rzecz chorych z działaniami dla dobra lekarzy. Pacjenci i lekarze są bowiem w równym stopniu ofiarami fatalnie działającego systemu ochrony zdrowia i ze wszystkich sił razem powinni walczyć o godne warunki leczenia. Musimy zawsze pamiętać o pacjentach, także w sytuacji, gdy domagamy się lepszych warunków pracy i likwidacji administracyjnych absurdów. Jest to niezwykle istotne, zwłaszcza gdy musimy coraz silniej dbać o nadwyreżony wizerunek naszej grupy zawodowej. Bo choć my, lekarze, zdajemy sobie sprawę z tego, że zdecydowana większość z nas z poświęceniem pracuje dla chorych każdego dnia, a zdarzenia niepożądane z udziałem lekarzy to tylko niewielki odsetek z wielu milionów wykonywanych konsultacji i operacji, to pacjenci, jak i cała opinia publiczna wciąż nie mogą tego zrozumieć. Musimy ich o tym stale przekonywać i przemawiać do nich jednym głosem. Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów musi integrować pacjentów i lekarzy w walce o prawdziwy i skuteczny system ochrony zdrowia w Polsce. Nie zapominajmy też o codziennym życiu lekarzy: my wszyscy też bywamy pacjentami. I to, czego życzyłem Wam, Koleżanki i Koledzy, na Światowy Dzień Zdrowia, to abyście, wypełniając tę wspaniałą, ale niezwykle wymagającą misję, pamiętali także o swoim zdrowiu.

Gratuluję wszystkim, których NRL wybrała do Prezydium NRL, komisji i zespołów. Jestem pełen nadziei, że uda nam się stworzyć zespół, orkiestrę, armię – działającą dla dobra wszystkich.

A pracy nam zapewne nie zabraknie. Ostatnio na stronach Ministerstwa Zdrowia w ciągu jednej doby pojawiło się kilka projektów rozporządzeń dotyczących POZ, AOS, recept, dokumentacji medycznej i ustaw związanych ze świadczeniami ze środków publicznych, konsultantami, pielęgniarzami i położnymi oraz niektórych innych ustaw... ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

NRL VII kadencji

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 4 kwietnia dokonała wyboru Prezydium NRL w składzie: wiceprezesa NRL: **Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Romuald Krajewski, Agnieszka Ruchała-Tyszler** (lekarz dentysta); sekretarz NRL: **Konstanty Radziwiłł**; skarbnik NRL: **Wojciech Marquardt**; członkowie Prezydium: **Mariusz Janikowski, Marek Jodłowski, Stefan Sobczyński, Jolanta Szczurko** (lekarz dentysta).

W wyborach na stanowisko zastępcy sekretarza NRL żaden z trzech kandydatów nie uzyskał bezwzględnej większości. Wybory uzupełniające na to stanowisko odbędą się na następnym posiedzeniu NRL, które zaplanowano na 9 maja.

Na posiedzeniu wybrano również przewodniczących Komisji i Zespołów NRL – informacja na stronach żółtych.

Wzór skargi na rankingi

Na stronie internetowej www.nil.org.pl publikujemy wzór skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych na bezprawne przetwarzanie danych osobowych lekarzy i lekarzy dentystów przez firmy prowadzące rankingi lekarzy i lekarzy dentystów. Skargi mogą być wnoszone, jeśli bez zgody tych osób przetwarzane są ich dane osobowe. Wzór może zostać wykorzystany przez indywidualnych lekarzy i lekarzy dentystów. Został on zamieszczony w wyniku korespondencji Naczelnej Rady Lekarskiej z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. GIODO stwierdził, iż skarżącym i tym samym stroną w postępowaniu wszczętym przez GIODO może być jedynie osoba fizyczna, której dane osobowe są przetwarzane. Taka interpretacja uniemożliwiła występowanie Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniach prowadzonych w tym zakresie przez GIODO na prawach strony.

Przeciw studiom z homeopatii

Śląski Uniwersytet Medyczny otworzył studia podyplomowe z homeopatii, co spotkało się ze sprzeciwem

NRL. Prezes NRL wystosował w tej sprawie pisma do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Zdrowia, Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Prezydium NRL zwróciło się z apelem do lekarzy i lekarzy dentystów o niekorzystanie ze szkoleń z zakresu metod postępowania o niepotwierdzonej naukowo skuteczności, w tym m.in. homeopatii. Jak zaznaczyło Prezydium NRL, produkty homeopatyczne są wprawdzie dopuszczone do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a niektóre spośród nich są nawet dostępne wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej, nie zmienia to jednak faktu, że brak naukowych dowodów potwierdzających ich skuteczność. „Leczenie produktami homeopatycznymi nie znajduje oparcia w dowodach naukowych potwierdzających ich skuteczność terapeutyczną” – czytamy w apelu. NRL już w stanowisku z 2008 r. stwierdziła, że część lekarzy i lekarzy dentystów, jak również niektóre organizacje lekarskie i uczelnie medyczne angażują się w popularyzację homeopatii i pokrewnych metod, służąc pomocą w organizacji szkoleń i działań mających na celu legitymizowanie oraz promocję homeopatii, co stoi w sprzeczności artykułem art. 57 KEL.

Kobiety Medycyny 2014

Jolanta Orłowska-Heitzman oraz Anna Lella z Naczelnej Rady Lekarskiej znalazły się wśród 30 kobiet, które zostały wytypowane jako Kobiety Medycyny 2014 przez portalemedyczne.pl.

Pierwsze miejsce zajęła prof. Grażyna Rydzewska. Uroczyste spotkanie miało miejsce 15 kwietnia. Jak zaznaczono na portalu, laureatki konkursu łączy to, że odnoszone przez nie sukcesy zawodowe są nie tylko ich osobistą satysfakcją, lecz także istotnie przyczyniają się do rozwoju medycyny i poprawy warunków leczenia ludzi w Polsce.

XII KZL w mediach

Na XII KZL licznie przybyły media zainteresowane tym wydarzeniem. Mówiły o nim m.in. media publiczne,



Posiedzenie Prezydium NRL VII kadencji

w tym TVP1 i TVP2. „Wiadomości” podkreślały fakt, że minister zdrowia przedstawił plan skrócenia kolejek do lekarzy, ale nie pojawił się na KZL. Bardziej obszerny materiał na ten temat wyemitowało TVP INFO. Z kolei w „Panoramie” TVP2 mówiono o finansowaniu ochrony zdrowia i reakcjach delegatów na propozycje ministra.

Zjazd relacjonowała także Informacyjna Agencja Radiowa. W Polskim Radiu mówiono o wyborach Prezesa NRL i NROZ, a także podkreślano nieobecność ministra, w kontekście przedstawianego w tym czasie przez Bartosza Arłukowicza planu naprawy sektora ochrony zdrowia.

Wypowiedzi lekarzy były cytowane m.in. w telewizjach: Polsat, TVN24, Superstacja, TV Trwam, TV Regionalna, TV Republika, a także w stacjach radiowych: RMF FM, ZET, TOK fm i innych.

Nie zawiodły media branżowe: „Rynek Zdrowia”, „Służba Zdrowia”, „Medycyna Praktyczna”, „Medical Tribune”, „Puls Medycyny”, infodent24.pl, dentonet.pl, TV dentowizja.pl i inne.

W „Gazecie Wyborczej” w materiale Elżbiety Cichockiej „Zielona karta nie pomoże?” na temat systemu ochrony zdrowia cytowano wypowiedzi delegatów, które poprzedzone zostały wstępem: „Lekarze raczej nie wierzą, że propozycje ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza poprawią stan leczenia. Od czwartku do soboty odbywał się 12. Krajowy Zjazd Lekarzy, najwyższy organ władzy samorządu lekarskiego”.

Iskra Bożego Miłosierdzia

– Odbierałem Iskrę Miłosierdzia z myślą o zaufaniu do zawodu lekarza, o poszanowaniu dla misji, którą przychodzi nam pełnić każdego dnia, i potrzebie tej iskry, tego ognia, który może być przekazywany ludziom chorym – podkreślił prezes NRL, odbierając w imieniu środowiska lekarskiego z rąk kard. Stanisława Dziwisza symboliczny ogień. Iskrę przekazano również prezydentowi Bronisławowi Komorowskiemu, który objął wydarzenie honorowym patronatem.

ZAPRASZAMY!

Do końca marca **813 osób, w tym 540 kobiet i 273 mężczyzn**, skorzystało z „Ogólnopolskich szkoleń 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 lat w trakcie stażu lub specjalizacji.**

Dla wyrównania parytetu mężczyźni mile widziani!

Szkolenia **w maju i czerwcu 2014**,
na które są jeszcze wolne miejsca:
WARSZAWA, 12-17 maja, 26-31 maja,
9-14 czerwca; tel. 22 558 80 47
TORUŃ, 12-17 maja; tel. 609 321 431
MRAĞOWO, 2-7 czerwca; tel. 609 321 431
Szczegóły i rejestracja na stronie:
www.mlodylekarz.org.





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Niby wszystko
jest tak, jak być
powinno. Niby.

Od kilku lat
NFZ wymiguje
się od płacenia
za leczenie,
udając, że
premijuje
efektywność
i strzeże
publicznych
pieniędzy.

I znów ma być lepiej

Często słyszę opinie, jakoby minister Artukowicz nic sobie z naszego samorządu nie robi, a najchętniej utopiłby go w łyżce wody jako twór nie tylko zbędny, ale i przeszkadzający w odpowiedzialnej ministerialnej pracy.

Choć na pierwszy rzut oka tak to właśnie wygląda, nie tylko w to nie wierzę, ale idę o zakład, że w skrytości ducha szef resortu zdrowia czy izbom lekarskim może nie wszystkiego najlepszego, ale na pewno długich lat działalności. Przede wszystkim dlatego, by było na kogo zrzucić własne i poprzedników zaniedbania. Dysponując wąskimi uprawnieniami, pozbawiona zaprzyjaźnionych mediów i zaplecza politycznego, lecz z drugiej strony zrzeszająca wszystkich lekarzy, izba lekarska to idealny chłopiec do bicia i zarazem swoiste uosobienie całego środowiska. Mamy za mało lekarzy? To samorząd piętrzy trudności przed rzeszą chętnych zza wschodniej granicy, którzy bodaj od jutra gotowi byłiby rozpocząć praktykę na naszej zielonej wyspie. Brakuje specjalistów? To samorząd blokuje młodym lekarzom drogę do otwarcia specjalizacji. Nie starcza pieniędzy na diagnostykę i leczenie? To samorząd nakłania swoich członków do bezwzględnego egzekwowania rażąco wysokich wynagrodzeń. Pacjenci narzekają na brak empatii? To samorząd stroi na straży przestarzałego kodeksu etyki. Ofiary błędów lekarskich nie mogą doczekać się zadośćuczynienia i ukarania winnych? To samorząd chroni czarne owce, nie pozwalając na sprawiedliwy sąd, a nawet krytykę ze strony innych członków korporacji.

Ostatnio zdałem sobie sprawę, że samorząd lekarski jest dla pana ministra głównym motorem jego najbardziej nośnych medialnie aktywności, czyli de facto najważniejszych z punktu widzenia polityka bardzo mocno zainteresowanego pijarem. To, że ubiegłoroczny głośny list „Do Przyjaciół Lekarzy” został opublikowany akurat podczas organizowanego przez izby VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, na który bezowocnie Bartosza Artukowicza zapraszano, można by jeszcze uznać za przypadek. Ale zwołanie konferencji prasowej, poświęconej prezentacji zapowiadanego od początku roku pakietu antykolejkowego, dokładnie wtedy, gdy kilka kilometrów dalej obradował Krajowy Zjazd Lekarzy, przypadkiem na pewno nie było. No bo spójrzmy, jaki piękny – z punktu widzenia ministra – przekaz poszedł w świat. Oni tam siedzą i gędzą o interesach korporacji, a ja tu u boku premiera ciężko pracuję dla dobra pacjentów. Teza o „dobrym” ministrze i „złych” lekarzach została kolejny raz uprawdopodobniona. Nie można też zapomnieć o wygodnym dla szefa resortu usprawiedliwieniu nieobecności na obradach najważniejszego w środowisku lekarskim gremium.

Tyle pieczeni na jednym ogniu. Oprócz wspomnianych dwóch była oczywiście ta największa, czyli anonosowane od początku roku skrócenie kolejek. Głównymi beneficjentami mają być pacjenci onkologiczni. Padło przy tej okazji wiele obietnic. Niektóre nie tylko brzmiały kusząco, ale i rozsądnie. Jest tylko jedno „ale”. Antykolejkowy cud ma się dokonać bez poprawy finansowania systemu. Ewentualny wzrost nakładów w wybranych obszarach będzie więc możliwy dzięki przełożeniu pieniędzy z jednej kieszeni do drugiej. W „Faktach po faktach” minister ogłosił, że zamierza od pierwszego stycznia płacić „nie za fakt istnienia, a za efekt leczenia”. Taką wypowiedź polityka, który po zaskakującym transferze z SLD do ostro wcześniej przez siebie krytykowanej PO, tkwił przez wiele miesięcy na fasadowym, specjalnie dla niego stworzonym stanowisku ministra do spraw wykluczonych, to szczyt hipokryzji. Niemniej nie lekceważyłbym tej zapowiedzi, bo skoro pod płaszczykiem dbałości o efektywność leczenia będzie można za coś nie płacić, z pewnością tak się stanie. Według proponowanych założeń nie tylko trzeba będzie nowotwór wykryć, ale zrobić to odpowiednio szybko. Inaczej nici z zapłaty.

Niby wszystko jest tak, jak być powinno. Niby. Od kilku lat NFZ wymiguje się od płacenia za leczenie, udając, że premijuje efektywność i strzeże publicznych pieniędzy. Jeśli od poprzedniej hospitalizacji w tym samym szpitalu nie minęło 14 dni, Fundusz „widzi” tylko jeden pobyt. Tymczasem, zwłaszcza na oddziałach internistycznych, coraz więcej przewlekłe chorych wymaga leczenia szpitalnego w odstępach dyktowanych przez choroby, a nie urzędnicze widzimisię. Obawiam się, że obrany przez ministra kurs na efektywność w onkologii doprowadzi do faworyzowania w diagnostyce pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Inną konsekwencją mogą być próby podejmowania leczenia w przypadkach, w których potrzebna byłaby wyłącznie opieka paliatywna. Nie kwestionuję rozsądku onkologów, ale z całą pewnością będą oni podlegać silnym naciskom szefów zatrudniających ich placówek. Nie może być inaczej, skoro onkologia ma szansę zostać kurą znoszącą złote jaja wyłącznie na zasadzie zabrania innym szpitalnym kurom karmy sprzed dzioba.

Przesunięcie środków na diagnostykę i leczenie nowotworów sprawi, że w dziedzinach, których finansowanie się pogorszy, kolejki oczywiście się wydłużą. No ale wtedy przedstawiciele władzy będą mogli powiedzieć, że oni – ma się rozumieć – chcieli dobrze. Tylko ci lekarze. Tylko ten ich samorząd... I tak do kolejnej konferencji prasowej pełnej chwytliwych obietnic. ■



FOTO: Shutterstock

Bez pieniędzy i lekarzy, czyli cud pana ministra

**Lidia
Sulikowska**

21 marca Minister Zdrowia przedstawił pomysły na skrócenie kolejek w ochronie zdrowia – bez wcześniejszych, obszernych konsultacji ze środowiskami lekarskimi, za to z zapowiedzią, że nie będzie na ten cel dodatkowych pieniędzy. Zmiany mają wejść w życie już w styczniu 2015 r.

Bartosz Arłukowicz przyznał, że aby przedstawione przez niego rozwiązania mogły zadziałać w praktyce, potrzebne jest zaangażowanie wielu środowisk medycznych. Nie przyjechał jednak na XII Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbywał się w tym samym czasie, co konferencja, i to zaledwie kilka kilometrów dalej.

Premier Donald Tusk jeszcze w grudniu ubiegłego roku zobowiązał Bartosza Arłukowicza, by ten do wiosny przedstawił konkretny plan działań na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Minister Zdrowia pomysł przedstawił w terminie, tyle że w mediach, nie informując wcześniej o tworzonej planie środowisk lekarskich (wyjątek stanowiła jedynie część onkologów). Wobec zaistniałej sytuacji krytyczne stanowisko wydała Naczelna Rada Lekarska, pisząc, że „sposób działania Rządu budzi zasadniczy sprzeciw” oraz że „strategiczne decyzje dotyczące rozwiązań systemowych muszą być przygotowywane od najwcześniejszych etapów koncepcyjnych z udziałem wszystkich, którzy będą uczestnikami procesu ich realizacji” (Stanowisko NRL z 4 kwietnia br. w sprawie „pakietu antykolejkowego” zaprezentowanego przez Premiera i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca br., pełna treść na www.nil.org.pl).

Bartosz Arłukowicz przyznał, że aby przedstawione przez niego rozwiązania mogły zadziałać w praktyce, potrzebne jest zaangażowanie wielu środowisk

medycznych. Nie przyjechał jednak na XII Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbywał się w tym samym czasie, co konferencja, i to zaledwie kilka kilometrów dalej. – Szkoda, bo mogłaby to być dobra okazja do rzeczowej dyskusji na ten temat. Pan minister wybrał jednak szum medialny, po raz kolejny ignorując środowisko lekarskie. To wszystko nie tak powinno wyglądać – ocenia Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Choć z drugiej strony nie byłoby chyba o czym rozmawiać, bo w momencie przedstawiania „pakietu antykolejkowego” nie było jeszcze gotowych projektów aktów prawnych, a same pomysły przedstawiono na konferencji prasowej w bardzo ogólnym zarysie. – To skandal. Cel, czyli skrócenie kolejek, w wielu przypadkach – po życie – jest szczytny, ale jak pokazuje praktyka, diabeł tkwi w szczegółach, a my tych szczegółów nie znamy – smutno skonkludował Maciej Hamankiewicz. Projekty do konsultacji społecznych zostały opublikowane dopiero ponad dwa tygodnie po medialnym show.

Projekty aktów prawnych, zawierające rozwiązania „pakietu antykolejkowego”, są dostępne na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji (legislacja.rcl.gov.pl), a także na stronie Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl / zakładka Aktualności). Uwagi można zgłaszać do 8 maja. Większość zmian, o ile uda się je przegłosować w Sejmie i Senacie, ma obowiązywać od 1 stycznia 2015 r., część od 1 stycznia 2016 r.

Rewolucja w onkologii

Co się w nich znalazło? Resort zdrowia skoncentrował się przede wszystkim na poprawie dostępu do opieki onkologicznej. Największe z proponowanych zmian to zniesienie limitów na świadczenia onkologiczne oraz skrócenie czasu diagnozy nowotworu złośliwego. Potwierdzenie lub wykluczenie choroby ma trwać nie dłużej niż siedem tygodni. Diagnozą i leczeniem będą mogły zająć się te jednostki, które przystąpią do programu „Szybkiej diagnostyki onkologicznej” i zagwarantują wykonanie poszczególnych świadczeń w ściśle określonych terminach. Projekt ustawy przewiduje, że diagnostyka podstawowa, pogłębiona i leczenie nie muszą być realizowane w ramach jednego podmiotu.

Minister na konferencji zapowiadał też, że czas od postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia ma wynieść maksymalnie trzy tygodnie oraz że lekarz specjalista ma skierować zdiagnozowanego już pacjenta do tzw. konsylium, a przydzielony koordynator ma pomagać w całym procesie leczenia – rozwiązanie to jednak jak na razie nie znalazło się w dotychczas opublikowanych projektach aktów prawnych.

Przepustką do leczenia w ramach „Szybkiej diagnostyki onkologicznej” ma być specjalna karta, którą wyda lekarz POZ, jeśli będzie podejrzewał u pacjenta nowotwór. Dzięki karcie będzie można zapisać się na wizytę do onkologa lub innego specjalisty (w zależności od typu nowotworu, np. do pulmonologa), do których obowiązywać będzie odrębna, wyłącznie onkologiczna lista oczekujących. – Z tych pomysłów może wyjść druga kolejka i to tak samo długa jak ta dla pozostałych pacjentów – ocenia Lidia Klichowicz, lekarz rodzinny z Łodzi. Karty będzie mógł wydawać tylko ten lekarz, którego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów będzie nie niższy niż minimalny wskaź-

nik rozpoznawania nowotworu. Czyli który lekarz? Wskaźnika jeszcze nie określono.

Zdaniem dra Jacka Krajewskiego, prezesa Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”, onkologia będzie czymś w rodzaju poligonu doświadczalnego, na którym być może uda się dojść do takich rozwiązań, które sprawdzą się także w innych specjalnościach, a także pomiędzy poszczególnymi szczeblami systemu.

... i po kolejkach?

Ministerstwo postanowiło wziąć się także za rozładowanie kolejek w specjalistycie, choć nie da się ukryć, że zaprezentowany plan działań może nie dać spektakularnych efektów. Zmiany mają zacząć się już na etapie lekarza rodzinnego. Będzie on miał do dyspozycji poszerzoną listę badań diagnostycznych,

m.in. o EKG wysiłkowe, holter EKG i ciśnieniowy, spirometrię, echokardiografię. Mają też zostać wprowadzone skierowania do okulisty i dermatologa. – Minister Zdrowia poszerza lekarzom POZ uprawnienia, ale nie wyjaśnia, że za tym idą dodatkowe obowiązki, które wydłużą czas trwania porady lekarskiej i prawdopodobnie zwiększą częstotliwość wizyt. Należy zatem zmniejszyć inne obciążenia, przede wszystkim te związane z prowadzeniem dokumentacji, sprawozdawczością i wypisywaniem recept zgodnie z rygorystycznymi przepisami. Przede wszystkim należy jednak zwiększyć motywację lekarzy do pracy w POZ. Obecnie jest nas tam za mało – uważa dr Jacek Krajewski.

Co jeszcze nas czeka? Pacjent będzie mógł zapisać się na badanie lub wizytę u specjalisty tylko w jednym miejscu i w ciągu 14 dni będzie musiał dostarczyć oryginał skierowania – jeśli tego nie zrobi, zostanie skreślony z listy. Ma to zapobiec, jak argumentuje Ministerstwo Zdrowia, zjawisku zapisywania się pacjentów na to samo świadczenie w nawet kilku podmiotach leczniczych, przez co tworzą się sztuczne kolejki. Z informacji resortu zdrowia wynika, że z tego powodu np. w kardiologii nie jest realizowanych 13 proc. porad w skali kraju. Aby pomysł wypalił, wszyscy świadczeniodawcy będą musieli prowadzić listy kolejkowe w formie elektronicznej, ale tutaj ministerstwo nie deklaruje żadnego dodatkowego wsparcia.

Bartosz Arłukowicz chce także, w końcu, rozpocząć planowanie infrastruktury opieki medycznej na podstawie tzw. map zdrowotnych, które już na poziomie poszczególnych powiatów mają określać rzeczywiste potrzeby Polaków. Zdaniem resortu zdrowia rynek świadczeniodawców jest niedostosowany do aktualnych potrzeb i między innymi z tego powodu w jednym regionie kolejki do danego świadczenia są dłuższe, a w innym prawie w ogóle ich nie ma. Pierwsze takie mapy ma stworzyć MZ, kolejne – wojewodowie, którzy poza tym, od stycznia 2016 r., będą wydawać opinie, czy dany nowy podmiot medyczny na ich terenie ma rację bytu – tylko pozytywna opinia będzie uprawniała do ubiegania się o kontrakt z NFZ.

Recepty

Szykują się też zmiany w zakresie recept. Na jednej recepcie będzie można zapisać ilość leku na 120 dni kuracji, wydłuży się też czas, na jaki może być dokonana preskrypcja – do 360 dni. Co więcej, od 2016 r. recepty na wybrane leki (lista jeszcze nie jest znana) będą mogły wystawiać także pielęgniarki i położne – te z tytułem magistra samodzielnie, a z tytułem licencjata – tylko na zlecenie lekarza. Ma to odciążyć pracę lekarzy. Zdaniem prezesa NRL Minister Zdrowia jest niekonsekwentny w swoim działaniu, bo dotychczas robił wszystko, aby maksymalnie skomplikować proces wystawienia recepty, a teraz proponuje, aby mógł się tym zająć personel pomocniczy. – Takie rozwiązanie jest realizowane na przykład w Niemczech i to z dobrym skutkiem, ale na gruncie polskiego systemu to brzmi wyjątkowo surrealistycznie. U nas nawet najmniejszy błąd grozi

sankcją. Nie wiem, czy pielęgniarki będą chciały się tego podjąć – komentuje Maciej Hamankiewicz.

Z tym samym budżetem

Niepokój budzi fakt, że zmiany dotyczące szeroko rozumianego „pakietu antykolejkowego” miałyby być wprowadzone bez dodatkowego finansowania. Naczelna Rada Lekarska miała co do tego obawy jeszcze przed publikacją projektów i uważała, że może to być kolejna polityczna obietnica bez pokrycia. „(...) Same zmiany organizacyjne, bez dodatkowych środków, nie będą w stanie istotnie poprawić sytuacji pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. (...) Stawia to pod dużym znakiem zapytania realność projektowanych zmian. W tej sytuacji słuszne propozycje skrócenia czasu oczekiwania w opiece onkologicznej muszą rodzić pytanie o to, które obszary ochrony zdrowia „zapłacą” za te zmiany. Podjęcie takich decyzji wymaga szerokiej debaty z udziałem wszystkich uczestników systemu” – czytamy w apelu NRL wydanym 4 kwietnia.

Problem mogą mieć także lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którym poprzez poszerzenie kompetencji zwiększy się ilość pracy, ale finansowanie w postaci stawki kapitałowej pozostanie bez zmian. Co prawda ma powstać fundusz badań kosztochłonnych, ale będzie on finansował badania, a nie dodatkową pracę lekarzy.

Będą za to dłuższe umowy z NFZ – w specjalistycie na 5 lat, w leczeniu szpitalnym na 10 lat, a w POZ – bezterminowo. Wyceną procedur medycznych ma zająć się Agencja Oceny Technologii Medycznych, a nie jak dotychczas – NFZ. W jednym z projektów zapisano także, że to Minister Zdrowia ma powoływać prezesa NFZ, a także dyrektorów poszczególnych oddziałów.

Sztuczny wzrost kadr

Zmiany wymagają dodatkowych rąk do pracy, a lekarzy już teraz brakuje. Tymczasem jedyne, co ma się zmienić, to zakres kompetencji lekarzy w trakcie specjalizacji. I tak lekarz, który rozpoczął specjalizację szczegółową, a już posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, będzie mógł rozpocząć samodzielną pracę w poradni specjalistycznej dotyczącej dziedziny szczegółowej, o ile uzyska potwierdzenie od kierownika swojej specjalizacji. W poradniach będą mogli pracować też lekarze w trakcie specjalizacji (w przypadku okulistyki oraz dermatologii i wenerologii – po drugim roku, a pozostałych dziedzin – po pierwszym, i muszą mieć potwierdzenie kierownika specjalizacji). Większe uprawnienia zyskają także lekarze z I stopniem specjalizacji. Resort zdrowia nie przewiduje natomiast działań poprawiających sytuację w dłuższej perspektywie, czyli zwiększenia liczby miejsc rezydentkich, nie mówi o sposobach zatrzymania lekarzy, którzy wolą pracować w innym kraju, ani o recepcie na zwiększenie liczby pielęgniarek oraz liczby pracowników zawodów paramedycznych, m.in. opiekunów osób starszych czy edukatorów zdrowia. ■

Co jeszcze nas czeka? Pacjent będzie mógł zapisać się na badanie lub wizytę u specjalisty tylko w jednym miejscu i w ciągu 14 dni będzie musiał dostarczyć oryginał skierowania – jeśli tego nie zrobi, zostanie skreślony z listy.

Szanowni Państwo!

Zwracamy się do Państwa wierząc, że dostrzeżecie wagę problemu, o którym będzie mowa.

W ostatnim okresie Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie stało się celem agresywnych ataków medialnych. Pojawiły się artykuły prasowe, doniesienia, wywiady telewizyjne, listy do przedstawicieli władzy i anonimy spełniające w naszym przekonaniu definicję dezinformacji i manipulacji faktami (tzw. czarny PR).

Nie możemy spokojnie patrzeć na niszczenie wieloletniego dorobku Centrum Onkologii – Instytutu w imię nieznanych nam doraźnych korzyści personalnych lub instytucjonalnych. Instytut, powołany przez Naród Polski na wniosek największego polskiego naukowca, Marii Skłodowskiej-Curie, ma ponad 80-letnią chwałebną historię.

Obecnie w Polsce rozpoznaje się rocznie ponad 150 tys. nowych przypadków nowotworów złośliwych, a ich liczba z roku na rok dramatycznie wzrasta. W ubiegłym roku w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie miało miejsce blisko 100 tys. hospitalizacji i udzielono 330 tys. świadczeń ambulatoryjnych. Przypomnijmy, że Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie prowadzi kompleksowe leczenie pacjentów z nowotworami złośliwymi z całej Polski i znajduje się w czołówce, jeśli chodzi o wyniki leczenia. Do naszego ambulatorium przychodzi codziennie ponad 1000 pacjentów wraz z opiekunami. W efekcie w przychodni przebywa około 3000 osób dziennie, podczas gdy była ona zaprojektowana dla zaledwie 300 osób. Obraz ten jest chętnie wykorzystywany przez media. Intensywne starania Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu o budowę nowego ambulatorium na terenach, które należą do Centrum Onkologii i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, są blokowane przez władze miasta.

Centrum Profilaktyki Nowotworów naszej jednostki koordynuje ogólnopolskie programy profilaktyczne i wdraża zasady Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. W Centrum Onkologii – Instytucie stosowane są nowoczesne zasady wielospecjalistycznego podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Wyrazem uznania dla naszej jednostki w europejskim systemie nauki i leczenia onkologicznego jest wybór Centrum Onkologii – Instytutu do Sieci Ośrodków Wiodących Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Nowotworów (EORTC). W ostatnich latach liczba opublikowanych przez nas prac naukowych wzrosła dwukrotnie i przyznano nam kategorię A Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W 2012 r. otrzymaliśmy największą liczbę grantów naukowych spośród wszystkich jednostek badawczych w Polsce.

Atmosfera narastającej nagonki medialnej negatywnie wpływa na nasze relacje z chorymi, co utrudnia proces terapeutyczny. Skutek może być taki, jaki obserwowaliśmy przed kilku laty w transplantologii polskiej. Naszym zdaniem, w wyniku oszczerstw i pomówień została przekroczona granica, poza którą chorym pozostaje już tylko brak zaufania i lęk. Skutki takich działań, obliczonych prawdopodobnie na doraźny efekt, będą bardzo trudne do naprawienia, nawet w perspektywie wieloletniej, co potwierdza przytoczony już przykład zapaści transplantologii.

Mamy świadomość, że nie jesteśmy jednostką doskonałą, ale jesteśmy otwarci na konstruktywną krytykę naszej działalności. Apelujemy o pomoc w przerwaniu oszczerstw i pomówień skierowanych przeciwko Centrum Onkologii – Instytutowi im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Warszawa, 6 marca 2014 roku

*Pod listem podpisało się 26 kierowników klinik i zakładów
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.*



**Konstanty
Radziwiłł**

Stały Komitet
Lekarzy
Europejskich

CPME wzywa europejskich decydentów do:

- wspierania autonomii zawodowej lekarzy w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
- przygotowania ram skutecznego systemu jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów;
- podejmowania międzysektorowych działań w celu likwidacji nierówności w zdrowiu.

Manifest Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME)

CPME przygotowuje się do rozpoczęcia współpracy z instytucjami UE po wyborach do PE. Dlatego już obecnie został opracowany manifest skierowany do polityków europejskich nowej kadencji.

Dokument ten, mający być wizytówką CPME i pierwszą prezentacją priorytetów środowiska medycznego wobec decydentów, przede wszystkim przypomina hasło „Zdrowie we wszystkich politykach”. Oznacza ono konieczność międzysektorowego podejścia do ochrony zdrowia w celu uzyskania poprawy w zakresie społecznych determinant zdrowia, zapobiegania chorobom i promocji zdrowia wśród Europejczyków.

CPME wzywa do dużej ostrożności w oszczędzaniu na zdrowiu, co robią niektóre kraje członkowskie UE w okresie kryzysu finansowego. CPME zwraca uwagę, że w konsekwencji może to wywołać wiele niekorzystnych, długofalowych skutków zdrowotnych, a w dłuższym wymiarze czasu może drogo kosztować także budżety tych państw.

CPME przypomina wagę autonomii lekarskiej będącej nie tyle realizacją jakiegoś szczególnego prawa lekarzy, ale prawa pacjentów do opieki medycznej, na jaką zasługują. Jedynie lekarz wolny od nacisków administracyjnych i finansowych jest gwarantem wysokiej jakości opieki medycznej.

Traktując dążenia do poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów jako konieczne priorytety w całej Europie, CPME zwraca uwagę, że warunkiem ich realizacji jest budowanie nowej kultury w zakresie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia. Należy koniecznie odejść od nawyku szukania winnych każdego zdarzenia, ich wskazywania i karania, na rzecz budowy nowego systemu wspólnego poszukiwania najlepszych rozwiązań poprawy jakości opieki.

CPME wzywa decydentów przygotowujących nowe przepisy dotyczące badań w medycynie, aby respektowali oni powszechnie przyjęte zasady etyczne gwarantujące bezpieczeństwo i prawa osób biorących w nich udział.

CPME dostrzega liczne, niesprawiedliwe nierówności w zdrowiu ciągle obecne, a nawet powiększające się wśród mieszkańców UE. CPME wzywa do podejmowania zdecydowanych działań zmierzających do tego, aby miejsce zamieszkania, status materialny, wykształcenie nie stanowiły dla żadnego Europejczyka bariery w dostępie do opieki zdrowotnej i dobrego zdrowia. ■

FOTO: Archwium prywatne



Sztuka właściwej komunikacji z pacjentem

Z prof. dr. hab. Jackiem Dąbałą, kierownikiem Samodzielnej Pracowni Komunikowania w Medycynie na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie i kierownikiem Katedry Warsztatu Medialnego i Aksjologii KUL, na temat sztuki nauczania właściwej komunikacji z pacjentem, rozmawia Marek Derkacz.

Niedawno został pan kierownikiem pierwszej w Polsce Samodzielnej Pracowni Komunikowania w Medycynie utworzonej na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Skąd wziął się pomysł na jej stworzenie?

Doceniam w tej decyzji w dobrze rozumianym interesie społecznym – mądrość, humanizm i dojrzałą wizję lepszego, zgodnego z duchem czasów, edukowania studentów medycyny. Poza tym często rozmawialiśmy na te tematy w czasie, gdy przez około dwa lata współpracowałem w Ministerstwie Zdrowia z zespołem rozważającym kwestie humanizowania medycyny. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że komunikowania w medycynie uczono i uczy się nadal na uczelniach medycznych, ale do tej pory innymi metodami, np. psychologicznymi, socjologicznymi lub filozoficznymi; natomiast my pierwsi wprowadzamy moduł filologiczno-medialny, zakorzeniony w tych humanistycznych dyscyplinach naukowych. Jedną dyscypliną, sposób czy metoda dziś już nie wystarczają; pokazują to zresztą reakcje niezadowolonych lekarzy i pacjentów. Uważam, że dopiero komplementarność tych wszystkich podejść zwiększa szanse skutecznego kształcenia w tym zakresie.

Jak wyglądają zajęcia z nauczania studentów właściwej komunikacji z pacjentem?

Zwykle studenci czytają przez kilkanaście minut wybrany tekst z zakresu medycyny, po czym realizujemy wytyczone zadania. Na przykład muszą wyjść na środek sali i dojrzałe komentować artykuł, zająć stanowisko, polemizować ze sobą, z wykładowcą, który między innymi koryguje język, styl, wymowę, tembr głosu, zaangażowanie, mimikę, gestykulację, całą tzw. autoprezentację studenta. Wskazuje na błędy dotyczące wszystkich poziomów komunikowania włącznie z zachowaniem. Innym razem są to zadania polegające na przeprowadzaniu przez studentów wywiadu w rolach charakterystycznych dla postaw zajmowanych w komunikowaniu medycznym, na przykład obojętnej, agresywnej lub cynicznej. Chodzi o doświadczanie empatii wzajemnej i grupy. Są też zadania z *savoir vivre* w medycynie, czyli komentowanie i odgrywanie scen zaczerpniętych z praktyki, z życia, aby unikać ewidentnych błędów we właściwym zachowaniu na wszystkich poziomach komunikowania się lekarza. To tylko część programu, oczywiście.

Jak ocenia pan zdolności komunikacyjne studentów medycyny? Czy potrafią oni skutecznie komunikować się z pacjentami?

Zauważyliśmy, że na początku realizowania programu z komunikowania w medycynie wielu z nich

jest bardzo nieśmiały, czasami nawet wycofanych, ostrożnych, niechętnie zabierających głos lub odwrotnie, bywają – na szczęście w stosunkowo małej liczbie – zbyt pewni siebie bądź obojętni, krytyczni wobec tego przedmiotu. Nie przekonują ich nawet przywoływane fakty, badania, statystyki, opinie środowiska lekarskiego. Uważają, że potrafią się komunikować, co samo w sobie od razu informuje nas, że nie potrafią, skoro tak mówią. Ot, studenckie dojrzewanie i zarazem potwierdzenie sensu uczenia komunikowania. Ale zmieniają się, a większość zachowuje się naprawdę wspaniale, ciężko pracują i przynoszą nam olbrzymią satysfakcję, gdy widzimy po semestrze efekt. Wierzę, że większość z nich w przyszłej pracy lekarza będzie się komunikować z pacjentami naprawdę dobrze.

A jakie błędy najczęściej popełniają przyszli lekarze w rozmowie z chorymi?

Niekiedy mówią niezrozumiale, za mało, chaotycznie, lekceważąco, pośpiesznie, z dystansem, nie nawiązują empatycznego porozumienia z chorym, chociażby na chwilę. Dodajmy, że tę chwilę pacjent na pewno zapamięta. Jeśli lekarz potrafi skupić się w komunikowaniu nawet na kilka minut i robi to autentycznie – tak, że pacjent to czuje, to znaczy, że jest na właściwym miejscu, jest po prostu dobry, profesjonalny.

W codziennej komunikacji dojrzałych już lekarzy z pacjentami również zdarzają się potknięcia i błędy. Które z nich, pana zdaniem, są najistotniejsze?

Sądzę, że poza znanymi przeszkodami związanymi ze złą organizacją pracy, z setkami papierów, jakie lekarz musi wypełniać w czasie, gdy powinien leczyć, problem dotyczy przede wszystkim wpojonych w trakcie nauczania standardów. Do tego dochodzą cechy charakteru, postawy, które w momencie komunikowania z pacjentem nie powinny mieć miejsca, na przykład pycha, arogancja, obojętność, lekceważenie, roztrzepanie, nerwowość, cynizm... Uważam, że im mocniej zostanie położony nacisk na równoległość ważności standardów behawioralnych i klinicznych, tym lekarze będą się lepiej komunikowali. Warto tu wspomnieć też o tym, że wielu studentów medycyny to osoby nieśmiałe, z różnymi nawykami środowiskowymi, reprezentujący różne kultury i wrażliwość. Im też trzeba pomóc, ośmielić, „rozgadać”, wzmocnić pewność siebie, uświadomić istotę i praktyczny sens komunikowania w medycynie. A innych warto nieco pohamować, uwrażliwić chociażby na egoizm, pychę czy wyrachowanie, które w tym szlachetnym zawodzie nie powinny się pojawiać.

Jak długo trwają prowadzone przez pana zajęcia i jakie jest podejsie

Sądzę, że poza znanymi przeszkodami związanymi ze złą organizacją pracy, z setkami papierów, jakie lekarz musi wypełniać w czasie, gdy powinien leczyć, problem dotyczy przede wszystkim wpojonych w trakcie nauczania standardów. Do tego dochodzą cechy charakteru, postawy, które w momencie komunikowania z pacjentem nie powinny mieć miejsca, na przykład pycha, arogancja, obojętność, lekceważenie, roztrzepanie, nerwowość, cynizm...

studentów medycyny do nowego przedmiotu?

Zajęcia są prowadzone przez 30 godzin seminaryjnych w jednym semestrze. Nastawiamy się głównie na I rok studiów. Wtedy najłatwiej ukształtować właściwe podejście do komunikowania. Potem, jak wskazują nasze doświadczenia, jest znacznie trudniej. Student za często „wie swoje”, co stanowić może poważny problem w edukacji, która wymaga elastyczności, otwartości, zaangażowania, a także dojrzałości, która odsłania się przez zdolność do samokwestionowania.

Wielu lekarzy w codziennych kontaktach z chorymi używa specjalistycznego, często niezrozumiałego dla chorych medycznego języka. Czy jest to efekt medycznego profesjonalizmu, dzięki czemu lekarze budują swój wizerunek i autorytet, czy może jest to pewnego rodzaju „grzech”, którego powinniśmy starać się unikać?

Wydaje mi się, że dla niektórych lekarzy jest to zasłona dymna, gdy nie wiedzą, co i jak powiedzieć, dla innych podnoszenie własnej wartości w oczach pacjentów, a dla pozostałych na przykład brak umiejętności. Nie potrafią przekładać języka specjalistycznego na zwyczajny, powszechnie zrozumiały, a nawet kolokwialny. Dlatego między innymi uczymy komunikowania w medycynie, staramy się wyeliminować te słabości lub przynajmniej uświadomić ich podłoże, pokazać drogi wyjścia ku pacjentowi.

W coraz większej liczbie szpitali wprowadzane są restrykcyjne programy oszczędnościowe, spowodowane niedostatecznym finansowaniem ochrony zdrowia w Polsce. Jak wytłumaczyć często coraz bardziej roszczeniowym, a niekiedy wręcz agresywnym pacjentom, że na przykład „tych badań nie możemy wykonać”?

Przede wszystkim zachować spokój i takt, kulturę osobistą. Za wszelką cenę trzeba tego pilnować, nie można wybuchnąć, mimo że człowiek z ustawicznego napięcia, odpowiedzialności lub przemęczenia wychodzi czasami z siebie. Uczciwie wyjaśnić, że to system zmusza do określonego postępowania, że nie lekarz jest adresatem skarg. Rozbroić roszczeniowego pacjenta można spokojem i serdecznością, poświęceniem – to działa. A jeśli nie działa, jeśli pacjent mimo wszystko jest agresywny, to znaczy, że lekarz wykonał co do niego należy i trzeba zawiadomić policję. Dobro i serdeczność też mają granice oddziaływania i należy rozpoznawać, kiedy nie działają. Sytuacje tzw. kryminalne wykluczają skuteczne komunikowanie i leczenie. Lekarz nie jest cudotwórcą.

W porównaniu do innych państw europejskich w naszym kraju mamy bardzo małą liczbę lekarzy w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców. Dodatkowo lekarzy coraz bardziej obarcza się licznymi obowiązkami administracyjnymi. To wszystko powoduje, że czasu dla pacjenta jest niewiele, zwłaszcza na dłuższą rozmowę z chorym. Jak można rozwiązać ten problem?

Tego typu problemy muszą skutecznie rozwiązywać politycy i urzędnicy. Skoro garną się do władzy, to znaczy – biorą na siebie odpowiedzialność wprowadzania mądrych przepisów, porządkowania systemu w interesie obywateli. My możemy tylko bronić się przed głupotą lub nieporadnością administracyjną decydentów, edukując na studiach medycznych, między innymi w komunikowaniu, jak tylko najlepiej potrafimy. Po to, żeby absolwenci lepiej radzili sobie w trudnych warunkach pracy. Nas interesuje skuteczne i optymalne leczenie w każdych okolicznościach. Pacjent ma czuć, że lekarz jest przy nim, że naprawdę się nim interesuje. Niezależnie od choroby krótkiego czasu na rozmowę, jaki przewidział system. Smutne, ale nie możemy się poddawać.

Podsumowując: jakie są oczekiwania pacjentów w Polsce, jeśli chodzi o właściwy język komunikacji z lekarzami?

Serdeczność i zaangażowanie widoczne od pierwszej do ostatniej chwili. Dobro emanujące z każdego zdania i zachowania – oto cała tajemnica doskonałego komunikowania się lekarza z pacjentem. Pacjent powinien czuć się dobrze poinformowany i bezpieczny. Oczywiście i zarazem trudne, prawda? ■

Nas interesuje skuteczne i optymalne leczenie w każdych okolicznościach. Pacjent ma czuć, że lekarz jest przy nim, że naprawdę się nim interesuje. Niezależnie od choroby krótkiego czasu na rozmowę, jaki przewidział system. Smutne, ale nie możemy się poddawać.

25 stycznia 2014 roku odszedł na wieczny dyżur
profesor dr hab. n. med. Wojciech Maria Kuś

absolwent Akademii Medycznej w Warszawie
stażysta Uniwersytetu Karola w Pradze
asystent w Miejskim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Warszawie
specjalista ortopedii i traumatologii oraz medycyny sportowej
adiunkt Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Warszawie
od 1993 roku profesor zwyczajny
w 1974 roku jako pierwszy w Polsce wykonał
artroskopię stawu kolanowego
nauczyciel piętnastu doktorów nauk medycznych
autor licznych książek i artykułów, wykładowca
odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski
członek polskich i zagranicznych towarzystw naukowych

Żegnamy Cię Profesorze, przyjacielu
– wierzymy, że nigdy nas nie opuścisz.

**koleżanki i koledzy z lat studiów
współpracownicy i uczniowie**

Porządek przede wszystkim



Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu

Lucyna Krysiak

Lekarze i lekarze dentyści z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu uchodzą za rzetelnych, uczciwych, ale też odważnych. Wiedzą, czego chcą i potrafią o to zawalczyć, jednak zawsze z poszanowaniem prawa i porządku.

Postawy te kształtowała trudna przeszłość, do której samorząd lekarski działający w tym regionie często się odnosi. Sięga roku 1922, kiedy po odzyskaniu przez Polskę niepodległości powstały pierwsze w kraju izby lekarskie. Były to: Warszawsko-Białostocka, Lwowska, Lubelska, Krakowska, Łódzka i Poznańsko-Pomorska, która rozpoczęła działanie w lutym 1923 r. Na początku zrzeszała zaledwie 667 lekarzy zamieszkujących województwa: poznańskie i pomorskie, ale już wtedy potrafiła ostro reagować na zjawiska zagrażające interesom środowiska lekarskiego. Był to czas kryzysu, inflacji i polityczno-ekonomicznego zamętu, a także wprowadzania nowego, opartego na kasach chorych systemu opieki zdrowotnej, który godził w prywatne praktyki, co szybko odbiło się na poziomie życia lekarzy. Pojawiły się problemy ze znalezieniem pracy, zmalały wynagrodzenia. Często dochodziło do niezdrowej walki o pacjenta, którego masowo przejmowały przychodnie i ambulatoria kasy chorych. Konflikty rodziło także wstrzymywanie pensji przez kasy chorych dla lekarzy za wykonywaną pracę i opóźnienia w wypłatach. Lekarzom żyło się coraz gorzej, również materialnie, co nie sprzyjało tworzeniu spójnej i zintegrowanej społeczności zawodowej. Izba rozpoczęła więc swoją działalność od koleżeńskiego apelu, w którym wzywała do zachowania równowagi w działaniach oraz zaniechania niesnasek i sporów zarówno wewnętrznych, jak i z władzami, czy różnego rodzaju organizacjami, także pacjenciami. Apel przypominał też, że lekarze dzierżą sztandar etyki lekarskiej, który powinien być dla nich drogowskazem, nakazując jednocześnie, by w swojej pracy kierowali się przede wszystkim własnym sumieniem.

Ocalić od zapomnienia

Pierwszym naczelnikiem Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej był Tadeusz Dembiński, który rozumiał, że spory stanowią zagrożenie dla wykonywania wolnego zawodu lekarza i starał się je łagodzić, prowadząc politykę polubownego ich rozstrzygania z zarządami kas chorych. Izba twardo jednak stała na stanowisku, że pacjentowi przysługuje prawo wolnego wyboru lekarza. Ostro piętnowała kasy chorych prowadzące politykę przywiązywania pacjentów do konkretnych placówek należących do ubezpieczalni, uważając takie działania

za nieetyczne. Równocześnie przeprowadzała rejestrację lekarzy, publikowała ich spisy, wydawała uprawnienia do wykonywania praktyki. Opracowała także statut Kasy Pogrzebowej i zaangażowała się w obronę wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, któremu groziła likwidacja. Uchwaliła statut Kasy Ubezpieczeniowej na wypadek śmierci i uregulowała zasady ogłaszania się lekarzy. Drugi naczelnik izby, Stanisław Jerzykowski, naciskał na zarząd kas chorych, aby zatrudniły w swoich placówkach większą liczbę lekarzy, którzy w nowym systemie nagminnie tracili własne praktyki. Również jego następca, prof. Paweł Gantkowski, skupił się na działaniach wokół tych problemów. Z jego inicjatywy w izbie zorganizowano Biuro Pośrednictwa Pracy, które miało wspomagać jej członków w poszukiwaniu zatrudnienia i czuwać nad sprawiedliwym podziałem posad. Wobec pogarszających się warunków życia lekarzy izba zwróciła się z apelem do tych, którzy mają wysokie dochody, by dobrowolnie zrezygnowali z ubocznych zajęć na rzecz gorzej sytuowanych kolegów, obarczonych liczną rodziną. – Historia naszej izby uczy, jak w dramatycznie trudnych sytuacjach ważna jest samorządność zawodowa, w której lekarz może znaleźć wsparcie – tłumaczy Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Dodaje, że choć tamte wydarzenia miały miejsce kilkadziesiąt lat temu, tak naprawdę niewiele różnią się od współczesności, zmieniły się tylko realia, problemy pozostały te same: NFZ, ustawy, które godzą w interesy lekarzy, ograniczając ich prawo do wykonywania wolnego zawodu, procesy sądowe, które nagłaśnia prasa. Zaznacza też, że izba od początku istnienia dążyła do wywalczenia dla lekarzy odpowiedniego statusu w społeczeństwie. Jak wiadomo, po wojnie władza zlikwidowała samorząd lekarski w Polsce, pozbywając się tym samym kłopotliwego partnera. Lekarz stał się urzędnikiem przydzielonym rejonowym pacjentom, a na jego prywatną praktykę patrzono z niechęcią, utrudniając jej prowadzenie.

Razem i osobno

Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu swoim zasięgiem obejmuje dawne województwa: poznańskie, konińskie, leszczyńskie i kaliskie. Na wniosek lekarzy z dawnego województwa pilskiego w obszar działania

– Historia naszej izby uczy, jak w dramatycznie trudnych sytuacjach ważna jest samorządność zawodowa, w której lekarz może znaleźć wsparcie – tłumaczy Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu.



WIL w 1999 r. Naczelna Rada Lekarska włączyła województwo pilskie. Obecnie izba ta zalicza się do największych w kraju, zrzesza 10 634 lekarzy i 3262 lekarzy dentyistów. Ma pięć delegatur pokrywających się terytorialnie z byłymi województwami, którymi kierują: w Koninie (Katarzyna Piotrowska), w Lesznie (Lidia Dymalska-Kubasik), w Kaliszu (Mariusz Pluciński), w Pile (Aldona Pietrysiak) i w Delegaturze Ostrowsko-Krotoszyńsko-Ostrzeszowskiej (Wiesław Wawrzyniak). Szefowie delegatur są w randze wiceprezesów, a dwoje z nich to lekarze dentyści. To dowód na to, że w tej izbie stomatolodzy są wyjątkowo aktywni i środowisko się z nimi liczy. Delegatury mają dużą autonomię i swobodę działania, co znacznie, jak podkreśla prezes WIL w Poznaniu, Krzysztof Kordel, ułatwia komunikację między członkami izby. – Ciągłe słyszę, że duże izby mają problemy z komunikacją. W naszej izbie tak nie jest. Delegatury mają swoje siedziby, rozwijają aktywności, które najbardziej odpowiadają ich zainteresowaniom i potrzebom, Poznań jest natomiast koordynatorem tych działań. Jako izba stanowimy spójną społeczność, ale na rzecz lokalnych interesów lekarzy działamy osobno, bo tak jest korzystniej – tłumaczy prezes Kordel. Pila i Kalisz mają własne siedziby, a ostatnio WIL zakupiła także siedzibę w Ostrowie Wielkopolskim. Planowana jest budowa siedziby w Koninie.

Po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. izba funkcjonowała pod nazwą Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska. 5 maja 1990 r. Naczelna Rada Lekarska zmieniła jej nazwę na Wielkopolska Izba Lekarska. Mimo bogatej, przedwojennej przeszłości izba zaczynała od zera. Nie dysponowała żadnym majątkiem ani siedzibą. Korzystała z uprzejmości Akademii Medycznej w Poznaniu i poznańskich szpitali. Przez pierwsze pół roku zbierała się w Zakładzie Anatomii Patologicznej AM przy ul. Przybyszewskiego. Potem spotkania Rady przeniesiono do Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, gdzie w dzierżawionych pokojach funkcjonowało biuro WIL. Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich oprócz lokalu Urząd Wojewódzki musiał zapewnić izbie warunki techniczne do prowadzenia działalności – WIL uzyskała od wojewody poznańskiego 70 mln zł na zakup komputerów i zgodę na zatrudnienie trzech pracowników na koszt urzędu. Aby ułatwić lekarzom z terenu kontakt z izbą już w lutym 1990 r. powołano 5 delegatur – w Gnieźnie, Kaliszu, Koninie, Lesznie i Ostrowie Wielkopolskim. Do końca I kadencji utworzono kolejne delegatury – w Kępnie, Krotoszynie i Kościanie. Dzisiejsze są ich zmodyfikowaną formułą. I i II kadencja należała do Piotra Dylewicz, kardiologa z Poznania, który – jak podkreśla Krzysztof Kordel – był „ojcem założycielem” poznańskiej izby. Organizował rejestr lekarzy, ewidencje stanowisk pracy, przewodniczył konkursom ordynatorskim i jak jego przedwojenni szefowie izby duży nacisk kładł na sprawy etyki zawodowej. Miał charyzmę i zapał, którymi zarażał wszystkich dookoła, a także rzadką umiejętność trafnej oceny

sytuacji w sposób rzetelny i prosty. Wciąż jest czynnym działaczem, wciąż sprawy samorządności lekarskiej leżą mu na sercu. III kadencja miała dwóch prezesów: Piotra Strzyżyńskiego i Jerzego Sowińskiego, który w trakcie go zastąpił i został prezesem również w IV kadencji. V przewodniczył Stefan Sobczyński, a VI i VII kadencji prezesuje Krzysztof Kordel. – To były kadencje tworzenia struktur i programu szkoleń, umacniania współpracy z poznańską Akademią Medyczną i towarzystwami naukowymi w kraju i za granicą, współtworzenia projektów reformy ochrony zdrowia, działania na rzecz równouprawnienia sektorów prywatnego i publicznego w leczeniu – wylicza prezes Kordel. Uważa, że działania poszczególnych kadencji trudno oddzielić od siebie kreską, aktywności w poszczególnych kadencjach przenikają się, na doświadczeniach poprzedników buduje się nowe projekty i rozwija zainicjowane wcześniej.

Praca i oszczędność

WIL zawsze interesowała się, jak lekarze żyją, jak sobie radzą w zmieniającej się rzeczywistości, jakie są ich potrzeby materialne, a także jak realizują się w życiu zawodowym. Socjał zajmował i wciąż zajmuje ważną pozycję w działalności tej izby. Jednym z celów jest także rewindykacja majątku przedwojennej Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej. Po likwidacji izb w 1950 r. majątki samorządów lekarskich sprzed wojny zabrał Skarb Państwa. Mimo starań nie udało się ich odzyskać, poznańskiej izbie również. Zakupione przed wojną ze składek lekarzy posiadłości (trzy nieruchomości przy ul. Chudoby, obecnie ul. Taczaka, przy św. Marcinie i przy ul. Jackowskiego) przy aktualnie obowiązujących uregulowaniach prawnych są nie do odzyskania, ale poznańscy lekarze nie tracą nadziei. – Mimo kryzysu przed wojną była to najbardziej zamożna izba w kraju, co wynika z poznańskiego zamiłowania do pracy organicznej, porządku i oszczędnego wydawania pieniędzy – zaznacza prezes Kordel. Podkreśla, że niewiele się zmieniło w tym względzie. Obecnie lekarze zrzeszeni w WIL także kierują się tymi wartościami. Z rozumą planują wydatki, potrafią racjonalnie gospodarować pieniędzmi i ten sposób myślenia przynosi efekty. Izba nie narzeka na deficyty finansowe, przeciwnie – wciąż zaskakuje nowymi przedsięwzięciami. Siedzibę ma w centrum Poznania przy ul. Nowowiejskiego 51. W zasadzie są już trzy budynki, które stanowią kompleks WIL. To odrestaurowane przedwojenne wille z lat 30. minionego stulecia i domek ogrodniczy przerobiony na biura. Główna siedziba to willa, w której przed wojną mieszkał poznański lekarz ginekolog. Gabinet prezesa znajduje się w jego bibliotece. – Obiekty te mają wartość historyczną i zawsze musimy się liczyć ze zdaniem konserwatora zabytków, co czasem ogranicza nasze pomysły, ale szanujemy historię i jesteśmy dumni, że możemy być jej częścią, tworząc na jej zrębach własną – podkreśla prezes. WIL stara się połączyć przeszłość z teraźniejszością, siedziba

WIL chce także w izbie otworzyć kancelarię prawną, która świadczyłaby usługi lekarzom pięć dni w tygodniu. To także jedyna izba w Polsce, która swoim członkom wykupiła bezpłatny abonament do korzystania z serwisu „Prawo i medycyna”.

jest funkcjonalna, ma własny wygodny parking, a jednocześnie nawiązuje do tradycji stanu lekarskiego sprzed wojny. Obiekty te stanowią wymarzoną scenerię dla prowadzenia działalności kulturalnej. To tutaj odbywają się próby i koncerty jedyne w kraju zespołu muzycznego „Operacja muzyka”, chóru i zajęcia koła plastycznego. To wszystko tworzy szczególny klimat, który sprzyja komunikacji, rozmowom, odpężeniu. Jednak priorytetem są szkolenia. Przez izbę rocznie przewijają się tysiące szkolących się lekarzy. – Jestem wrogiem prostego rozdawnictwa pieniędzy na szkolenia, wolę organizować je lub współorganizować w naszej izbie, odbywa się to po kosztach, a firmy szkolące są znacznie droższe – mówi Krzysztof Kordel. Zaznacza jednocześnie, że izba dopłaca do obowiązkowych szkoleń, wywiązuje się więc ze zobowiązań. Powodzeniem cieszą się organizowane w izbie szkolenia z reanimacji dla lekarzy i lekarzy dentyków (izba kupiła nawet w tym celu własne fantomy) oraz szkolenia z obsługi komputerów, a także warsztaty z medycyny praktycznej, np. nefrologia w praktyce lekarza rodzinnego, kardiologia dziecięca, które prowadzą kierownicy klinik. Regularnie szkolą się też lekarze dentyści, którzy spotykają się w Zawidowicach. Szkolenia te (uczestniczy w nich 200-250 osób) organizuje delegatura w Kaliszu, której zamysłem jest łączenie celu edukacyjnego z rekreacyjnym i integracyjnym. – To dzięki znakomicie układającej się współpracy z Uniwersytetem Medycznym udaje się nam podejmować tak ambitne inicjatywy – zastrzega prezes Kordel.

Integracja poprzez zabawę

Lekarze z WIL w Poznaniu znani są z tego, że mają racjonalne podejście do życia, szczególnie jeśli chodzi o wykonywany przez nich zawód lekarza. Towarzystwo są jednak bardzo otwarci i chętni do zabawy. Potrafią się zorganizować i przyjechać na przedstawienie do operetki w 600 osób i później zjeść jeszcze wspólną kolację w izbie. Chętnie biorą udział w spotkaniach świątecznych. Wiele imprez jest organizowanych z myślą o seniorach, o których w WIL mówi się „wcześniej urodzeni”. Uczą się komputera, a tu nie ma ograniczeń wiekowych, czasem żartują, że „komputer nie diabeł, nie użre”. – Zatrudniamy w izbie dwóch młodych infor-

matyków, którzy są w stanie nauczyć obsługi komputera każdego – mówi Krzysztof Kordel.

W tej izbie każdy lekarz, który skończył 90 lat, otrzymuje gratyfikację pieniężną. Izba prowadzi obecnie badania, jakie byłoby zapotrzebowanie na dom seniora, rozważając w przyszłości uruchomienie takiej placówki. Wypłacane są też zapomogi sierocie i becikowe. Komisja Młodych Lekarzy wymyśliła nagrodę mentora – jest to statuetka dla najbardziej zaangażowanych nauczycieli w prowadzenie specjalizacji. WIL chce także w izbie otworzyć kancelarię prawną, która świadczyłaby usługi lekarzom pięć dni w tygodniu. To także jedyna izba w Polsce, która swoim członkom wykupiła bezpłatny abonament do korzystania z serwisu „Prawo i medycyna”. Poznańską inicjatywą jest również Polska Orkiestra Lekarska. Składa się z 43 lekarzy muzyków, koncertuje dwa razy do roku, przy znaczącej pomocy Naczelnej Izby Lekarskiej. Tak duża izba musi mieć także swoich sportowców, są wśród nich lekkoatleci, maratończycy, mistrz świata w szachach symultanicznych i grupa osiągniętych sukcesy tenisistów. WIL od początku dużą wagę przywiązywała do tego, by lekarz miał poczucie, że jest u siebie. – Odkąd jestem prezesem, nie zdarzyło się, aby ktoś skarżył się na pracowników izby, u nas ich sprawy załatwiane są „od ręki” – zapewnia prezes Kordel. Od początku działania izba obrała sobie za punkt honoru docieranie z informacją do swoich członków. Krótco po reaktywacji rozpoczęła wydawanie Biuletynu Informacyjnego. Jego pierwszy numer nie był nawet opatrzony datą. Drugi ukazał się w 1990 r. Za jego redagowanie odpowiedzialni byli Piotr Kolasiński i Andrzej Baszkowski. Także delegatura WIL w Kaliszu od 1990 r. wydawała swój periodyk, który początkowo ukazywał się pod nazwą „Serwis Informacyjny”, później „Aesculapius”, podobnie delegatura WIL w Koninie, która wydawała swój „Medyczek Koniński”. Biuletyn informacyjny tej izby prowadzi nieprzerwanie do dziś Andrzej Baszkowski, który jest nie tylko jego znakiem rozpoznawczym, ale osobą, która poprzez to medium utrwała współczesne dzieje samorządu lekarskiego na terenie wielkopolski. ■

Korzystałam z opracowania „Wielkopolska Izba Lekarska – Tradycja i współczesność 1921-1999” pod red. Andrzeja Baszkowskiego, Jerzego T. Marcinkowskiego, Andrzeja Zarzyckiego.

Przez izbę rocznie przewijają się tysiące szkolących się lekarzy. – Jestem wrogiem prostego rozdawnictwa pieniędzy na szkolenia, wolę organizować je lub współorganizować w naszej izbie, odbywa się to po kosztach, a firmy szkolące są znacznie droższe – mówi Krzysztof Kordel.

Warto wiedzieć

Metryka – Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu

Terytorium: województwo wielkopolskie
Adres: ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań
Kontakt: tel. 61 852 58 60
e-mail: izba@wil.org.pl
Strona internetowa: www.wil.org.pl
Liczba członków: 13 896, w tym lekarzy 10 634 i 3262 lekarzy dentyków
Liczba delegatów na zjazd: 296
Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 52
Prezes: Krzysztof Kordel
Wiceprezesi: Andrzej Obrębowski, Katarzyna Piotrowska, Lidia Dymalska-

Kubasik, Aldona Pietrysiak, Mariusz Pluciński, Andrzej Cisko
Delegatury: w Koninie, w Lesznie, w Kaliszu, w Pile, w Ostrowie Wielkopolskim
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Artur de Rosier
Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Jerzy Sowiński
Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Ryszard Karolak
Liczba pracowników etatowych: 34
Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenie: 9





**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Mamy tylko jedno
życie i trzeba
je przeżyć jak
najpiękniej, bez
złości i zawiści.
Zagubieni
w papierologii
zapominamy
jednak o uczuciach
i drugim człowieku.

Czas na refleksję

*Nie usiłuj naginać biegu wydarzeń do swoich pragnień,
lecz swoje pragnienia naginaj do biegu wydarzeń – a będziesz szczęśliwy.*
Epiktet z Hierapolis

Podziwiam mądrość wielkich filozofów, gdyż ich myśli są ponadczasowe i nie tracą na wartości bez względu na epokę. Zastanawiam się, dlaczego nie potrafimy, a może nie chcemy skorzystać z ich wiedzy. Niektórzy z godnym podziwu uporem, przekonani o swojej nieomyślności i własnych racjach, postępują wbrew ostrzeżeniom mędrców. A przecież energię, którą marnotrawią na trwanie w uporze, mogliby wykorzystać do bardziej owocnych działań.

Wiosna już przyszła, jak co roku świat zaczął rozkwitać i rozbrzmiewać radością. Przyroda jest mądra – wie, jak i w którym kierunku uwolnić uspione zimą pokłady życia. Potrafi także przygotować się na trudny czas. Dlaczego zatem my, ludzie myślący, nie potrafimy korzystać z jej podpowiedzi i czerpać z mądrości innych? Zastanawiam się też, dlaczego my, lekarze, dajemy wciągnąć się w politykę uprawianą przez rządzących? Zamiast wszelkimi sposobami zabiegać o możliwości leczenia chorych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a tym samym polepszyć warunki własnej pracy i opinii o naszym zawodzie, dajemy się wciągać w jakieś gierki. A przecież mamy piękny, zielony maj, zieleń to kolor nadziei na lepsze jutro. Przypominam sobie z dzieciństwa, ile radości dawało wspólne spędzanie czasu na majówkach z rodziną i ze znajomymi. Nie były potrzebne wyszukane kurorty, wykwinne jedzenie. Liczyło się bycie w gronie najbliższych, nad jeziorem, w lesie, w parku, radość ze wspólnej zabawy.

Jestem pełna podziwu i uznania dla kobiety, która zmagając się z chorobą nowotworową, wystartowała w konkursie muzycznym jednego z telewizyjnych show. Nie liczyła na taryfę ulgową. I nikt z rywali ani jurorów takiej taryfy jej nie dał. Przeszła do drugiego etapu, bo była naprawdę dobra. Niestety, choroba nie pozwoliła jej zrobić więcej. W finale nie uczestniczyła. Walczyła jednak do końca, a swoje marzenia realizowała uśmiechnięta i radosna. Pokazała, że o życie należy walczyć, mimo że czasem wystawia nas na ciężkie próby i nie daje wyboru. Myślę, że nie tylko my, lekarze, ale też wielcy tego świata, powinniśmy brać przykład z takich postaw. Mamy tylko jedno życie i trzeba je przeżyć jak najpiękniej, bez złości i zawiści. Zagubieni w papierologii zapominamy jednak o uczuciach i drugim człowieku.

Współczesny świat jest nastawiony na efektywność. Liczą się jedynie sukcesy i osiąganie jak największych korzyści, to tak jak by istnieli jedynie sami geniusze, o rozwój których nikt nie dba, bo szkoda na to czasu. Ta pogoń zabija człowieczeń-

stwo. Pozbawia uczuć i umiejętności odczuwania radości i zrozumienia odczuć innych ludzi. Coraz mniej z nas potrafi cieszyć się życiem i dostrzegać jego piękno. Wyprani z uczuć, zmęczeni nie potrafimy odpoczywać, nie zauważamy, że życie przecieka nam przez palce. Tworzymy świat geniuszy, pozbawionych wszelkich cech ludzkich, nadmiernie wierzących we własne umiejętności.

Zbyt wielka wiara we własne siły czasem bywa zgubna, w przypadku niepowodzeń prowadzi do frustracji i rozgoryczenia, za własne niepowodzenia oskarżamy innych. Trzeba mieć dystans do siebie. I pamiętać, że prawie nigdy nie odnoszą sukcesów ci, którzy nieustannie i zaciekle forsują własne pomysły, bez zastanowienia się, bez uwzględnienia zdania innych. Wiele nie zdziałają też ci, którzy nieustannie próbują zmieniać bieg wydarzeń według własnych ambicji. Takie działania prawie zawsze kończą się fiaskiem, co potwierdzają historie z przeszłości. Najlepsze efekty uzyskuje się w pracy zespołowej. I bez względu na to, co robimy – śpiewamy, leczymy czy gotujemy – zawsze wybieramy lidera, który wytycza drogę grupie. Wszelkie próby rozbijania jej jedności i działania na własną rękę zazwyczaj kończą się fiaskiem. Trzeba mieć wspólny cel i do niego dążyć. Razem można zrobić dużo więcej i lepiej. Weźmy choćby przykład z poletka kulinarnego. Gdyby nie było szefa kuchni, a każdy z kucharzy uważałby, że jest tym najmądrzejszym, do jednej potrawy wpadałyby przyprawy według uznania każdego z nich i powstałaby potrawa co najmniej niejadalna.

Takim przykładem, moim zdaniem, są próby zmian przepisów regulujących zasady udzielania świadczenia medycznych przez specjalistów widziane okiem ministerstwa. Zamiast zadbać o większy budżet na zdrowie, próbuje się likwidować kolejki poprzez wprowadzenie skierowań do okulistów i dermatologów. Zastanawiam się, w jaki sposób ma to być osiągnięte. Według tej zasady pacjent będzie zamiast w jednej kolejce stał w dwóch: do lekarza POZ i później do specjalisty. Dodatkowo wprowadzi się zwiększone wymogi sprzętowe dla lekarzy rodzinnych, zakup którego to sprzętu pokryją z własnych środków, a specjalistom i tak nie planuje się zwiększyć ilości porad. Czysty zysk, tylko dla kogo, gdyż nie skorzystają z niego ani lekarze ani pacjenci.

Może warto zmienić poglądy i skorzystać z rady, jaką podpowiada Lew Tołstoj: „często, aby stało się to, czego pragniemy, trzeba przestać robić to, co robimy”. ■



Wszyscy jesteśmy lekarzami

Z Agnieszką Ruchałą-Tyszler, nowo wybraną wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Stomatolodzy stanowią około 22 proc. całej społeczności lekarskiej i chcą, aby ich głos był słyszalny. Czy już pani wie, jakie mogą być ich oczekiwania wobec nowego wiceprezesa NRL, który z założenia ma reprezentować ich interesy w samorządzie?

W samorządzie lekarskim działam od 14 lat, a ponieważ jestem stomatologiem prowadzącym praktykę lekarską, to oczywiste, że moja aktywność jest ukierunkowana na lekarzy dentystów. Tematy i bolączki tego środowiska nie są mi więc obce, a będąc przez ostatnie cztery lata członkiem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, powiedziałabym nawet, że są mi bardzo bliskie. Praca w tej komisji pozwoliła mi z szerszej perspektywy zobaczyć, z jakimi problemami borykają się stomatolodzy w poszczególnych izbach okręgowych, jakie działania podejmują i jaka jest ich skuteczność. Każda z izb ma swoją specyfikę, te problemy są więc zróżnicowane. Moją rolą jako nowego wiceprezesa NRL, a także nowej przewodniczącej Komisji Stomatologicznej NRL, będzie określenie wspólnej strategii działania. Wiadomo, że są sprawy pilne i pilniejsze, są też sprawy budzące silne emocje w środowisku. Jednym z takich tematów jest kształcenie i to już na etapie przygotowania do wykonywania zawodu lekarza, co wiąże się ze zniesieniem stażu podyplomowego czy zmianami w programie nauczania. Zmiany te będą uciążliwe zarówno dla uczelni, jak i każdego szeregowego stomatologa. Wymagają większych nakładów finansowych i materiałowych, a już wiadomo, że Ministerstwo Zdrowia ich nie zapewni. Samorząd lekarski zajmuje się głównie kształceniem podyplomowym i napotyka na ogromne przeszkody, by w pełni realizować to zadanie, bo zbyt mała grupa lekarzy dentystów może wejść w system specjalizowania się.

Z czego to wynika?

Ministerstwo Zdrowia przyznaje zbyt małą liczbę miejsc rezydenckich. O skali problemu świadczy fakt, że tylko 2 proc. stomatologów specjalizuje się w systemie rezydenckim. Większość, chcąc podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, decyduje się

na wolontariat. Nie trzeba tłumaczyć, jakim kosztem to się odbywa. Lekarz musi pracować i zarabiać, by utrzymać siebie, a często – przecież to są dorośli ludzie – także swoją rodzinę. To będzie wymagało zmian. Patrząc z perspektywy działacza samorządowego, a także lekarza specjalisty, wiem, że w stomatologii nie można uprawiać wszystkich dziedzin na jednakowym poziomie. Każdy lekarz dentysta upodobał sobie jakąś dziedzinę, a specjalizacja ma umożliwić jej zgłębienie, poszerzenie. Wiedza wyniesiona ze studiów stanowi bazę, na której buduje się proces specjalizacji. Moim marzeniem jest, aby nie tylko instytuty stomatologiczne czy przychodnie wojewódzkie, ale indywidualne i grupowe specjalistyczne praktyki miały akredytacje umożliwiające prowadzenie specjalizacji i nad tym będziemy intensywnie pracować.

Na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy jeden z delegatów zgłosił wniosek, aby ograniczyć przyjęcia na stomatologię, bo jest za dużo lekarzy dentystów. Co pani o tym sądzi?

Na pewno problem należy przeanalizować, dlatego wystąpiliśmy jako Komisja Stomatologiczna NRL do Ministerstwa Zdrowia o udostępnienie nam informacji na temat liczby foteli dentystycznych w poszczególnych uczelniach, bo to się bezpośrednio przekłada na poziom kształcenia kadr. Za dużo stomatologów czy może za mało? Odpowiedź na to pytanie nie jest taka jednoznaczna. Zależy od punktu widzenia. Najwięcej praktyk lekarzy dentystów jest skupionych w wielkich miastach, gdzie są instytuty, kliniki i tu rzeczywiście może być odczuwalny ich nadmiar. Ale w Polsce wciąż jest wiele miejsc, gdzie lekarz dentysta jest poszukiwany, gdzie dostęp do gabinetu stomatologicznego jest trudny. Byłabym więc ostrożna z podejmowaniem decyzji o ograniczeniu przyjęć na stomatologię. Trzeba znaleźć takie rozwiązanie, które spełniłoby oczekiwania całego środowiska i pacjentów. Może wzorem Niemiec wprowadzić przepisy umożliwiające odkupowanie praktyk? Trzeba też podkreślić, że poglądy na ten temat stomatologicznego środowiska naukowego są w tym względzie rozbieżne z opiniami lekarzy dentystów prowadzącymi praktyki. Będziemy więc musieli znaleźć jakiś konsensus.

Ministerstwo Zdrowia przyznaje zbyt małą liczbę miejsc rezydenckich. O skali problemu świadczy fakt, że tylko 2 proc. stomatologów specjalizuje się w systemie rezydenckim. Większość, chcąc podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, decyduje się na wolontariat.

Usługi stomatologiczne są niemal w stu procentach sprywatyzowane i wydawałoby się, że stomatologom wiedzie się całkiem dobrze, a jednak słychać głosy niezadowolonych...

To, że jesteśmy sprywatyzowani, pozwala nam prowadzić działalność gospodarczą i decydować o sobie, ale jako lekarze nie podlegamy prawom wolnego rynku. Mamy mnóstwo ograniczeń, obciążeń biurokratycznych, które utrudniają nam życie. Przykładem jest składanie wniosków o produkcji spalin. Jako lekarze dentyści tych spalin emitujemy tak niewielkie ilości, że cała ta skomplikowana procedura wydaje się śmieszna. Przepisy te dotyczą przedsiębiorców, głównie firm transportowych, a lekarze dentyści powinni być z tego wyłączeni. Kolejna bolączka to Narodowy Fundusz Zdrowia i marginalizowanie stomatologii w podziale środków na leczenie. 50 zł rocznie na obywatela, które przeznacza NFZ, mówi samo za siebie. Jako lekarz praktyk nie wyobrażam też sobie, aby mieć tylko 20 minut na leczenie pacjenta, a takie normy śrubuje NFZ. Jeśli lekarz ich nie przestrzega, nie jest w stanie zrealizować kontraktu. Trzeba się zastanowić, jak to zmienić, jakie przepisy wprowadzić, by obok siebie mogli na rynku funkcjonować zarówno lekarze dentyści prywatni, jak i kontraktowi. Obecnie tylko 30 proc. stomatologów jest w systemie NFZ, to znaczy ma podpisane kontrakty. Pozostali to wyłącznie praktykujący prywatnie. Rzecz w tym, by układ ten był sprawiedliwy, by grupa, która korzysta z pieniędzy publicznych, nie odbierała pacjentów sektorowi prywatnemu, by nie eliminowała ich z rynku. Trzeba szeroko zakrojonej dyskusji na ten temat, którą na pewno podejmijemy.

Komisja Stomatologiczna NRL jest dla wiceprezesa kluczowa w wytyczaniu kierunków działania. Jaką ma pani wizję pracy tej komisji w nowej kadencji?

Członkami komisji są przewodniczący jej odpowiedników w okręgach, co pozwala bezpośrednio skonfrontować się z problemami, które tam występują. Uważam jednak, że komisja na szczeblu NRL, mimo różnic zdań wynikających z regionalnego postrzegania problemów, powinna działać razem, zespołowo i wypracowywać stanowiska, które są najlepsze dla ogółu. Możemy się spierać, dyskutować, burzliwie, żywiołowo, ale z dystansem do lokalnych interesów. Chciałabym, aby Komisja Stomatologiczna NRL pracowała merytorycznie. Mam też nadzieję, że będę miała wsparcie, tak jak moja poprzedniczka, w obecnym prezesie NRL i nasze postulaty będą poddawane pod dyskusję na posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej. Jesteśmy w mniejszości, ale wierzę, że nasz głos będzie się liczył. Aby być bardziej słyszalnym na pewno trzeba zintensyfikować działania na rzecz kontaktów z parlamentarzystami, resortem zdrowia, z towarzystwami naukowymi, instytucjami ochrony zdrowia. Będziemy zmierzać do tego, aby mieć wpływ na legislację i to na etapie jej tworzenia. Trzeba dą-

żyć do zmniejszenia obciążeń administracyjnych, które obecnie stomatolodzy dźwigają na swoich barkach. Nasze działania nie muszą być spektakularne, ważne, aby były skuteczne. Takie przykłady już są. Do niedawna za niezłożenie w terminie odpadów medycznych lekarz dentyista musiał zapłacić karę w wysokości 10 tys. zł. Dzięki naszym staraniom kara jest nieporównywalnie mniejsza, adekwatna do przewinienia. Jako stomatolodzy jesteśmy przedsiębiorcami w skali mikro i papierologia nie powinna nam przysłaniać głównego celu, jakim jest leczenie pacjenta. Mamy swój kodeks etyki i ograniczenia zawodowe, na przykład nie wolno nam się reklamować, nie można więc nas traktować jak sklepikarzy czy transportowców.

Wciąż są tacy, którzy chcą utworzenia odrębnej izby, twierdząc, że zyskałyby na tym interesy stomatologów...

Jestem przeciwna takim dążeniom do autonomii, ponieważ wszyscy jesteśmy lekarzami i powinniśmy stanowić spójną społeczność. Tylko wtedy mamy siłę przebicia, jesteśmy partnerami dla rządu, parlamentu, dla NFZ. Potwierdził to protest przeciwko ustawie refundacyjnej, kiedy nie było podziałów na lekarzy i lekarzy dentyistów, wspólnie staraliśmy się osiągnąć wytyczony cel. Jesteśmy tak małą grupą zawodową, że musimy się trzymać razem. Górników i hutników jest więcej i źle byłoby, gdyby to oni decydowali o naszych sprawach. Wszelkie podziały nie powinny mieć miejsca i jedynym reprezentatywnym organem powinna być dla nas Naczelna Rada Lekarska. Jako stomatolodzy robimy swoje, ale trzymamy się obecnej struktury. Nasze cele jako lekarzy są takie same, różni nas specyfika naszej pracy.

Wynik wyborów na funkcję wiceprezesa NRL świadczy o tym, że ma pani znaczne poparcie środowiska, ale też ujawnili się opozycjoniści. Nie obawia się pani współpracy z nimi?

Nigdy nie zabiegałam o to, by pełnić w samorządzie jakiejkolwiek funkcje, zawsze uważałam, że należy się zdać na naturalny głos środowiska. Nie ukrywam jednak, że jest przyjemnie, kiedy zostaje się docenionym i obdarzonym zaufaniem przez kolegów, ale chcę też podkreślić, że nie zostałam wiceprezesem NRL z przypadku. W swojej macierzystej izbie szczecińskiej w wyborach do Okręgowej Rady Lekarskiej uzyskałam największą liczbę głosów. Także mandat delegata na XII Krajowy Zjazd Lekarzy otrzymałam jako pierwsza na liście. A opozycjoniści? No cóż, dobrze, że są, bo głosy krytyczne stają się inspiracją do bardziej kreatywnego myślenia i konstruktywnego działania. Mogę zapewnić, że niezależnie od okoliczności, zawsze będzie się dla mnie liczyć opinia środowiska. Wychodzę z założenia, że jeden człowiek nic nie robi, ale już we dwoje można przenosić góry. ■

Wszelkie podziały nie powinny mieć miejsca i jedynym reprezentatywnym organem powinna być dla nas Naczelna Rada Lekarska. Jako stomatolodzy robimy swoje, ale trzymamy się obecnej struktury. Nasze cele jako lekarzy są takie same, różni nas specyfika naszej pracy.

Kongres Perio 2014

**Marta
Jakubiak**

**Anna
Lella**

29 marca odbyła się w Warszawie I Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. Do stolicy przyjechali stomatolodzy z całej Polski, a wśród wykładowców znalazło się wiele znakomitości z całego świata.



FOTO: Marta Jakubiak

Na konferencję do Warszawy przyjechali wykładowcy z najwyższej półki, których nazwiska we współczesnej periodontologii najbardziej się liczą.

Jeszcze do niedawna polscy lekarze dentyści mogli uczestniczyć w organizowanych co trzy lata konferencjach Europejskiej Federacji Periodontologicznej jedynie jako obserwatorzy. Zaledwie ponad rok temu stali się rzeczywistymi członkami EFP, dzięki wyłonieniu ze struktur Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i zarejestrowaniu 7 lutego 2013 r. Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego jako samodzielnej organizacji. Wydarzenie to miało ogromne znaczenie dla polskiej periodontologii, a członkowie PTP automatycznie stali się członkami EFP i zyskali dodatkowe uprawnienia, jak chociażby kody dostępu do bibliotek prenumeraty online najlepszych czasopism periodontologicznych, gdzie na bieżąco mogą monitorować najnowsze doniesienia naukowe. Biorąc pod uwagę fakt, że Polskie Towarzystwo Periodontologiczne jest tak młodą organizacją, zorganizowanie pierwszej, i do tego międzynarodowej konferencji, było nie lada wyzwaniem. Czy okazało się sukcesem? Z pewnością tak. A o potrzebie poprowadzenia takiego przedsięwzięcia niech świadczy choćby fakt, że jeszcze przed rozpoczęciem konferencji trzeba było zamknąć listy rejestracyjne z powodu braku wolnych miejsc.

Trening czyni mistrza

W dniu poprzedzającym konferencję odbyły się warsztaty, w czasie których prof. Mariano Sanz z Universidad Complutense de Madrid poprowadził szkolenie

praktyczne z zakresu plastycznej chirurgii śluzówko-wo-dziąsłowej. Uczestnicy kursu na żuchwach świr samodzielnie wykonali zabiegi pokrywania recesji dziąsła z użyciem przeszczepu łącznotkankowego (w technice dwuwarstwowej) oraz z użyciem matrycy kolagenowej, a także poszerzania strefy dziąsła rogowaciejącego z użyciem przeszczepu łącznotkankowego oraz z użyciem matrycy kolagenowej.

Warsztat „Tajemnice sterowanej regeneracji kości (GBR) i postępowanie z tkankami w nowoczesnej implantologii stomatologicznej” poprowadził dr Eli Friedwald (Tel Aviv, Izrael). Uczestnicy tej części ćwiczeń doskonalili się w zakresie planowania i prowadzenia leczenia ubytków kostnych wokół implantów z wykorzystaniem procedur sterowanej regeneracji kości (GBR) oraz postępowania z tkankami miękkimi w obszarze regeneracji.

Konferencja

Spotkanie uroczyste otworzyła prof. Renata Górka, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. Część merytoryczną rozpoczęła wykładem „Niechirurgiczne a chirurgiczne leczenie chorób przyzębia”, który w kulisach oceniany był jako niezwykle ciekawy i wartościowy merytorycznie. Zaprezentowała wyniki przeprowadzonych ostatnio badań, z których wynika, że powyżej 90 proc. badanych osób wymaga poprawy

stanu higieny jamy ustnej oraz profesjonalnego usunięcia złogów nazębnych. – Choroby przyzębia należą do chorób społecznych i stanowią istotny problem zdrowotny dla wielu tysięcy osób, niezależnie od wieku pacjenta – podkreślała. W czasie wykładu omówiła również współczesne metody niechirurgicznego leczenia zapaleń przyzębia oraz wyniki badań oceniających skuteczność leczenia niechirurgicznego i chirurgicznego w aspekcie redukcji głębokości kieszonek, a także odbudowy tkanek przyzębia. – Badania wykazały, że w przypadku nieleczzonego przewlekłego zapalenia przyzębia progresja w okresie sześcioletnim wystąpiła u około 8 proc. chorych. Większość pacjentów powinna być leczona niechirurgicznie przez lekarzy stomatologów. W przypadku pacjentów z dużą progresją choroby: utratą przyczepu łącznotkankowego, znacznym pogłębieniem kieszonek oraz u osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka niezbędna jest interwencja chirurgiczna. Decyzję o włączeniu metod inwazyjnych należy jednak podejmować bardzo ostrożnie i dopiero wówczas, gdy pacjent, mimo że współpracuje, nie odpowiada na leczenie niechirurgiczne – wyjaśniała prof. Renata Górka. Korzystając z okazji, że na sali obecny był minister zdrowia, Aleksander Sopiński, szefowa Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego ponowiła apel o stworzenie odrębnego kontraktu na świadczenia z zakresu periodontologii i oddzielenie go od kontraktu na chirurgię stomatologiczną, o co od lat zabiegają środowiska stomatologiczne – zarówno PTS, jak i PTP, a także KS NRL. Wciąż jednak brakuje zrozumienia i dobrej woli decydentów. Zwróciliśmy się do Ministerstwa Zdrowia z pytaniem, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o prace nad stworzeniem możliwości odrębnego kontraktowania tych świadczeń – czekamy na odpowiedź.

Elita światowa

Na konferencję do Warszawy przyjechali wykładowcy z najwyższej półki, których nazwiska we współczesnej periodontologii najbardziej się liczą. Sami goście byli zaskoczeni tak wysokim poziomem merytorycznym konferencji, tym, że mogli spotkać się w tak ważnym gronie naukowców, a także obecnością ministra zdrowia.

Pierwszy wykład „Obecne i przyszłe podejście do regeneracji przyzębia” wygłosił prof. Mariano Sanz z Uniwersytetu Complutense w Madrycie (Hiszpania). – Badania histologiczne na materiale ludzkim i zwierzęcym dostarczają dowodów, że regenerację przyzębia można uzyskać przy zastosowaniu różnych metod klinicznych: błon zaporowych (GTR), materiałów kościotwórczych, połączenia błon i materiałów kościotwórczych oraz pochodnych matrycy szklanej – mówił prof. Sanz podczas swojego wystąpienia. Dokonał przeglądu kluczowych czynników, które mogą wpływać na proces podejmowania decyzji dotyczących wyboru odpowiedniej techniki regeneracji przyzębia.

Tematem wykładu prof. Serge Dibarta z Uniwersytetu Bostońskiego (USA) były „Nowe opcje lecznicze: Piezocision w skomplikowanym, wielodyscyplinarnym planie leczenia”. – Jednym z wyzwań, które stoi

przed ortodontami, jest możliwość przemieszczania zębów w obszarach o niewielkiej ilości działu lub kości. Przy postępowaniu z cienkim biotypem zawsze istnieje ryzyko powstania lub nasilenia istniejącego defektu śluzówkowo-dziąsłowego – ostrzegał prof. Dibart. W ostatnich latach opracowano jednak kilka technik chirurgicznych skracających całkowity czas leczenia, m.in. nowatorską Piezocision, czyli minimalnie inwazyjną procedurę chirurgiczną, która łączy mikronacięcia i miejscową dekortykację piezoelektryczną. Metoda ta ma na celu osiągnięcie szybkiego przesunięcia ortodontycznego zęba przy jednoczesnym zminimalizowaniu urazu i ograniczeniu dyskomfortu pacjenta, powodując jednocześnie wzmocnienie tkanek przyzębia.

Kolejnym prelegentem był dr Frank Weiland ze Szkoły Dentystycznej w Wiedniu (Austria). Wygłosił wykład „Połączenie Perio-Orto: sposoby leczenia ortodontycznego w przypadkach periodontologicznych”. Przedstawił zespołowe podejście do leczenia pacjentów z chorobą przyzębia z perspektywy ortodonta. – Ortodontyczne przemieszczanie zębów wymaga adaptacji kości wyrostka zębodołowego i tkanek otaczających – podkreślał. Uczulął na fakt, że ortodonta może wspomagać leczenie periodontologiczne, ale także pogorszyć stan przyzębia, gdy nastąpi niekontrolowane przemieszczanie zębów przy tkankach będących w stanie zapalnym.

Na zakończenie uczestnicy konferencji mieli możliwość wysłuchania wykładu „Periimplantitis: czynniki ryzyka i prowadzenie leczenia” prof. Phoebusa Madianosa z Aten (Grecja), który tydzień przed konferencją został prezydentem Europejskiej Federacji Periodontologii. – Dobrze udokumentowany, wysoki odsetek powodzeń wszczepów śródkostnych doprowadził do ich stosowania jako powszechnego protokołu klinicznego służącego odtworzeniu funkcji i estetyki u pacjentów bezzębnych lub częściowo bezzębnych. Długoczasowe utrzymanie osteointegracji po zamontowaniu suprastruktury zależy jednak od utrzymania w zdrowiu brzeżnych tkanek twardych i miękkich w otoczeniu implantu – tłumaczył. Ostrzegał, że nieunikniony jest wzrost zachorowań na periimplantitis (stan zapalny wokół wyrostka zębodołowego, przyczyniający się do utraty kości), ponieważ wzrasta liczba chorych leczonych przy pomocy implantów. – Choroby tkanek wokół implantów są natury zakaźnej, a biofilm nazębny i swoiste periopatogeny pełnią przewodnią rolę w zapoczątkowaniu i postępie choroby. Współistnienie różnych czynników ryzyka może jednak modyfikować podatność na periimplantitis – podkreślał. Do niedawna filozofia leczenia opierała się na koncepcjach klinicznych stosowanych w leczeniu periodontitis, ale takie podejście stopniowo się zmienia.

I Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego i Sekcji Periodontologii PTS była dużym sukcesem organizatorów i bez wątpienia podniosła prestiż polskiej stomatologii na arenie międzynarodowej.

„Gazeta Lekarska” była patronem medialnym tego wydarzenia. ■

Korzystając z okazji, że na sali obecny był minister zdrowia, Aleksander Sopiński, szefowa Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego ponowiła apel o stworzenie odrębnego kontraktu na świadczenia z zakresu periodontologii i oddzielenie go od kontraktu na chirurgię stomatologiczną, o co od lat zabiegają środowiska stomatologiczne – zarówno PTS, jak i PTP, a także KS NRL.

O reklamie raz jeszcze – w ocenie lekarza i prawnika

**Janusz
Małecki**

zastępca
naczelnego
rzecznika
odpowiedzialności
zawodowej NRL
(Wojskowa Izba
Lekarska)

**Marcin
Kielbasa**

doktorant
w Katedrze Prawa
Europejskiego UJ

Adresatami
zakazu reklamy są
wszystkie „podmioty
wykonujące
działalność leczniczą”
(do takich określić
ustawowych
środowisko
lekarskie powoli się
przyzwyczajają).

Wszechobecna reklama, docierająca coraz natarczywiej, zaczyna przeszkadzać w wykonywaniu zawodu lekarza, niezależnie od miejsca świadczenia usług medycznych oraz formy zatrudnienia.

Obowiązujące uregulowania, a zwłaszcza przepisy korporacyjne („sektorowe”) wydawane przez organy samorządu lekarskiego wyznaczają – wydawać by się mogło – czytelne granice. Praktyka dowodzi jednak, że interpretacja tych zasad jest różna, co ma swój wyraz chociażby w skargach kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Ponadto rozwój technologiczny przynosi zarówno nowe postaci i fora informowania (np. platformy zakupów zbiorowych), jak też kontrowersje prawne, czy lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z podmiotem w formie spółki i naruszającym zakaz reklamy również podlega odpowiedzialności z tego tytułu. Istotnego znaczenia nabiera tutaj odróżnienie „informacji” o świadczeniach medycznych od ich „reklamy”. Zagadnienie reklamy usług zdrowotnych jest istotne nie tylko ze względów prawnych – wpływa bowiem na postrzeganie całego środowiska lekarskiego.

Z uwagi na to, że powyższe zagadnienia dotyczą coraz szerszej grupy lekarzy, oraz w ślad za artykułami z poprzednich wydań „Gazety Lekarskiej” uznaliśmy za celową ich analizę.

Informacja czy reklama?

Komunikat o świadczeniach medycznych często przyjmuje kształt, który nie zawsze pozwala na ustalenie jednoznacznych granic między informacją a reklamą. Rozróżnienie jest bardzo istotne, albowiem **informacja o udzielanych świadczeniach zdrowotnych jest dopuszczalna** (a nawet czasem wymagana), podczas gdy **ich reklamowanie jest zakazane**.

Poza tradycyjnymi formami (tablice, media), coraz powszechniejsze staje się postrzeganie usług lekarskich w kategoriach handlowych. Przykładem może być obecność w wykazie firm (np. w darmowych książkach telefonicznych), przekazującym informacje często o wszelkich cechach reklamy. Szczególnym przypadkiem są komunikaty na internetowych stronach platform zakupów grupowych, czyli w serwisach, w których użytkownicy mogą dokonywać zakupów po obniżonych cenach. Jednak ta forma informowania o świadczonych usługach medycznych może przybierać postać reklamy, co powoduje niezgodność takiego działania z prawem.

Pojęcie „reklamy” działalności leczniczej

Obowiązujące przepisy prawa nie precyzują, czym jest „reklama” działalności leczniczej. Słowo „reklama” pochodzi od łacińskiego (*re*)*clamo* – wołanie, zwracanie

uwagi. Pojęcie „reklamy” jako takiej zdefiniował ustawodawca w ustawie o radiofonii i telewizji: „reklamą jest przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego (...) zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług”. W innych aktach prawnych kwestia reklamy ukazana jest poprzez zakaz jej stosowania (np. prawo farmaceutyczne).

Doktryna prawna wskazuje, że reklamą (tutaj: usług medycznych) są **próby nakłonienia pacjenta do skorzystania z nich** poprzez informowanie o promocjach, głoszenie, iż z tych usług skorzystały już znane osoby, jak również, że dane leczenie ma dużą skuteczność, co z ekranu bądź billboardu ogłasza wszem i wobec celebryta.

Reklama w powyższym znaczeniu ma **charakter publiczny**. Zwrócił na to uwagę Naczelny Sąd Administracyjny, wskazując, że ma być ona przeznaczona „**dla (lub do) ogółu**”. W przeciwieństwie **reklamą nie będzie przekaz skierowany do indywidualnie oznaczonego podmiotu**.

Od tak pojmowanego pojęcia **reklamy** należy odróżnić **informowanie** o świadczeniach zdrowotnych. Prawo powszechnie obowiązujące (np. ustawa o działalności leczniczej) przewiduje obowiązki (a nie tylko uprawnienie) takiego informowania przez lekarzy. Przepisy korporacyjne – tutaj Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/11/VI z dnia 16.12.2011 r. – zostawiają lekarzom wolną rękę w zakresie informowania.

Ustawodawca wskazuje na granice, jakie dzielą informowanie od reklamy, stanowiąc, że „treść i forma informacji **nie mogą mieć cech reklamy**”. Przepis ten (ustawa o działalności leczniczej) przewiduje zatem **zakaz reklamy działalności leczniczej**.

Z zakazem tym współbrzmiały przepisy korporacyjne. Przywołana Uchwała NRL przewiduje, że „lekarz nie może reklamować udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych”. W jej paragrafie 5 określono, że informacja „nie może nosić cech reklamy”, wskazując jednocześnie, czego ta informacja nie może zawierać. Kodeks Etyki Lekarskiej (**KEL**) statuuje zaś w art. 63 **zakaz reklamowania**.

Kwestię niezmiernie ważną będzie zatem **rozdzielenie, kiedy mamy do czynienia (jeszcze) z informacją, a kiedy (już) z reklamą** świadczenia zdrowotnego. W wielu przypadkach wymagać to będzie szczegółowej analizy formalnej.

Przekładając powyższe na konkretne przypadki, zapis na stronie internetowej: „dr n. med. Katarzyna Nowak, lekarz medycyny pracy, specjalista medycyny lotniczej, przyjmuje w poniedziałki od 9.00 do 17.00” stanowi informację. Natomiast komunikat: „dr n. med. Katarzyna Nowak, najlepsza w Polsce południowej specjalistka medycyny lotniczej, posiadająca długoletnie doświadczenie i setki zadowolonych pacjentów, stosująca najnowocześniejszy niemiecki sprzęt medyczny” stanowić będzie reklamę (i podstawę odpowiedzialności korporacyjnej dr Nowak).

Podobnie, zapis na platformie zakupów grupowych: „1399 zł za zabieg medycyny lotniczej dla jednej osoby w wykonaniu najlepszej specjalistki w południowej Polsce, 2599 zł dla dwóch osób. Kupon ważny przez 30 dni od daty zakupu. Oferta limitowana” stanowić będzie reklamę. Nie będzie powodować jednak odpowiedzialności korporacyjnej dr Nowak (nawet jeśli to ona wykona zabieg), lecz odpowiedzialność reklamującego się w ten sposób przedsiębiorcy na podstawie prawa powszechnie obowiązującego.

Jak więc widać, **przepisy powszechnie obowiązujące szeroko** ujmują odpowiedzialność za zakaz reklamy, podczas gdy **przepisy „sektorowe”** określają ją **wąsko**: dotyczą one odpowiedzialności wynikającej z naruszeń zakazu reklamy dokonanych **jedynie przez indywidualnych lekarzy**. Zatem – umieszczony na platformie zakupów grupowych komunikat o świadczeniu usług zdrowotnych, oferujący wykonanie danej usługi np. w jednej z „klinik” (tutaj kolejny aspekt prawny tego określenia), prowadzonych przez przedsiębiorstwo działające w formie spółki **nie będzie wiązać się** z odpowiedzialnością korporacyjną lekarza, który wykona dany zabieg. Odpowiedzialność (na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących) poniesie przedsiębiorstwo („klinika”), umieszczające dany komunikat.

Naruszenie zakazu reklamy świadczeń medycznych przez podmiot inny niż indywidualny lekarz (praktyka indywidualna) napotka trudności dowodowe przed organami samorządu lekarskiego, mimo że jednocześnie może nie budzić wątpliwości fakt naruszenia przepisów powszechnie obowiązujących. Zatem ściganie takiego działania prowadzone będzie przez organy powszechne, a nie korporacyjne.

skiej) czy areszt, ograniczenie wolności albo grzywna. Z przepisów korporacyjnych natomiast naruszenie zakazu reklamy stanowi przewinienie zawodowe, podlegające rozpoznaniu i ocenie przez organy samorządowe. Podjęcie postępowania przez ROZ wymaga zaistnienia działania stanowiącego naruszenie zakazu reklamy świadczeń medycznych przez konkretnego lekarza. Podobnie dotyczy to reklamy sprzętu czy wyrobów medycznych. W przypadku wystarczających dowodów na takie naruszenie zapisów KEL lub innych aktów wewnętrznych samorządu lekarskiego ujawnionych w trakcie postępowania wyjaśniającego sprawa może zostać zakończona przed sądem lekarskim. Jeżeli natomiast rzecznik stwierdzi, że wskazywana reklama świadczeń medycznych nie dotyczy konkretnego lekarza (lekarzy), odmawia wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, a postępowanie już wszczęte umarza. ■

Stosowanie przemocy seksualnej oraz gwałt jest przestępstwem ściganym z urzędu, dlatego gdy personel medyczny (w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne), udzielając świadczeń medycznych, stwierdza, że zachodzi podejrzenie, iż ma do czynienia z ofiarą przemocy seksualnej, powinien przekazać powiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury lub na policję.

Adresaci zakazu reklamy i sankcje za jego naruszenie

Adresatami zakazu reklamy są wszystkie „**podmioty wykonujące działalność leczniczą**” (do takich określeń ustawowych środowisko lekarskie powoli się przyzwyczaja). Za naruszenie zakazu reklamy ustawodawca przewidział kary, takie jak wykreślenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru (województwa, izby lekar-

VII Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”

**Ryszard
Golański**

Czy można pogodzić biznes medyczny z etyką lekarską?

Odbijającemu się co rok kongresowi „Interna” towarzyszy organizowane przez „Medycynę Praktyczną”, a współorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską i Towarzystwo Internistów Polskich, sympozjum etyczne. Tegoroczny temat: „Biznes medyczny a etyka lekarska” był prowokujący, ale jak się okazało nie dla wszystkich na tyle interesujący, aby w sympozjum uczestniczyć. Jestem gościem tego spotkania od kilku lat i muszę przyznać, że w tym roku sala była wypełniona w mniejszym stopniu, niż w latach poprzednich. Mogę powiedzieć: niech żalują ci, którzy nie przyszli. Sympozjum było moim zdaniem bardzo interesujące. Jego walorem było to, że poszczególni wykładowcy przedstawiali krańcowo różne odpowiedzi na zadane w tytule pytanie. W kulisach, jeszcze przed rozpoczęciem obrad, słyszałem wątpliwości, czy w Polsce takie pytanie ma sens. Uważam, że jego postawienie jest w pełni uzasadnione. Jeszcze kilka, może kilkanaście lat temu, niewiele osób miało odwagę głośno mówić, że leczenie ludzi jest biznesem. Jedynym skojarzeniem mogły być dochody lekarzy z gabinetów prywatnych oraz zyski spółdzielni pracy lekarzy specjalistów i nielicznych spółek medycznych. Obecnie, kiedy w kraju funkcjonuje wiele szpitali prywatnych, kiedy dotychczasowe specjalistyczne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są przekształcane w spółki, choćby takie, których właścicielem jest samorząd powiatowy, coraz więcej osób mówi o tym, że „udzielanie świadczeń zdrowotnych”, czyli mówiąc po polsku – leczenie – to jest interes. Ale interes, w którym nie jest spełniany podstawowy warunek: nie rządzą nim prawa popytu i podaży. Prowadzący sympozjum dr Piotr Gajewski postawił prelegentom dodatkowe pytanie: co jest ważniejsze – dobro pacjenta czy zysk? Moim zdaniem, nikt z wypowiadających prelegentów i uczestników panelu nie dał jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Maciej Radziwiłł (młodszy brat Konstantego), finansista, analityk giełdowy i inwestor, powiedział jednoznacznie: biznes medyczny jest biznesem szczególnym, ale jak każdy powinien generować zysk, bo inaczej do placówki medycznej zawita komornik i to nie dlatego, że się źle czuje. Prof. Jan Duława, prorektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,

z właściwą sobie swadą przedstawiał swoją opinię: celem medycyny i lekarzy jest leczenie pacjentów, celem biznesu jest zysk. Medycyna musi być moralna, nawet jeżeli lekarze nie potrafią być moralni. Biznes, jego zdaniem, jest amoralny. Medycyną nie powinna rządzić logika księgowego. Dwa nieco odmienne punkty widzenia przedstawili Andrzej Sawoni, dyrektor szpitala powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej, który mówił o spojrzeniu na temat sympozjum jako zarządzający szpitalem publicznym, oraz Wojciech Puzyra, prezes zarządu Centrum Medycznego „Żelazna” Sp. z o.o., zarządzający szpitalem skomercjalizowanym. Ten ostatni ocenia, że wszystkie wydatki na leczenie wynoszą w Polsce około 100 mld zł rocznie, w dużym stopniu pochodząc wprost z kieszeni pacjentów. Jako podstawową różnicę między placówką publiczną a spółką wskazał możliwość świadczenia przez tę drugą usług komercyjnych i poprawianie tym samym sytuacji finansowej szpitala. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę to najczęściej ucieczka przed zadłużaniem. Konstanty Radziwiłł mówił o tytułowych dylematach z punktu widzenia lekarza prowadzącego indywidualną praktykę. Za jeden z ważniejszych problemów, w kontekście etycznym, uważa łamanie przez lekarzy zakazu reklamowania swojej działalności. Z zainteresowaniem wysłuchano wystąpienia Roberta Shepparda z USA, który mówił między innymi o skali marnotrawstwa w amerykańskiej medycynie, która między innymi z tego powodu pochłania tak ogromną ilość pieniędzy. Ubolewał, że w Stanach Zjednoczonych pacjenci są bardzo słabo reprezentowani w dyskusjach o opiece zdrowotnej. Rządzący uznają, że lepiej wiedzą niż pacjenci, czego ci potrzebują. Skąd my to znamy? Bardzo jednoznacznie opinię wygłosił prof. Zbigniew Szawarski z Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, który stwierdził, że pogodzenie etyki z biznesem medycznym jest niemożliwe. Z kolei prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, stwierdził, że my, lekarze, nie mamy wyjścia – musimy pogodzić etykę i biznes. Nie wiem, czy za podsumowanie sympozjum można uznać głos z sali, nagrodzony brawami, że w kulturze europejskiej najważniejszym zadaniem lekarza jest umiejętność pogodzenia własnych korzyści z dobrem chorego. ■

Sprostowanie

W numerze GL 04/2014 w artykule „60 lat PTK” błędnie podaliśmy nazwisko prof. Andrzeja Cieślińskiego, prezesa Zarządu Głównego PTK w latach 2001-2004. Za błąd serdecznie przepraszamy. Redakcja

BIULETYN

Nr 3 (155) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IV 2014

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 4 kwietnia 2014 roku

UCHWAŁA Nr 1/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 5 pkt 23 oraz art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej upoważnia się:

- 1) Macieja Hamankiewicza – Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 2) Zytę Kaźmierczak-Zagórszką – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) Romualda Krajewskiego – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 4) Agnieszkę Ruchała-Tyszler – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 5) Konstantego Radziwiłła – Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 6) Wojciecha Marquardta – Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 2/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną

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

§ 1.

Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną, zwany dalej „Ośrodkiem”, działa przy Naczelnej Radzie Lekarskiej.

§ 2.

Zadaniem Ośrodka jest utrzymywanie łączności i współpraca z polonijnymi organizacjami lekarskimi i lekarzami polskiego pochodzenia wykonującymi zawód poza krajem, a w szczególności:

1. organizowanie:
 - 1/ przyjazdów do kraju przedstawicieli Polonii Medycznej i ich rodzin,
 - 2/ wizyt reprezentantów polskiego środowiska medycznego w medycznych skupiskach polonijnych,
 - 3/ wspólnych konferencji i zjazdów w Polsce i za granicą,
 - 4/ staży szkoleniowych w kraju,
 - 5/ wyjazdów przedstawicieli polskiego środowiska medycznego

- w celu prowadzenia szkolenia,
- 6/ przyjazdów specjalistów z grona Polonii Medycznej w celu szkolenia i konsultacji,
- 7/ pobyków wypoczynkowych w kraju polonijnych lekarzy emerytów,
- 8/ pomocy w załatwianiu stypendiów specjalizacyjnych i naukowych,
- 9/ pomocy w zakresie wysyłania leków i sprzętu medycznego,
- 10/ przekazywania medycznej informacji zawodowej i naukowej.
2. przyznawanie stypendiów szkoleniowych.

§ 3.

Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka, powoływani przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji.

§ 4.

Do zadań kierownika Ośrodka należy:

- 1/ kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka,
- 2/ zwoływanie Rady Ośrodka,
- 3/ składanie corocznych sprawozdań z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 5.

Zadaniem Rady Ośrodka jest:

- 1/ ustalanie programów działania Ośrodka,
- 2/ ustalanie harmonogramów realizacji zadań wymienionych w § 2 ust. 1,
- 3/ opracowywanie regulaminów przydzielania stypendiów, o których mowa w § 2 ust. 2,
- 4/ składanie wniosków do Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyznania środków finansowych na działalność Ośrodka,
- 5/ opracowywanie rocznego planu finansowego zatwierdzanego przez Naczelną Radę Lekarską i rocznego sprawozdania finansowego.

§ 6.

1. W skład Rady Ośrodka wchodzi:

- 1/ kierownik Ośrodka,
- 2/ sześciu członków, w tym co najmniej trzech członków Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Posiedzenia Rady odbywają się nie rzadziej niż dwa razy w roku.
3. Na posiedzenia Rady mogą być zapraszani przedstawiciele:
 - 1/ Sejmu,
 - 2/ Senatu,
 - 3/ Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej,
 - 4/ Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”,
 - 5/ innych organizacji i instytucji współpracujących z Polonią.

§ 7.

1. Ośrodek dysponuje wyodrębnionymi środkami finansowymi, określonymi w planie finansowym Naczelnej Izby Lekarskiej.
2. Dotacje i darowizny przeznaczone na realizację zadań Ośrodka uzupełniają środki finansowe przeznaczone na realizację jego zadań.
3. Środkami finansowymi Ośrodka dysponują wspólnie kierownik i wyznaczony przez Naczelną Radę Lekarską członek Rady Ośrodka.

§ 8.

Obsługę administracyjną i finansową Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

Traci moc uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 33/98/III z dnia 26 września 1998 r. w sprawie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną.

§ 10.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 3/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 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.

W uchwale Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza w § 3 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kandydatów na Rzecznika Praw Lekarza wyłania i powołuje na to stanowisko na okres swojej kadencji Naczelna Rada Lekarska.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 4/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 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) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 13/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) § 9 otrzymuje brzmienie:

„§ 9. Do zadań Komisji d.s. Sportu należy:

- 1) organizacja i współudział w organizowaniu imprez sportowych i turystycznych,
- 2) koordynowanie imprez o znaczeniu ogólnopolskim,
- 3) wnioskowanie do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o dofinansowanie poszczególnych imprez, wchodzących w zakres kompetencji Komisji;”

2) w § 12 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do zadań Zespołu d.s. Lekarzy Zatrudnionych w Podmiotach Leczniczych należy:”;

3) w § 15 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do zadań Komisji d.s. Współpracy Międzynarodowej należy:”

4) po § 15 dodaje się § 16 i § 17 w brzmieniu:

„§ 16. Do zadań Komisji d.s. Kultury należy:

1) organizacja i współudział w organizowaniu imprez kulturalnych,

2) koordynowanie imprez o znaczeniu ogólnopolskim,

3) wnioskowanie do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o dofinansowanie poszczególnych imprez, wchodzących w zakres kompetencji Komisji.

§ 17. Do zadań Komisji d.s. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców należy organizacja i przeprowadzanie egzaminów z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 5/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwiecień 2014 r.

w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 3 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku 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 § 3 ust. 1 uchwały Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza na okres VII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Zbigniewa Brzezina.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 6/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 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) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się następujące stałe komisje i zespoły Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego,

- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- 5) Komisja Stomatologiczna,
- 6) Komisja Organizacyjna,
- 7) Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich,
- 8) Komisja ds. Młodych Lekarzy,
- 9) Komisja ds. Sportu,
- 10) Komisja Legislacyjna,
- 11) Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej,
- 12) Komisja ds. Kultury,
- 13) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców,
- 14) Zespół ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
- 15) Zespół ds. Lekarzy Zatrudnionych w Podmiotach Leczniczych,
- 16) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii,
- 17) Zespół ds. Praktyk Lekarskich.

§ 2.

Traci moc uchwała Nr 3/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 7/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się przewodniczących następujących stałych komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej – Andrzej Wojnar,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa – Leszek Dudziński,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego – Jerzy Kruszewski,
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów – Kazimierz Kłodziński,
- 5) Komisja Organizacyjna – Ładysław Nekanda-Trepka,
- 6) Komisja ds. Młodych Lekarzy – Filip Dąbrowski,
- 7) Komisja ds. Sportu – Jacek Tętnowski,
- 8) Komisja Legislacyjna – Marek Jodłowski,
- 9) Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej – Anna Lella,
- 10) Komisja ds. Kultury – Jarosław Wanecki,
- 11) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – Mariusz Janikowski,
- 12) Zespół ds. Lekarzy Zatrudnionych w Podmiotach Leczniczych – Grzegorz Krzyżanowski,
- 13) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii – Andrzej Włodarczyk,
- 14) Zespół ds. Praktyk Lekarskich – Jerzy Gryko.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 8/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie powołania kierownika Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną

Na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku 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 §3 uchwały nr 7/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną na okres VII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się dr Jerzego Friedigera.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 9/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 4/10/VI z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej dotychczasową treść oznacza się, jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu:
„ 2. Przewodniczącym Komisji Stomatologicznej jest wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, będący lekarzem dentystą.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 1/5/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

w sprawie „pakietu antykolejkowego” zaprezentowanego przez Premiera i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r.

Realizując Apel z dnia 22 marca 2014 r. XII Krajowego Zjazdu Lekarzy zobowiązujący Naczelną Radę Lekarską do przygotowania szczegółowego stanowiska w sprawie przedstawionego przez Premiera i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r. „pakietu” propozycji mających na celu likwidację problemu kolejek w ochronie zdrowia, Rada stwierdza, co następuje:

Sposób działania Rządu w tej sprawie budzi zasadniczy sprzeciw. Po bardzo ograniczonych konsultacjach przeprowadzonych z pominięciem większości organizacji reprezentujących uczestników systemu ochrony zdrowia (lekarzy, inne zawody medyczne, pacjentów, pracodawców, samorząd terytorialny, przemysł medyczny itd.) przedstawiciele Rządu ustnie, podczas konferencji prasowej przedstawili (jako komunikat o podjętych już decyzjach) zamiar szeroko zakrojonych zmian w systemie ochrony zdrowia. W obywatelskim państwie prawa jest to metoda nie do przyjęcia. Strategiczne decyzje dotyczące rozwiązań systemowych muszą być przygotowywane od najwcześniejszych etapów koncepcyjnych z udziałem wszystkich, którzy będą uczestnikami procesu ich realizacji.

Największy sprzeciw rodzi zapowiedź Premiera, że zmiany mają dokonać się bez dodatkowych nakładów na ochronę zdrowia. Stawia to pod dużym znakiem zapytania realność projektowanych zmian. Głównym problemem od lat skrajnie niedofinansowanego polskiego systemu ochrony zdrowia jest mnożenie obietnic i wynikających z nich zadań bez zapewnienia środków wystarczających do ich realizacji. To również jest podstawowym źródłem utrudnionego dostępu do świadczeń zdrowotnych i bardzo długich kolejek. W tej sytuacji słuszne propozycje skrócenia czasu oczekiwania w opiece onkologicznej muszą rodzić pytanie o to, które obszary ochrony zdrowia „zapłacić” za te zmiany. Podjęcie takich decyzji wymaga szerokiej debaty z udziałem wszystkich uczestników systemu.

Naczelna Rada Lekarska z uwagą przeanalizowała zaprezentowane na dużym poziomie ogólności propozycje Ministra Zdrowia. Dysponując materiałem pisanym jedynie w postaci materiałów dla mediów, jak również nie znając terminów wchodzenia w życie zapowiadanych zmian, ani projektów ustaw, rozporządzeń i zarządzeń je wprowadzających, do przedstawionych „hasłowo” propozycji Rada odnosi się następująco:

Rada z radością przyjmuje zapowiedź zniesienia limitów w onkologii i oczekuje, że nie spowoduje to wprowadzenia dodatkowych ograniczeń w innych dziedzinach ochrony zdrowia. Jednocześnie Rada stwierdza, że wobec ograniczonej liczby lekarzy w specjalnościach onkologicznych (656 onkologów klinicznych, 651 chirurgów onkologicznych, 521 radioterapeutów, 369 hematologów, 152 onkologów i hematologów dziecięcych) oraz w specjalnościach uczestniczących w diagnostyce, monitorowaniu leczenia oraz obserwacji po leczeniu (540 patomorfologów, 2485 radiologów), spełnienie tego postulatu nie tylko wymaga dodatkowych nakładów, ale także bardzo dużych zmian organizacyjnych (w tym także wynikających z wchodzących w życie z dniem 1 lipca br. nowych regulacji dotyczących czasu pracy radio-diagnostów, radioterapeutów i patomorfologów).

Rozpoczęcie leczenia pacjentów onkologicznych w czasie nie dłuższym niż 9 tygodni od powstania podejrzenia nowotworu oraz zapewnienie każdemu z nich koordynatora leczenia, indywidualnej ścieżki leczenia i opinii konsylium lekarskiego to bardzo ambitne i pożądane cele, ale tak jak w pkt 1 Rada uważa, że bez dodatkowych znacznych środków finansowych i zmian organizacji zapewnienie pacjentom korzystania z tych rozwiązań nie będzie możliwe. Dotyczy to także innych problemów zdrowotnych i Rada po raz kolejny stwierdza, że wobec niedostatecznej liczby lekarzy, bez istotnego zwiększenia liczby miejsc na studiach lekarskich oraz środków na kształcenie podyplomowe lekarzy (rezydentury), zapewnienie planowanej opieki nad pacjentami onkologicznymi jak również zagwarantowanie w dłuższej perspektywie starzejącemu się społeczeństwu odpowiedniej opieki zdrowotnej będzie coraz trudniejsze.

Poszerzenie kompetencji lekarzy rodzinnych zasługuje na aprobatę. Rada stwierdza, że obecnie wiedza i umiejętności praktyczne nabyte przez lekarzy rodzinnych w czasie specjalizacji nie są właściwie wykorzystywane. Jednocześnie jednak Rada zauważa, że przy obecnym obciążeniu pracą wynikającym ze zbyt dużej liczby podopiecznych na ich listach, powierzenie im większych zadań będzie praktycznie niemożliwe, a finansowanie zakresu zlecanych przez nich badań poszerzonego o nowe, kosztowne pozycje nie może opierać się o niską stawkę kapitałową, niezmienną od 2008 r.

Propozycja finansowych motywacji dla lekarzy rodzinnych i specjalistów za szybkie diagnozowanie i leczenie chorych onkologicznych wydaje się słuszną, ale wymaga licznych wyjaśnień i doprecyzowania. Należy między innymi jasno odpowiedzieć na pytanie, czy w nowej sytuacji każdy pacjent wymagający wykluczenia choroby nowotworowej będzie wprowadza-

ny na „szybką ścieżkę”, czy dodatkowe wynagrodzenie otrzymają także ci, którzy po kosztownym procesie diagnostycznym wykluczą chorobę nowotworową itp.

Wprowadzenie możliwości zawierania kontraktów na dłuższe niż dotychczas okresy to dobry pomysł. Rada zwraca jednak uwagę, że taka zmiana nie może stać się pretekstem do utrudniania wejścia na rynek świadczeń zdrowotnych nowo powoływanych podmiotów leczniczych.

Wprowadzenie (ponowne) „porady receptowej” i możliwości wystawiania recepty bez obecności pacjenta to realizacja słusznego postulatu pacjentów i lekarzy rodzinnych oraz zapowiedź odejścia od wieloletniej praktyki karania lekarzy za „zaoczne” wystawianie recept. Ta możliwość nie powinna jednak zastąpić właściwej opieki nad pacjentami przewlekłymi, z których większość wymaga przecież okresowych wizyt kontrolnych i u których wystawienie recepty powinno być poprzedzone analizą ich aktualnego stanu zdrowia – w związku z tym jakkolwiek nacisk na lekarzy, aby dla oszczędności systemu przepisywali leki głównie zaocznie, byłby niedopuszczalny.

Rada z dezaprobatą zauważa, że wskazana przez Ministra Zdrowia jako sposób na zwiększenie liczby lekarzy „krótka ścieżka” specjalizacyjna dla wąskich specjalizacji może w praktyce oznaczać dyktowane doraźnymi potrzebami obniżenie standardu kształcenia lekarzy specjalistów ze szkoda dla pacjentów i lekarzy. Zapewnianie pacjentom szybszego dostępu do świadczeń specjalistycznych poprzez przyznanie tytułu specjalisty większej liczbie lekarzy po odbyciu przyspieszonego trybu kształcenia spowoduje powstanie różnych „klas” specjalistów i jeszcze bardziej osłabi zaufanie obywateli do systemu ochrony zdrowia.

Zaskakującą i niemającą wiele wspólnego z pomysłami na szybkie rozwiązanie problemu kolejek zapowiedź poszerzenia kompetencji pielęgniarek (m. in. nadanie im uprawnień do ordynacji leków), Rada przyjmuje jako propozycję debaty na ten temat. Jednocześnie Rada zwraca uwagę, że wystawianie recepty (nawet u osoby przewlekłej chorej), to nie „wypisanie kolejnego druczka” lecz zwięźlenie trudnego procesu diagnostycznego, uwzględnienie bieżącego stanu chorego i wreszcie zastosowanie wiedzy i umiejętności w jednej z najbardziej złożonych dziedzin medycyny, jaką jest farmakologia. Do realizacji uprawnień do wystawiania recept nie wystarczy sama zmiana prawa; w opinii Rady wymaga to zasadniczych zmian w programach kształcenia osób mających ewentualnie uzyskać takie uprawnienia. Istotnym utrudnieniem realizacji tego pomysłu będzie także niezwykle skomplikowany i najeżony odpowiedzialnością system wystawiania i realizacji recept na leki refundowane (w tym konieczność podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wystawianie recept refundowanych).

Podsumowując, Naczelna Rada Lekarska bardzo krytycznie ocenia przede wszystkim ograniczony zakres konsultacji prowadzonych przed przedstawieniem zmian mających naprawić system ochrony zdrowia. Ogólnikowość i niedookreślenie propozycji oraz zapowiedź braku jakiegokolwiek dodatkowego finansowania planowanych reform wskazują, że może to być kolejna polityczna obietnica bez pokrycia.

Rada zwraca więc uwagę, że same zmiany organizacyjne, bez dodatkowych środków, nie będą w stanie istotnie poprawić sytuacji pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Rada podkreśla, że zmiany organizacyjne należy wprowadzać przede wszystkim w celu znaczącego zmniejszenia nadmiernej rozbudowanych wymagań biurokratycznych, które oddalają lekarza od pacjenta i ograniczają czas, jaki może on poświęcić pacjentom. Należy niezwłocznie dokonać przeglądu i zdecydowanej redukcji prawnych, administracyjnych i sprawozdawczych procedur niepotrzebnie narzuconych lekarzom, innym pracownikom ochrony zdrowia i placówkom.

Jednocześnie Rada wzywa Rząd do jak najszybszego zorganizowania debaty nad priorytetami i sposobami rozwiązania problemów ochrony zdrowia w celu zapewnienia wysokiej jakości, bezpiecznej i dostępnej dla wszystkich obywateli opieki zdrowotnej oraz godnych warunków pracy wszystkim pracownikom systemu ochrony zdrowia. Rada deklaruje ciągłą gotowość do wzięcia udziału w takiej debacie.

Sekretarz
Konstanty Radziwiłł

Prezes
Maciej Hamankiewicz

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Wiceprezesa 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 Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 4 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Wiceprezesami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 zostali:

Zyta Kaźmierczak-Zagórska - lekarz
Romuald Krajewski - lekarz
Agnieszka Ruchała-Tyszler - lekarz dentysta

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Sekretarza 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 Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 4 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 został Konstanty Radziwiłł.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Skarbnika 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 Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 4 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Skarbnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 został Wojciech Marquardt.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 4 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko członka Prezydium 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 Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 4 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że członkami Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 zostali:

Jodłowski Marek - lekarz
Janikowski Mariusz - lekarz
Sobczyński Stefan - lekarz
Jolanta Szczurko - lekarz dentysta

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 3 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza dentysty Jacka Kotuły, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza dentystry Jacka Kotuły.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 1 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Krzysztofa Dacha, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Krzysztofa Dacha.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 2 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Romualda Górniaka, obwieszcza się co następuje: Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Romualda Górniaka.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 5 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Anny Wilmowskiej - Pietruszyńskiej, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Anny Wilmowskiej - Pietruszyńskiej.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 6 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnego Sądu Lekarskiego lekarza Krzysztofa Daniszewskiego, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Krzysztofa Daniszewskiego.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wygaśnięciu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 4 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Krzysztofa Tuszyńskiego, obwieszcza się co następuje: Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Krzysztofa Tuszyńskiego.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o uzyskaniu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 10 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lekarza dentystę Krzysztofa Lewkowicza, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 został lekarz dentysta Krzysztof Lewkowicz.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o uzyskaniu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 8 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lekarza Andrzeja Morlińskiego, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 został lekarz Andrzej Morliński.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o uzyskaniu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 9 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lekarza Małgorzatę Sobieraj, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 została lekarz Małgorzata Sobieraj.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o uzyskaniu mandatu członka 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 późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 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, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 7 z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lekarza Remigiusza Lorocho, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 został lekarz Remigiusz Lorocho.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 11 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego 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 Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego - wybory Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, z dnia 11 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres kadencji 2014-2017 został Wojciech Łącki – lekarz.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 11 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego 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 Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego - wybory Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, z dnia 11 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres kadencji 2014-2017 zostali:

- 1) Busch Adam – lekarz dentysta
- 2) Nosarzewski Jerzy – lekarz
- 3) Łyczewska Mariola - lekarz

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka



**Rudolf
Klimek**

em. profesor
zwyczajny
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Cięcie cesarskie – ryzyko i odpowiedzialność

Celem cięcia cesarskiego jest ratowanie zdrowia i życia zarówno matki, jak i dziecka metodą, która jest obarczona bezpośrednimi i odległymi negatywnymi konsekwencjami.

Porody należą do naturalnych zjawisk przyrody, które obejmują 95 proc. prawidłowych zdarzeń i to o normalnym ich rozkładzie. Oznacza to, że 5 proc. kobiet ciężarnych wymaga operacyjnej interwencji, a dodając 5 proc. wskazań z powodu patologicznego przebiegu ciąży – ginekolog nie powinien u więcej niż 10 proc. (maksymalnie 15 proc.) ciężarnych kobiet wykonywać cięcia cesarskiego. Na olbrzymim materiale klinicznym udowodniono, że na wyniki perinatologiczne nie ma już pozytywnego wpływu przekroczenie średniej granicy 10 proc. cięć cesarskich, która aktualnie w Polsce jest patologicznie kilkakrotnie wyższa. Co

więcej, istnieją metody pozwalające udowodnić szkodliwość świadomej promocji czysto informacyjnych wskazań. Przy tym nie bierze się pod uwagę bezbronności płodu, którego zabieg pozbawia m.in. najistotniejszego elementu do rozpoczęcia oddychania płucami dostatecznie pozbawionymi płynu owodniowego. Natomiast opacznie ustala się stopień jego płodowej dojrzałości do samodzielnego życia, opierając się na kalendarzowym, a nie rozwojowym czasie trwania ciąży i statystycznej, a nie rzeczywistej masie jego ciała. Tak pojawiło się największe zagrożenie dla ginekologów-położników, ponieważ społeczeństwo zafascynowane technologią



Fundacja Lekarze Lekarzom dziękuje wszystkim za wsparcie Koleżanek i Kolegów, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Bardzo dziękujemy za zasilenie budżetu Fundacji wszystkim ofiarodawcom, a w szczególności z Bakalarzewa, Zbąszynka, Wrocławia, Łodzi, Dębicy oraz Szczecina. Liczymy na dalsze wsparcie. Będziemy wdzięczni również za rozpropagowanie informacji o naszej działalności do tych, którzy jeszcze o nas nie usłyszeli.

Cenna jest każda, nawet symboliczna kwota. Jeśli los potrzebujących pomocy Koleżanek i Kolegów nie jest Ci obcy, skontaktuj się z nami: fundacja@hipokrates.org.

Mariusz Janikowski,
prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Wpłat darowizny można dokonywać na konto Fundacji:

Fundacja Lekarze Lekarzom

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

i reklamą nie dopuszcza w ogóle niepowodzeń w całym procesie rozrodczym. Wszyscy przy tym niestety zapominają, że zaledwie 30-40 proc. naturalnych zapłodnień kończy się urodzeniem dziecka. Wystarczającą obroną lekarzy przed nieuzasadnionymi życzeniami, podejrzeniami i zarzutami społecznymi powinno być powoływanie się na zakaz nadużywania cięć cesarskich i obiektywną ocenę tych zdarzeń przez komisje lekarskie. Powszechność jatrogennego rodzenia za pomocą skalpela podlega medycznemu zakazowi na analogicznej zasadzie, jak wobec masowego użycia szkodliwych środków i mechanizmów. Dlatego przed przystąpieniem do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim świadomość następujących faktów winna chronić nie tylko zdrowie pacjentów, ale także samych ginekologów położników.

1. Jak i z jaką dokładnością określono indywidualny, a nie statystyczny termin porodu?
2. Czy i w jaki sposób go potwierdzono?
3. Czy, kiedy i jak rozpoczęła się samoistna akcja porodowa?
4. W jaki sposób ustalono wskazania do ukończenia ciąży i jak je udokumentowano?
5. Czy i dlaczego postanowiono wznieść akcję porodową?
6. Jak prognostycznie oceniono skuteczność

zastosowanego sposobu wszczęcia porodu?

7. Czy słuszność decyzji położniczych potwierdziły wartości poporodowych wskaźników dojrzałości płodowej i szybkości adaptacji krążeniowo-oddechowej noworodka?

Każdą diagnozę i prognozę położniczą ostatecznie weryfikuje przebieg porodu i stan dziecka. Dlatego nie wolno bezkarnie wyjaśniać nadmiernej liczby cięć cesarskich nagromadzeniem patologii, za którą ponosi się pełną odpowiedzialność, jeśli wynika to z braku wiedzy, a może tylko odwagi w sprzeciwianiu się przełożonym. Dobro dziecka wyklucza subiektywne i czysto informacyjne wskazania ze strony matki do zakończenia ciąży bez obiektywnych objawów, co świadczy o zaniedbaniu psychoprofilaktyki społecznej porodów. ■

„W połowie ubiegłego wieku wprowadziłem do leczenia hormony podwzgórzowe, a w 1980 r. potwierdziłem własne rozumienie termodynamicznej przyczyny raka, wprowadzając do klinicznej diagnostyki onkologicznej magnetyczny rezonans jądrowy (MRIS). [...]”.



Zapraszamy do lektury drugiego artykułu prof. Rudolfa Klimka „Cięcie cesarskie a rak”, który publikujemy na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium” 05/2014.

Każdą diagnozę i prognozę położniczą ostatecznie weryfikuje przebieg porodu i stan dziecka.

Zawody zaufania publicznego w internecie

**Mariusz
Tomczak**

Wirtualna rewolucja trwale zmieniła wszystkie dziedziny naszego życia. Dostrzega to nie tylko samorząd lekarski, ale również takie zawody jak: radcowie prawni czy komornicy sądowi.

Niedawno ruszył portal „Gazety Lekarskiej”. Od połowy marca pod adresem www.gazetalekarska.pl, w zakładce Aktualności, można śledzić m.in. najnowsze wieści z prac samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, wydarzenia ze świata medycyny oraz inne ciekawe informacje z kraju i zagranicy. W marcu relacjonowaliśmy na żywo przebieg trzydniowego XII Krajowego Zjazdu Lekarzy, a w kwietniu pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej VII kadencji. Dzięki temu przebieg obu wydarzeń w czasie rzeczywistym mogli obserwować nie tylko lekarze, ale również personel szpitali oraz m.in. dziennikarze. Warunkiem koniecznym było posiadanie urządzenia z dostępem do internetu.

Pojawienie się kolejnego internetowego medium należącego do samorządu lekarskiego należy rozpatrywać w szerszym kontekście, bowiem portal „Gazety Lekarskiej” – choć jest adresowany przede wszystkim do lekarzy i lekarzy dentystów – mogą odwiedzać również osoby niemające wiele wspólnego z medycyną. To kolejny, po stronie Naczelnej Izby Lekarskiej i stronach okręgowych izb lekarskich, przejaw aktywności zawodów zaufania publicznego w wirtualnej przestrzeni. A jak wygląda sytuacja w przypadku innych środowisk? Zobaczmy to na wybranych przykładach.

Serwisy społecznościowe, wersje na tablety

Dosyć fachowy charakter ma działająca od kilkunastu lat strona internetowa **Naczelnej Izby Aptekarskiej**. Znajdują się na niej przede wszystkim informacje z zakresu prawa ważne dla farmaceutów. Podobny charakter ma strona **Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej**. Z pewnością niewiele osób „spoza środowiska” zainteresuje również strona internetowa **Izby Architektów Rzeczypospolitej Polskiej**, bazująca na przestarzałym layoutcie, za to mająca niezliczoną ilość zakładek, w których są pliki i dokumenty przydatne dla osób zainteresowanych pracą architekta.

Przyjazna w nawigacji jest strona internetowa **Krajowej Izby Doradców Podatkowych** i to pomimo łączenia wielu funkcji. Nawet nie wykonując zawodu doradcy podatkowego, dowiemy się z niej wielu ciekawostek z zakresu prawa podatkowego. Strona zawiera również informacje w ję-

zykach: angielskim, niemieckim i rosyjskim. Zda się, że na podobnym szablonie oparto stronę **Krajowej Izby Biegłych Rewidentów**.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych prowadzi nie tylko swoją stronę internetową, ale również fanpage w serwisie społecznościowym Facebook. Ten ostatni jest regularnie aktualizowany, obecnie ma prawie 1900 „lajków”, co jest całkiem dobrym wynikiem (dla porównania: resort zdrowia nie posiada swojego fanpage’a, a fanpage Ministerstwa Spraw Zagranicznych ma tylko o 300 więcej „polubień”). Pojawiają się tam m.in. linki do wywiadów udzielanych przez szefową izby, relacje z debat poświęconych sytuacji w służbie zdrowia czy krótkie komentarze do publikowanych w mediach artykułów o sytuacji pielęgniarek i położnych. Natomiast profil NIPiP na Twitterze i kanał w serwisie Youtube, do których prowadzą odnośniki ze strony głównej izby, nie są aktualizowane od wielu miesięcy.

Bez wątplenia z internetu nie boją się korzystać samorządy: radcowski i komorniczy. Pod koniec 2013 r. **Krajowa Izba Radców Prawnych** udostępniła w wersji elektronicznej miesięcznik „Radca Prawny”. Oznacza to, że dla użytkowników zarejestrowanych na stronie www.e-kirp.pl jest on dostępny przynajmniej dwa tygodnie wcześniej od wersji papierowej. Miesięcznik można czytać na komputerze, tablecie lub smartfonie, używając przeglądarki internetowej albo aplikacji na systemy IOS oraz Android. Wersja elektroniczna jest wzbogacona o m.in. filmy wideo, galerie zdjęć, e-booki, raporty i inne materiały multimedialne (trochę podobnie jak w przypadku „Gazety Lekarskiej Premium”). Natomiast we wrześniu 2012 r. Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Radców Prawnych, odbywający się dla uczczenia jubileuszu 30-lecia samorządu, transmitowano na żywo w internetowym serwisie informacyjnym KIRP.

Kilka milionów odsłon w miesiąc

Od pewnego czasu czarne chmury zbierają się nad komornikami sądowymi, gdyż politycy zamierzają obniżyć wysokość opłat egzekucyjnych. Zdaniem **Krajowej Rady Komorniczej** może to doprowadzić do zamknięcia wielu kancelarii komorniczych. Aby temu zapobiec, w ubiegłym

W najbliższych latach nadal będzie rosła rola internetu jako narzędzia systematycznej i szybkiej komunikacji.

roku KRK, nie rezygnując z tradycyjnych metod wywierania wpływu na decydentów i opinię publiczną, zleciła wykonanie rysunkowej animacji „Na czym polega praca komornika?”, którą w ciągu kilku dni obejrzało prawie 8000 internautów (do dziś można ją zobaczyć na stronie www.komornik.pl). Również w 2013 r. samorząd komorniczy, chcąc wspomóc działania typu public relations, zamieścił w sieci jednogminutowy film „Komornik nie zabiera, komornik oddaje”, który ukazuje „ludzką twarz” tego zawodu (w kilka dni obejrzało go w internecie kilkadziesiąt tysięcy osób). Kilka miesięcy temu wystartowała nowa wersja strony www.twojealimenty.pl, tworzonej przez samorząd komorniczy i środowiska kobiece, mająca nie tylko ułatwić walkę ze zjawiskiem uchylania się od obowiązku alimentacyjnego, ale również wspomóc działania KRK na rzecz zmian w przepisach dotyczących alimentów.

Czasami konkretne działania w sieci wymuszają negatywne wydarzenia. Tak było w przypadku serwisu działającego pod adresem www.licytacje.komornik.pl (umożliwia bezpłatny dostęp do obwieszczeń o planowanych przez komorników sądowych licytacjach nieruchomości i ruchomości). W ubiegłym roku przez wiele miesięcy oszust (lub grupa oszustów) podszywała się pod komorników, wykorzystując do tego internetowe serwisy ogłoszeń. W związku z tym, że niejedna osoba dała się nabrać, a do kancelarii komorniczych zaczęły zgłaszać się osoby pytające o prawdziwość ogłoszeń znajdujących w sieci lub chcące odebrać rzekomo wylicytowane samochody, serwis został jeszcze lepiej spozycjonowany. Efekt? Nawet kilka milionów odsłon w skali miesiąca!

Już w 2012 r. filmy edukacyjne na swojej stronie zamieszczała **Krajowa Rada Notarialna**. Powstały one we współpracy z popularnym prezerem Maciejem Orłosiem. Celem było zwiększenie świadomości prawnej społeczeństwa – w każdym z filmów notariusze odpowiadali na najczęściej zadawane przez Polaków pytania dotyczące spadków, darowizn, umów małżeńskich czy umów przedwstępnych.

Raz na tydzień Biuro Prasowe **Naczelnej Rady Adwokackiej** rozsyła drogą elektroniczną cotygodniowy newsletter (z tego narzędzia korzysta także Biuro Prasowe Naczelnej Izby Lekarskiej). Informuje w nim o pracach i uchwałach NRA i prezydium NRA, o działalności izb adwokackich oraz o innych sprawach ważnych z adwokackiego punktu widzenia, a także prezentuje indywidualne opinie i materiały dotyczące palestry. Newsletter rozsyłany jest do osób, które zostawiają swój adres e-mail na stronie www.adwokatura.pl. Co ważne, aby dostawać newsletter, wcale nie trzeba być adwokatem.

Co przyniesie przyszłość?

Czas na wnioski. Po pierwsze, część zawodów zaufania publicznego przywiązuje duże

znaczenie do komunikacji przy użyciu nowoczesnych technologii. To dlatego angażują znaczne zasoby organizacyjne i finansowe na prowadzenie i rozwój aktywności w sieci, traktując swoje strony internetowe jako profesjonalne wirtualne wizytówki. Analizując zawartość stron należących do samorządów zawodów zaufania publicznego, można dojść do wniosku, że dla władz niektórych z nich bardzo ważne są nie tylko osoby wykonujące dany zawód, ale również otoczenie zewnętrzne (np. potencjalni kandydaci do wykonywania zawodu, dziennikarze).

Po drugie, w najbliższych latach z pewnością nadal będzie rosła rola internetu jako narzędzia systematycznej i szybkiej komunikacji, służącej m.in. działaniom o charakterze public relations. Każdego dnia tysiące Polaków korzysta z wyszukiwarek internetowych, co ma duże znaczenie zwłaszcza w czasie momentów ważnych dla przedstawicieli danych zawodów (zmiany w prawie, wybory władz itd.) lub w sytuacjach kryzysowych, którym media (nie tylko internetowe) nadają duży rozgłos. Po trzecie, niektóre zawody zaufania publicznego zaczynają postrzegać internet jako narzędzie lobbingu. W przyszłości może mieć to dla nich czasami decydujące znaczenie, ale dzisiaj, póki co, ta forma oddziaływania samorządów na polityków nadal odgrywa niewielką rolę. ■

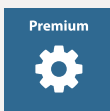
Analizując zawartość stron należących do samorządów zawodów zaufania publicznego, można dojść do wniosku, że dla władz niektórych z nich bardzo ważne są nie tylko osoby wykonujące dany zawód, ale również otoczenie zewnętrzne.

Będzie przełom?

Głęboka stymulacja mózgu to dla osób zmagających się z zaawansowaną postacią choroby Parkinsona metoda o najlepiej udokumentowanej skuteczności – uważa prof. Andrzej Bogucki z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Podobne efekty przynosi również terapia przy wykorzystaniu pompy z apomorfina. Tymczasem w Polsce obie nie podlegają refundacji, choć – jak wyjaśnia resort zdrowia – prace nad tym nadal trwają. – Brak dostępu do leczenia odbiera szansę i nadzieję na godne życie najciężej chorym – tłumaczy prof. Jarosław Sławek z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Na początku kwietnia przedstawiono m.in. rekomendacje Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona. Można się z nimi zapoznać w „Gazecie Lekarskiej Premium” na stronie www.gazetalekarska.pl. ■

Mariusz Tomczak



Badamy i sprawozdajemy

**Romuald
Krajewski**

**Teresa
Perendyk**

**Kinga
Wojtaszczyk**

Postawy i opinie dotyczące „Gazety Lekarskiej”, Systemu Informacji Medycznej, wizerunku środowiska lekarzy. Badanie opinii środowiska lekarzy i lekarzy dentystów.

„GAZETA LEKARSKA”

Zdecydowana większość badanych deklaruje, że regularnie otrzymuje „Gazetę Lekarską” (95%). Dominują dwa modele korzystania z niej: czytanie wybranych artykułów i informacji (42%) oraz czytanie większej części gazety (32%). Czytających ją „od deski do deski” jest 10%. „Nie zagląda” do niej tylko 3% respondentów. Sposób korzystania z „Gazety Lekarskiej” zależy od wieku czytelnika – respondenci powyżej 50. roku życia istotnie częściej czytają „większą jej część” (42%) i „od deski do deski” (14%). Młodszy badani częściej czytają tylko wybrane artykuły, informacje (48%) i „tylko pobieżnie przeglądają” (26%).

Większość badanych pozytywnie ocenia „Gazetę Lekarską” (65%), w tym 50% „raczej pozytywnie”. Zaledwie 8% opiniuje ją „zdecydowanie” lub „raczej” negatywnie. Ocena przydatności „Gazety Lekarskiej” jest przeważnie pozytywna (65%, w tym 53% wskazań to odpowiedzi „raczej przydatna” i 12% „zdecydowanie przydatna”). Jedynie co czwarty respondent uważa, że jest mu „raczej nieprzydatna”.

Szczegółowa ocena

Większość działów, tematów i aspektów, o które pytano, została oceniona pozytywnie przez blisko połowę respondentów. Największym uznaniem cieszą się komentarze do zmian w przepisach (82% pozytywnych ocen), aktualne informacje dotyczące praktyki zawodowej lekarzy (68%), różnorodność tematów (67%), informacje o nowościach, innowacjach w medycynie (66%), artykuły dotyczące systemów ochrony zdrowia z innych krajów (57%), język artykułów (54%), ogłoszenia (53%), ogłoszenia dotyczące wydarzeń branżowych (52%), listy do redakcji (50%).

Lekarze dentyści częściej niż lekarze pozytywnie oceniali informacje dotyczące praktyki zawodowej lekarzy (odpowiednio 76%, 66%), ogłoszenia dotyczące wydarzeń branżowych (odpowiednio 61%, 49%), rozrywka, krzyżówka, quiz (odpowiednio 40%, 25%). Negatywne oceny wybranych działów „Gazety Lekarskiej” należą do rzadkości – maksymalnie 12% wyraziło negatywną ocenę rozrywki (krzyżówki, quizy) i ta ocena była istotnie częściej wyrażana przez lekarzy, przez mężczyzn i przez respondentów w wieku 36-50 lat (15%).

Inne aspekty oceniane negatywnie przez ok. 10% badanych to informacje o nowościach, innowacjach w medycynie (10%), Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej (9%), szata graficzna (9%), artykuły dotyczące pozazawodowego życia lekarzy (8%), ogłoszenia dotyczące imprez integrujących środowisko (8%), ogłoszenia dotyczące wydarzeń branżowych (7%).

Opinia o sugerowanych zmianach

Zdaniem ponad połowy badanych „Gazeta Lekarska” powinna zawierać więcej praktycznych informacji fa-

chowych (58%). Inne sugestie zmian to: więcej informacji o aktualnej polityce zdrowotnej (48%), więcej pozytywnych przykładów organizacji pracy w placówkach ochrony zdrowia (46%), więcej pozytywnych przykładów radzących sobie dobrze z realiami polskiego systemu ochrony zdrowia (45%).

GL Premium

Większość badanych (71%) nie zna elektronicznej wersji „Gazety Lekarskiej” bądź twierdzi, że nie jest dostępna w wersji elektronicznej. Wśród tych, którzy ją znają, najwięcej jest wyrażających neutralny stosunek lub niemających zdania na jej temat (łącznie 21% ogółu badanych, w tym 15% - odpowiedzi „nie wiem”, 4% „neutralna ocena”). Może to oznaczać, że albo elektroniczna wersja znana jest tylko ze słyszenia i respondenci nie mają doświadczeń z nią, albo fakt dostępności tej wersji nie jest dla nich ważny. 8% respondentów ocenia ją pozytywnie, w tym 2% „zdecydowanie pozytywnie”. Drukowana wersja „Gazety Lekarskiej” byłaby preferowana przez połowę badanych (51%), 32% korzystałoby z obu wersji (elektronicznej i papierowej), a tylko 12% wyłącznie z wersji elektronicznej.

Badanie wykazało wysoki poziom dotarcia. Tylko 3% podaje, że nie zagląda do „Gazety Lekarskiej”. Jednocześnie jej oceny – zarówno ogólne, jak i przydatności – są w większości pozytywne. Gazeta rzadko wywołuje skrajne oceny, co świadczy o jej uniwersalnym charakterze. Duża liczba umiarkowanych ocen wskazuje także na duże możliwości poprawy zawartości i dostosowania do potrzeb czytelników. Elektroniczna wersja jest jeszcze mało znana, ale chęć korzystania z tej wersji samodzielnie albo łącznie z wersją drukowaną wskazuje prawie połowa badanych.

SYSTEM INFORMACJI MEDYCZNEJ

Celem badania było także określenie postaw i opinii lekarzy i lekarzy dentystów związanych z Systemem Informacji Medycznej. Wyniki oparte są na 1020 ankietach.

Ocena wiedzy na temat SIM

Wiedza badanych na temat Systemu Informacji Medycznej, w ich własnej ocenie, jest niska. Większość (60%) przyznaje, że niewiele wie na temat SIM, co piąty deklaruje, że nic nie wie (18%), tylko 12% uważa, że wie „dość dużo”. Respondenci powyżej 50. roku życia istotnie częściej wysoko oceniają swoją wiedzę na temat SIM (17% wskazuje, że „wie dość dużo”). Najmłodszy zaś istotnie częściej niż ogół badanych przyznaje, że nic nie wie na temat SIM (31%). Poziom wiedzy o SIM nie ma związku z dostępem do komputera i internetu w miejscu pracy.

Większość badanych wie, że SIM będzie zawierał elektroniczną dokumentację medyczną pacjentów (60%), ale

Większość badanych pozytywnie ocenia „Gazetę Lekarską” (65%), w tym 50% „raczej pozytywnie”. Zaledwie 8% opiniuje ją „zdecydowanie” lub „raczej” negatywnie.

można sądzić, że wynika to ze skojarzeń z samą nazwą systemu. Połowa przewiduje, że funkcjonowanie SIM będzie oznaczało konieczność zakupu oprogramowania, przy czym przewidywania te są częstsze w grupie lekarzy dentyków niż wśród lekarzy (odpowiednio 67% i 47%). Co trzeci respondent ma wiedzę, że SIM zostanie wprowadzony w 2014 r., a co czwarty twierdzi, że będzie on obowiązywał tylko świadczeniodawców mających kontrakt z NFZ.

Ocena pomysłu wprowadzenia SIM

Opinie są zróżnicowane. Około jedna trzecia respondentów (29%) nie ma zdania na ten temat, prawie tyle samo (27%) ocenia pomysł neutralnie – ani dobrze ani źle, łącznie również 27% opiniuje pomysł pozytywnie, zaś 18% uważa, że wprowadzenie SIM jest złym pomysłem. Jak pokazują powyższe dane, SIM nie wywołuje silnych reakcji w środowisku, co może wynikać z niskiego poziomu wiedzy na jego temat. Co trzeci badany wierzy w przydatność SIM, dając mu kredyt zaufania (bo wiedza na ten temat jest niska) i istotnie częściej jest to lekarz niż lekarz dentyś.

Bariera wprowadzenia SIM

W ocenie badanych główne bariery wprowadzenia SIM wiążą się z wysokimi kosztami. 56% respondentów wskazuje na wysoki koszt oprogramowania, 50% na wysoki koszt niezbędnego sprzętu. Około połowa badanych uważa, że barierą będzie konieczność dodatkowego szkolenia (48%). Lekarze dentyści istotnie częściej niż lekarze wskazują na niechęć do wdrażania się w SIM (odpowiednio 42% i 27%).

Przewidywane skutki wprowadzenia SIM

Wśród przewidywanych skutków wprowadzenia SIM najczęściej wskazywano zwiększenie kontroli lekarzy przez NFZ (52%), wyeliminowanie z pracy lekarzy starszych (47%). Dość zdecydowane opinie na ten temat wydają się sprzeczne z wysokim odsetkiem neutralnych ocen lub brakiem oceny pomysłu wprowadzenia SIM, a także z wynikami badania wskazującymi, jak wiele negatywnych opinii wywołuje system kontrolowania i karanie lekarzy. Można przypuszczać, że temat SIM na obecnym etapie w małym stopniu angażuje środowisko i świadomość konsekwencji jego wprowadzenia dla samych lekarzy jest niska. Inne skutki wprowadzenia SIM, wskazywane przez około 1/3 badanych, to utrudnienie codziennej pracy lekarza (36%), możliwość kontrolowania pracy lekarza przez pacjenta (32%), rozwiązanie problemu nieuczciwości pacjentów (29%). Potencjalny związek SIM z redukcją biurokracji jest oceniany jako raczej słaby. Tylko 23% badanych wskazuje redukcję biurokracji jako przewidywany skutek wprowadzenia SIM. Zdecydowana większość skutków wskazywanych najczęściej przez badanych ma wymiar negatywny.

Badanie wykazało nieprzygotowanie środowiska lekarzy i lekarzy dentyków do wprowadzenia SIM. Zdecydowana większość badanych (78%) albo „wie niewiele”, albo „w ogóle nie wie” o tym projekcie. Obawiają się głównie wysokich kosztów oprogramowania i sprzętu. Realne wydaje się także zagrożenie wykluczeniem star-

szych lekarzy. Dodatkowym problemem we wprowadzaniu SIM są dane dotyczące możliwości korzystania z komputera w miejscu pracy lekarzy i lekarzy dentyków. Tylko połowa badanych (53%) ma taką możliwość we wszystkich miejscach pracy, 31% tylko w niektórych miejscach pracy, zaś aż 21% badanych powyżej 50. roku życia nie ma w ogóle dostępu do komputera w żadnym miejscu pracy i ta grupa wiekowa stanowi 44% populacji lekarzy i lekarzy dentyków.

WIZERUNEK ŚRODOWISKA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Celem tej części badania było określenie percepcji środowiska lekarzy i jego wizerunku w mediach. Wyniki oparte są na odpowiedziach z 1108 ankiet.

86% badanych widzi potrzebę integracji środowiska i opinie lekarzy nie różnią się tu istotnie od opinii lekarzy dentyków. Tylko 5% respondentów nie odczuwa takiej potrzeby. Interesujący wydaje się fakt, że potrzeba integracji jest istotnie częściej wskazywana przez mieszkańców dużych miast (500 tys. i większych – 90% wskazań na potrzebę integracji). Konferencje dotyczące praktycznych zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu i tematyczne spotkania warsztatowe w małych grupach to najczęściej wskazywane metody skutecznego integracji środowiska (odpowiednio 68% i 55% wskazań). Zdecydowanie przedkładane są metody spotkań typu „twarzą w twarz” ponad komunikację on-line. Młodzi badani istotnie częściej widzieliby potrzebę integracji poprzez imprezy rekreacyjne umożliwiające nawiązanie nowych kontaktów (35% vs 26%).

Wizerunek środowiska kreowany przez media

Zdecydowana większość badanych (łącznie 82%) odbiera wizerunek kreowany przez media jako negatywny, w tym co trzeci badany określa go jako „zdecydowanie negatywny”. Tylko 2% respondentów uważa, że wizerunek środowiska kreowany przez media jest pozytywny.

Badani deklarują, że media kreują najczęściej negatywny wizerunek lekarzy, to istotnie częściej osoby do 35. roku życia (43% wskazań na odpowiedź „najczęściej negatywny”), lekarze (37%), praktykujący w szpitalu (41%), praktykujący w POZ (40%).

Opinie o portalach internetowych na temat lekarzy

Negatywne opinie o portalach internetowych na temat lekarzy przeważają w środowisku lekarzy i lekarzy dentyków – 60% badanych wyraziło „zdecydowanie negatywną” lub „raczej negatywną” opinię, co trzeci respondent ocenia te portale zdecydowanie negatywnie. Tylko 8% respondentów wyraża opinię pozytywną.

Badanie potwierdziło wynikającą ze zrealizowanego w pierwszym etapie badania jakościowego hipotezę o silnej potrzebie integracji środowiska lekarzy, która może wynikać z rosnącej frustracji w środowisku, działań NFZ powodujących również wewnętrzne rozbieżności środowiska, braku perspektyw poprawy sytuacji, czyli zjawisk wykazanych w części badania dotyczącej NFZ. Dodatkowym ważnym czynnikiem jest poczucie napięcia w środowisku w mediach, które wyraża większość badanych. ■

Ocena przydatności „Gazety Lekarskiej” jest przeważnie pozytywna (65%, w tym 53% wskazań to odpowiedzi „raczej przydatna” i 12% „zdecydowanie przydatna”). Jedynie co czwarty respondent uważa, że jest mu „raczej nieprzydatna”.



Wersję z wykresami publikujemy na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium” 05/2014.

**Maria
Domagała**

Kadry w trakcie zmian

W debatach o działaniu i reformowaniu systemów ochrony zdrowia mówi się głównie o finansowaniu i sposobach świadczenia usług, mniej o ludziach – a przecież to oni wprowadzają w życie decyzje, od nich zależy poziom opieki i powodzenie reform.

Reformom przeprowadzanym przez polityków towarzyszą pewne samoistne procesy: zjawiska demograficzne, postępy w naukach medycznych, farmakologii i technologii, nowe procedury. W ich wyniku personel medyczny podlega zmianom: zacierają się granice zawodów, powstają nowe role zawodowe, zmienia się profil kadry, np. przybywa kobiet lekarzy. Rosną oczekiwania i potrzeby – finansowe, dotyczące warunków pracy itp. Ścisłejsze stają się związki między odrębnymi dotychczas segmentami: opieką podstawową, specjalistyczną i socjalną; następuje połączenie perspektywy populacyjnej (zdrowie publiczne) i indywidualnej opieki, rodzą się nowe formy opieki oraz umacnia współpraca interdyscyplinarna itd.

Skala problemu: sektor ochrony zdrowia UE daje zatrudnienie około 17 mln ludzi, pochłania od 7 do 11 proc. PKB krajów Wspólnoty, z czego 70 proc. idzie na płace i inne obciążenia związane z personelem.

Ale także pacjenci się zmieniają: coraz więcej wie-
dzą o chorobach, są bardziej świadomi; z jednej strony przejmują część odpowiedzialności za swoje zdrowie, ale z drugiej – mają coraz większe wymagania. Towarzyszy temu nacisk na poprawę wyników i jakości, ale zarazem – ponieważ koszty opieki zdrowotnej rosną – na ograniczenie tego wzrostu.

Zmienia się struktura kadr

Wpływ na strukturę kadr wywiera starzenie się, proporcja płci, migracja. Średni wiek Europejczyka z 38 lat w 1995 r. wzrósł w 2015 r. do 42. Podobnie w ochronie zdrowia, np. średni wiek pielęgniarzy w różnych krajach UE wynosi od 41 do 45 lat, w Wielkiej Brytanii połowa ma ponad 40 lat. We Francji liczba lekarzy poniżej 40. r.ż. spadła w ciągu 15 lat (1985–2000) z 55 proc. do 23 proc. Konieczne jest zatem zwiększenie aktywności starszych i ograniczenie wcześniejszego odchodzenia na emeryturę. Wśród zatrudnionych w sektorze zdrowia zaczynają dominować kobiety (40 proc. w latach 70. XX w., 70 proc. w 2000 r.); w Wielkiej Brytanii zajmują 60 proc. miejsc na studiach medycznych; stanowią 75 proc. lekarzy ogólnych poniżej 30 r.ż. Migracje zmniejszają lub zwiększają zasoby pracownicze i powodują ich zróżnicowanie etniczne.

Starzenie się społeczeństwa oznacza wzrost zapotrzebowania na pracowników na styku opieki medycznej i socjalnej, zajmujących się opieką domową, środowiskową – zwłaszcza że ubywa osób, które tradycyjnie świadczyły tzw. opiekę nieprofesjonalną: kobiet – ponieważ pracują zawodowo.

Technologia upraszcza i komplikuje

Nowe urządzenia i ich zastosowania, wiedza i procedury rozszerzają możliwości terapeutyczne i zmieniają zapotrzebowanie na różne zawody: na jedne jest mniej, na inne większe, powstają też nowe. Następuje zmiana tradycyjnych ról, kompetencji, specjalizacji. Telemedycyna przesuwa opiekę ze szpitali do placówek otwartych. Łatwy w obsłudze przenośny sprzęt zaciera granice między opieką podstawową i specjalistyczną; technologie endoskopowe zmieniają dyscypliny chirurgiczne – wiele procedur diagnostycznych i terapeutycznych można wykonywać w ambulatorium zamiast w szpitalu. W Norwegii np. nowoczesne technologie otworzyły dostęp do zaawansowanej medycyny ludności z dalekiej północy.

Zmiany technologiczne wymuszają podnoszenie kwalifikacji i zdobywanie nowych umiejętności. Elektroniczne bazy danych medycznych wymagają od pracowników udziału w ich rozwoju, obsłudze i interpretacji – 90 proc. lekarzy podstawowej opieki w UE posługuje się komputerem, niewiele mniej korzysta z elektronicznej informacji i internetu. Relacje lekarz – pacjent nadal są asymetryczne, ale coraz lepiej poinformowani konsumenci tworzą silne grupy pacjentów, które nie chcą bezkrytycznie przyjmować modelu oferowanych usług. Lawinowo wzrasta liczba pacjentów korzystających z informacji i szukających w internecie odpowiadających im usług.

Stabilność to przeszłość

Ogromne zmiany niesie globalizacja. Wzrost standard usług medycznych i edukacji, nastąpiła ich harmonizacja, ujednolicono wiele regulacji prawnych. Część prerogatyw, jak kontrola zawodowych standardów czy ochrona interesów zawodowych, będących tradycyjnie w gestii narodowych korporacji, przekazano ciałom międzynarodowym. Rozwój technologii informatycznych umożliwił permanentną edukację w każdym miejscu na Ziemi (cyfrowe biblioteki, teledukacja, e-learning, programy i kursy online).

Powstają nowe modele zatrudnienia, stabilność i pewność pracy przestała być regułą. Profesjonaliści medyczni coraz częściej podejmują kontrakty krótkoterminowe, pracują w niepełnym wymiarze, na wezwanie, są przedsiębiorcami lub samozatrudnionymi. W Belgii, Danii, Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii ponad 40 proc. pracowników medycznych i socjalnych pracuje w niepełnym wymiarze, w Wielkiej Brytanii i krajach skandynawskich upowszechniło się kontraktowanie usług w szpitalach.

Praktyce
medycznej
towarzyszą
więc nieustanne
zmiany. Lekarze
niemal każdego
dnia muszą
zapoznawać się
z nowymi lekami,
procedurami,
technologiami,
metodami ich
stosowania.
Rosną
zakresy zadań
pracowników
zajmujących
się chorymi
przewlekłymi.

Nowe oczekiwania, nowe role

W wyniku wprowadzania zaawansowanej technologii i nowych sposobów zatrudnienia powstają nowe role i zadania. Wiele zadań lekarzy przekazywanych jest pielęgniarcom (np. związanych z chorobami przewlekłymi, promocją zdrowia i prowadzeniem mniej poważnych schorzeń), z kolei pielęgniarzom – pomocom medycznym, asystentom, pracownikom socjalnym.

Praktyce medycznej towarzyszą więc nieustanne zmiany. Lekarze niemal każdego dnia muszą zapoznawać się z nowymi lekami, procedurami, technologiami, metodami ich stosowania. Rosną zakresy zadań pracowników zajmujących się chorymi przewlekle. Starzenie się oraz wielochorobowość, wymagająca kompleksowej opieki i leczenia, plus akcent na lepszą jakość życia rodzą nowe oczekiwania wobec pracowników ochrony zdrowia. W Wielkiej Brytanii, ale też w innych krajach UE i świata, w odpowiedzi na te potrzeby wzmocniona została rola pielęgniarki, a część procedur przesunięto ze szpitali do opieki podstawowej. Zwiększa się też rola farmaceutów. Mając wgląd w przyjmowanie leków, działają na rzecz racjonalnego ich dawkowania i nienadużywania. Personel ratowniczy udziela nie tylko pierwszej pomocy, ale podejmuje zaawansowaną resuscytację i leczenie w przypadku np. zawału serca.

Nowe role wymagają często zmiany istniejących prawnych granic zawodów, czemu niekiedy przeciwnie są organizacje lekarskie broniące interesów swoich członków.

Harmonizacja znosi różnice w edukacji

Współczesny profesjonalista musi posiadać różnorodne umiejętności i wiedzę, nie tylko kliniczne. Kształcenie wychodzi z sal uniwersyteckich – odbywa się na konferencjach, wykorzystuje internet, działa ponadnarodowo. Od początku studiów wprowadza się warsztaty kliniczne i metody oparte na badaniu przypadków i rozwiązywaniu problemów. Rośnie rola teleedukacji, np. brytyjski Open University po sukcesie kursów dla pielęgniarek i pracowników socjalnych chce tą samą metodą szkolić lekarzy. Dzięki międzynarodowej współpracy uruchomiono Wirtualną Szkołę Medyczną (IVIMEDS) pozwalającą zaliczać online część przedmiotów medycznych.

Zasadnicze różnice w kształceniu kadr medycznych w Europie zlikwidowano w procesie harmonizacji, ale wiele pozostało. Dyrektywa unijna 93/16 zaleca, by podstawowe szkolenie lekarzy trwało 6 lat (w Wielkiej Brytanii, Irlandii, w Malcie nadal trwa 5 lat). Stopniowo maleje różnicowanie w zakresie specjalizacji, np. na Litwie zmniejszono ich liczbę z 96 do 19. Dyrektywa 89/595 przewiduje 3-letnie kształcenie pielęgniarek na uniwersytecie; ale jeszcze nie wszędzie tak jest. Rekomendowany wymóg edukacji ciągłej i uzupełniania wykształcenia też nie wszyscy egzekwują (Francja). Nie każde państwo bierze na siebie finansowanie doskonalenia zawodowego, w niektórych obciąża to pracowników. Większość krajów kontroluje liczbę studentów (numerus clausus), czego efektem są deficyty pracowników.

Metody wynagradzania – nie ma doskonałej

Zmiany objęły też sposób wynagradzania kadr. Najważniejsze metody to: pensja, opłaty za usługę (fee for service, ffs) i metoda kapitacyjna (ryczałt za osobę wpisaną na listę). Każda w inny sposób wpływa na aktywność i efektywność. Opłata za usługę zachęca do obsługi większej liczby pacjentów i wykonywania większej liczby procedur. Brak limitów budżetowych może zwiększać aktywność i zmniejszać skuteczność leczenia, dlatego np. w Niemczech ffs skojarzone są z limitami pozwalającymi kontrolować wydatki, ale nie zapobiega to stosowaniu procedur zbędnych. System kapitacyjny może obniżać aktywność i przerzucać koszty do opieki specjalistycznej lub farmaceutycznej, podobnie jak stała pensja. Zapobiegać temu mają mieszane systemy wynagradzania. W Wielkiej Brytanii 60 proc. zarobków GP pochodzi z metody kapitacyjnej, reszta z ffs (np. za szczepienia) i dodatków (np. stażowego). We Francji dąży się do ograniczenia ffs w lecznictwie ambulatoryjnym jako metody kosztownej i marnotrawnej, Niemcy wprowadzają kapitację i pensje, aby ograniczyć nadaktywność, zaś Wielka Brytania przeciwnie – rozwija ffs, aby zwiększyć aktywność w systemie krępowanym przez stałe pensje, który hamuje koszty, ale nie zachęca do aktywności i poprawy wyników.

Nie ma doskonałych metod wynagradzania kadr medycznych, powinny one jednak uwzględniać elementy zarządzania aktywnością i być powiązane z wynikami.

W Polsce duże korzyści i koszty

W naszym kraju po 1989 r. występują tendencje podobne do opisanych wyżej. Spowodowała je zmiana sposobu finansowania ochrony zdrowia z budżetowego na ubezpieczeniowy, a potem przystąpienie do UE. Reguły rynkowe pociągnęły za sobą duże zmiany w zarządzaniu kadrami. Powstały warunki do samozatrudnienia, przybywało więc niezależnych praktyków – w opiece podstawowej i w szpitalach. Zwiększyło się zróżnicowanie płacowe. Zmalało znaczenie związków zawodowych, za to wzmocniły się korporacje profesjonalne, które przejęły od państwa niektóre funkcje regulacyjne: definiowanie standardów praktyki, wydawanie prawa wykonywania zawodu. Na nowo zbudowano sektor opieki podstawowej z lekarzem rodzinnym jako gatekeeperem, związanym kontraktem z NFZ. Lepsza sytuacja finansowa kraju umożliwiła poprawę wyposażenia zakładów i warunków pracy, wzrost zarobków, a to motywowało do podnoszenia kwalifikacji. Przyspieszył proces przemodelowania różnych zawodów medycznych. Członkostwo w UE oznaczało harmonizację systemu kształcenia i wzajemne uznawanie kwalifikacji, co dało możliwość podejmowania pracy w całej Unii. Polska należy do krajów, którym transformacja ustrojowa dała dużo, ale paradoksalnie koszty zmian także są duże. Specjaliści wyjeżdżają do bogatszych krajów UE, co w połączeniu z nietrafnym planowaniem kadr i nieuwzględnianiem ogólnych trendów społecznych spowodowało dotkliwie deficyty niektórych specjalności. ■

Nie ma doskonałych metod wynagradzania kadr medycznych, powinny one jednak uwzględniać elementy zarządzania aktywnością i być powiązane z wynikami.

Na podstawie: „Human resources for health in Europe”, seria „European observatory on health systems and policies” oraz „Poland. Health system review 2011”.



**Joanna
Sokołowska**

Otwierają się
przed zdumionymi
internautami
czaszki i klatki
piersiowe.
Anonimowe
migdałki gardłowe
i pęcherzyki, zwane
woreczkami,
macice i guzy
mózgu opuszczają
swe miejsce
pod działaniem
anonimowych
dłoni lekarza.
Anonimowość jest
tu bardzo ważna.

Lekcja anatomii

Gdy Rembrandt malował doktora Nicolaesa Tulpa, pochylającego się nad zwłokami złodzieja Adriaana Adriaansa, sekcja zwłok była misterium tajemnym i budzącym prawdziwą sensację.

Tylko raz w roku bogaci mieszczanie, kupując bilety do teatrum anatomicum, dostępowali możliwości zajrzenia do wnętrza ludzkiego ciała. Adriaan, zwany też Arisem Kindtem, przez czterdzieści jeden lat swojego życia nie przysłużył się niczym dobremu społeczności Amsterdamu. Kradł, pił i bił. 16 stycznia 1632 r. został publicznie powieszony za kradzież płaszcza. Jego ciało oddano gildii chirurgów, z przeznaczeniem publicznego wykonania autopsji – ku nauce, ale też i ku przestrodze. Trochę więc, wbrew intencjom miejskich sędziów, zyskał nieśmiertelność, dzięki mistrzowskiemu pędzlowi Rembrandta.

Czego szukali współcześni Adriaanowi, zaglądając do wnętrza łotrzykowskiego ciała? Pochyleni nad jego zwłokami chirurdzy dowiedzieli się, w tym zatrzymanym na płótnie momencie, jakie mięśnie zacisnęły palce rabusia na cudzej własności. Pewnie wraz z prowadzącym sekcję porównywali zastane widoki z tymi uwiecznionymi w atlasie Andreasa Vesaliusa. Może szukali szczegółu anatomicznego różniącego ich uczciwie spracowane dłonie od złodziejskich rąk? Może liczyli na znalezienie „tego, co nas trwoży w sobie – co wprawia w ruch i zatrzymuje obieg Nieśmiertelności zanurzonej w krwi”?

Czy poszlibyście dziś na publiczną sekcję zwłok? Czy wbrew własnym emocjom, przełamując atawistyczny lęk przed naruszeniem tabu ciała zmarłego, zabralibyście na taki pokaz znajomych i sąsiadów? Z przecuciem graniczącym z pewnością twierdząc, że u większości z nas, oburzenie budzi już samo postawienie tego pytania.

O mora! O tempores! – bolał Cynceron nad upadkiem obyczajów, nie przeczuwając nawet, że z każdym stuleciem sprawy będą szły w coraz gorszym kierunku. Publiczne sekcje odbywają się bowiem codziennie, a współczesny teatr anatomiczny jest bezpłatny i ogólnodostępny – internetowy. Wystarczy wpisać w wyszukiwarkę hasło, by wziąć udział w lekcji anatomii przeznaczonej dla szerokiego grona. Tulp XXI w. pozwala przystąpić gawiedzi nie tylko do stołu sekcyjnego. Wpuszcza ją także na salę operacyjną. Każdemu chętnemu uchyla rąbka swej, dziś coraz mniej tajemnej, wiedzy. Wszystkich zaprasza do uczestniczenia w zabiegu amputacji i rekonstrukcji, usunięcia i odtworzenia, pozwala patrzeć na śmierć i na narodziny. Ale czy jest w nim refleksja Leonarda, który sam badając

budowę ludzkiego ciała, pisał: „Ty badaczu naszej ludzkiej maszyny nie smuć się, iż pomnażasz wiedzę o niej kosztem śmierci innego człowieka, lecz ciesz się, że stwórca wyposażył nasz intelekt w możliwość takiego poznania”? Czy może powoduje nim tylko chęć wzbudzenia niezdrowej sensacji mierzonej ilością odsłoniętego zamieszczonego materiału filmowego?

Otwierają się przed zdumionymi internautami czaszki i klatki piersiowe.

Anonimowe migdałki gardłowe i pęcherzyki, zwane woreczkami, macice i guzy mózgu opuszczają swe miejsce pod działaniem anonimowych dłoni lekarza. Anonimowość jest tu bardzo ważna. Również dla widzów, którzy zza ekranów swoich komputerów popularnym od czasów imperium rzymskiego gestem, skierowanego ku górze lub zwróconego ku dołowi kciuka, mogą nagrodzić lub zdyskredytować kunszt operującego (i operatora kamery). Po obejrzeniu „spektaklu” jego widzowie piszą ku pocieszeniu: „Właśnie mi TO usunięto – chciałem zobaczyć, jak TO wygląda od środka” albo z lękiem: „Jutro mi TO wytną” (uzasadnienie jak wyżej) lub z niedowierzaniem: „Czy każdy musi TO mieć usunięte?”. Czasem wyrwie się komuś: „Nie przy jedzeniu!” – tak niby dowcipnie, ale jednocześnie poddając w wątpliwość estetyczną wartość przekazu... Człowiek staje się ciałem, ciało – preparatem, preparat – przedmiotem niezbyt wyrafinowanych żartów. Próżno szukać w komentarzach zadumy nad „świeceniem swego wnętrza”.

Gdyby materiał filmowy okazał się zbyt drastyczny dla milusińskich szperających w poszukiwaniu medycznych wiadomości w otchłani wirtualnej przestrzeni krążą aplikacje, dla niepoznaki zwane gramami. „Operacja skoliozy”, „Operacja kolana”, „Operacja ucha” – pozwalają na własnoręczne (własnoklawiaturowe?) przeprowadzenie, krok po kroku, określonego zabiegu. Młody gracz,



FOTO: rook76 / Shutterstock.com



poruszając się po komiksowo zaplanowanych planszach, musi podjąć właściwe decyzje diagnostyczne i terapeutyczne, a jego działanie nagradzane jest przyznanymi punktami. Gra ma wartość dydaktyczną, kategorię gry logicznej i przeznaczenie dla dzieci w wieku szkolnym. Podobnie, jak popularna „Big Farm”, polegająca na sadzeniu marchewek...

Nie mam wątpliwości, że te współczesne lekcje anatomii mają swą wartość poznawczą. Wirtualnie uchylone drzwi sali operacyjnej już nie dadzą się przecież zatrzasnąć. Pacjent, który coraz bardziej ma prawo wiedzieć i akceptować nie tylko fakt, ale i metodę zabiegu – mając możliwość – będzie dążył do jak najbardziej bezpośredniej relacji z tego, co stanie się jego udziałem za drzwiami z napisem „Blok operacyjny”.

Ważne jednak, zwłaszcza przy powszechnej obecności urzędów rejestrujących, byśmy my, lekarze, byli raczej autorami tych relacji, niż ich nieświadomymi bohaterami. Byśmy swoim nazwiskiem i prawem wykonywania zawodu dawali gwarancję przestrzegania zasad etycznych. Może wtedy ich autorzy przejdą do annałów medycznej dokumentalistyki, tak jak James L. Stanfield, który zatrzymał w kadrze wizerunek profesora Zbigniewa Religi, czuwającego przy pacjencie po zakończonej operacji kardiochirurgicznej. ■

Nie mam wątpliwości, że te współczesne lekcje anatomii mają swą wartość poznawczą. Wirtualnie uchylone drzwi sali operacyjnej już nie dadzą się przecież zatrzasnąć.

* Cytaty pochodzą z wierszy: „Lekcja anatomii doktora Tulpa” Jacka Kaczmarskiego i „Lekcja anatomii (Rembrandta)” Stanisława Grochowiaka.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Obecność duchów w Szczawnie-Zdroju

Polskie uzdrowiska żyją głównie letnimi festiwalami. Powinny one urozmaicać i uprzyjemniać pobyt, starać się o program na dobrym poziomie, a nawet uzupełniać procesy lecznicze, o czym wiele czytałem, ale mam jeszcze więcej wątpliwości.

O d pewnego czasu modna jest tzw. muzykoterapia. Napisala o niej interesującą pracę ceniona przeze mnie badaczka dr Anna Matera z Leszna. Moje osobiste doświadczenia wyraźnie przeczą jednak tezie, że słuchaniem muzyki można kogokolwiek wyleczyć. Wręcz przeciwnie. Radiowy hałas dźwiękowy w co najmniej kilkunastu stacjach w moim samochodzie mógłby dobić nieboszczyka. Głośne emitowanie muzyki podczas posiłków w większości polskich restauracji jest przyczyną zaburzeń pokarmowych, niestrawności i nerwicy. Najprostszym sposobem likwidacji kolejek do medycznych specjalistów powinno być odgrywanie w poczekalniach symfonii Brahmsa, Brucknera, Mahlera, Szymanowskiego lub Pendereckiego. Radzę to i dedykuję dzielnie odpierającemu ataki ze wszech stron ministrowi zdrowia.

Zostawmy uzdrowiskową problematykę muzyczną, która jak zawsze karmi się repertuarową chałturą i tandetą, stanowiąc mizerny rynek pracy dla muzyków i śpiewaków – nazwijmy to – drugoplanowych. Dawniej po kurortach jeździły z koncertami gwiazdy stare, już bez głosów, ale z karierą i nazwiskami. Teraz odwrotnie. Kuracjusze bywają epatowani tzw. młodymi talentami. Na razie bez głosów, nazwisk, nie mówiąc już o karierze i jakichkolwiek perspektywach. Na ciekawy pomysł wpadł ostatnio Paweł Skrzywanek, nowy prezes uzdrowiska w Szczawnie-Zdroju. Do jego kompetencji w sprawach artystycznych mam wiele zaufania. W końcu lat 80. powierzono mu kierowanie wrocławską kulturą. Miał wtedy dwadzieścia kilka lat, działał w podziemnej „Solidarności” i był najmłodszym szefem kultury i sztuki, jeśli chodzi o duże aglomeracje miejskie w całej Europie. Kierując wówczas Operą Wrocławską, z uznaniem obserwowałem poczynania, odwagę i błyskawicznie rozwija-

jący się talent organizacyjny pierwszego po transformacji działacza kultury w nowej rzeczywistości.

Teraz po latach, dysponując jeszcze bardziej rozległą wiedzą, kontaktami i mając w Szczawnie do dyspozycji piękny obiekt koncertowy w Domu Zdrojowym (podobno był on pierwowzorem dla sopockiego Grand Hotelu), prezes Skrzywanek wymyślił nie kolejny festiwal muzyczny, a oryginalny cykl spotkań poświęconych wybitnym postaciom z przeszłości, związanych lub co najmniej bywających w tym uzdrowisku.

Pierwszy wieczór poświęcony był zasłużonej dla Dolnego Śląska przedwojennej i powojennej gwiazdzie operowej oraz dyrektorowi teatrów muzycznych Barbarze Kostrzewskiej. Podczas następnych mowa będzie o Jarosławie Iwaszkiewiczu, księciu Antonim Radziwille, Janie Brzechwie, Winstonie Churchill, Gerhardzie Hauptmannie, Wojciechu Dzieduszyckim, Hipolicie Cegielskim i Daisy von Pless.

Mało kto wiedział dotąd, jak wiele niezwykłych duchów z niemieckiej i polskiej przeszłości błąka się po parkach i pięknych budowlach Szczawna-Zdroju. Jeśli ten comiesięczny cykl będzie równie tłumnie oblegany, jak podczas inauguracji przez kuracyjną publiczność, media, lekarzy i mieszkańców pobliskiego Wałbrzycha, należy liczyć na długie jego trwanie.

Wątpię, czy muzyką można wyleczyć. Nie wierzę w to, że „muzyka łagodzi obyczaje” (gdyby tak było, miałbym raz na zawsze zapewnione miejsce w niebie). Natomiast ufam w uczestniczenie w uzdrowiskowych wieczorach i słuchanie barwnych opowieści na ciekawe tematy. Jeśli w odchudzaniu ma znaczenie suplement diety, to w sanatoryjnym leczeniu równie potrzebny jest wyrażany słowem suplement historii, tradycji, sztuki i kultury w ogóle.

Recenzja

**Henryk
Gaertner**

Wyimki z omówień

P rofesor Marek Pawlikowski jest autorem dziełka „Rozmowy z Baltazarem”, na treść którego składa się dziesięć rozmów z kotem na ważne tematy. Książeczka zaczyna się rozmową o rodowodzie Baltazara i losach jego przodków na kanwie historii. W dalszych rozmowach są poruszone tematy: cywilizacji, moralności i prawa, podróży i odkrycia

Ameryki, rozważania o pasach, kotach i polityce, sztuce, Internecie i anonimach, o wolności i medycynie – lekarzach i pacjentach. Aktualne i ważne tematy są przedstawione z dużymi dawkami filozofii i historii oraz humoru.

Tekstom o Baltazarze towarzyszą liczne grafiki, których autorem jest znany lekarz, poeta i grafik

Przyjaciel ortopedii

Rację miał autor słów hymnu Światowej Federacji Młodzieży Demokratycznej, pisząc, że „Nie zna granic ni kordonów pieśni zew”. Nie ma takiej sprawy, o której nie dałoby się zaśpiewać.

A ja, kiedy trafiam na kolejny dowód przekraczania przez pieśń następnej granicy, wpadam najpierw w zdziwienie, a potem w zachwyt. Tak było, kiedy w artykule Małgorzaty Skotnickiej-Palki poświęconym epidemii ospy we Wrocławiu w 1963 r. (pismo „Pamięć i Przyszłość” nr 3/2013) przeczytałem tekst hymnu, który powstał w jednym z wrocławskich izolatoriów:

Na Psim Polu dość wesoło,
Dzieci kręcą się wokoło,
Zewsząd płynie radość, śpiew,
Czas nikomu się nie dłuży,
I tak płynie dzień za dniem.

Refren:

Kwarantanna, kwarantanna,
Tam przyjemnie i wesoło płynie czas.

Za drutami kolczastymi,

Do kwarantanny na Psie Pole jedź choć raz...

Zanim coś jeszcze powiem na temat zacytowanego wyżej tekstu – dygresja. Sam nie mogę wyjść ze zdumienia, kiedy widzę, co ja czytałem. I to wszystko przez Państwa! Przecież gdybym nie pisywał tekstów do „Gazety Lekarskiej”, nie rzuciłbym się z taką zachłannością na historyczne artykuły poświęcone epidemii ospy. Raczej, tak jak inni koledzy w moim wieku, szukałbym opowieści o miłości, pożądaniu albo o samochodach. A najchętniej o tych trzech rzeczach naraz – czyli miłości do samochodów i pożądaniu ich. Wracając do tekstu hymnu z wrocławskiego izolatorium. Można dyskutować nad jego wartością literacką, ale nie można mu odmówić trafności spostrzeżeń. I ta trafność została osiągnięta użyciem jednego słowa – „dość”. Pisząc, że „Na Psim Polu dość wesoło”, autor sugeruje, że jest bez przesady. Ani bardzo wesoło, ani niewesoło. Uważam, że poeci powinni częściej używać słowa „dość”, a wtedy ich dzieła byłyby prawdziwsze. Pisane w uniesieniu, nie krępowałyby autorów, kiedy to uniesienie minie. Ot, weźmy Leśmiana. I dopiszmy mu, bo być może sam

nie miał odwagi:

Ty przychodzisz jak noc majowa...

Biała noc, noc uśpiona w jaśminie...

I jaśminem pachną twe słowa...

I księżycem sen srebrny płynie...

Kocham cię... Dość...

Jeden z moich kolegów muzyków zaangażował się w ciekawe przedsięwzięcie. Otóż grupa lekarzy urologów, ludzi z tytułami naukowymi, założyła zespół. Zjeżdżają z całej Polski na próby, grają, śpiewają. Zaczęło się od nagrania płyty z kolędami. Teraz repertuar się rozszerza, mają nazwę, coraz bardziej rockowe brzmienie, występują na zjazdach, kongresach naukowych. A Wojtek, mój kolega muzyk, wspierający ich fachową siłą w aranżacji utworów, w „Przeglądzie Urologicznym” (co ja czytam?!) nazwany został dumnie „przyjacielem urologii”. Oczywiście nadany mu tytuł stał się powodem do delikatnych żartów kolegów spoza środowiska medycznego, ale to na pewno z zazdrości. A może by tak przyjąć zasadę, że każdy z artystów ma szczytny obowiązek bycia przyjacielem jakiegoś działu medycyny? Żeby w żaden sposób to nikogo nie krępowało, nie wywoływało głupich komentarzy zacofanych i nieżyczliwych ludzi, takie tytuły powinny być kadencyjne i rozdzielane w drodze losowania. Na przykład Związek Artystów Scen Polskich, Stowarzyszenie Autorów ZAiKS, Związek Polskich Artystów Plastyków i Związek Literatów Polskich na walnych zebraniach, zgodnie z wynikami losowania, powinny każdego ze swoich członków zobowiązać do bycia przez najbliższe cztery lata przyjacielem interny, alergologii, anestezjologii, wenerologii, chirurgii, patologii itd. A każdy z artystów na koniec swojej kadencji miałby obowiązek pozostawienia po sobie jakiegoś świadectwa przyjaźni. Gdybym był „przyjacielem ortopedii”, napisałbym piosenkę:

Zrosła ci się dobrze kość,

Znaczy... Zrosła ci się dość. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

Ryszard Żaba, który wydał równolegle swoje POEZJE, składające się z czterech części w różnych wersjach językowych: polskiej, portugalskiej, francuskiej, angielskiej i niemieckiej. Wiersze mają charakter refleksyjny, czasem egzystencjalny, inne dotyczą m.in. przyrody. Niektóre wiersze mają konotacje medyczne. Wartości dodatkowej zbiorowi dostarczają ciekawe i liczne grafiki autora.

Kolejną pozycję wydał profesor Waldemar Hładki. W obecnym tomiku „W podróży” po-

znajemy 33 zwarte wiersze datowane od 2009 do 2013 r. Najliczniejsza grupa to wyraz wrażeń z różnych krajów Afryki, Australii i Nowej Zelandii. Dalsze opisują wrażenia z Lizbony i Pragi, a sześć z Polski. Piękno wierszy pomnażają odpowiadające im wspaniałe wielobarwne fotografie z archiwum autora. Książeczka w pięknej oprawie muzycznej i literackiej miała swoją promocję w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim. ■

Szczepan
Cofta

Narodowa trzęsiączka akredytacyjna?!

Na przełomie roku zostało podpisane przez Prezesa NFZ „Zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Powinno ono wzbudzić szczególną refleksję w naszym lekarskim środowisku.

Założono w zarządzeniu preferowanie przy kontraktowaniu podmiotów posiadających certyfikaty ISO, a także akredytację Ministra Zdrowia – koordynowaną przez krakowskie Centrum Monitorowania Jakości. Kluczowym jednak wydaje się odpowiedź na pytanie, czy systemy te są na tyle dojrzałe i dotyczące istoty działalności medycznej, by stały się istotnymi wyznacznikami budowania szpitali i poradni przyszłości?

Trzeba wyrazić zdziwienie, że refleksja dotycząca „regulatorów jakości” jest niezwykle rzadko podejmowana w głównym nurcie tematów środowiska lekarskiego. Byłaby ona ważna o tyle, że preferowane regulacje mogą wpływać w sposób niezwykle istotny na codzienne nasze działanie. Sądzę, że wygodniej jest nam, lekarzom, unikać wyrażania opinii, mając nadzieję, że pewne – często sprzeczne z duchem działania lekarskiego – działania administracyjne uda się nam ominąć, jak to udaje się unikać w wielu innych obszarach działalności medycznej.

Kontrowersje

Standardy akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia są zestawem szczegółowych wymogów wylistowanych w obszernym dokumencie, podzielonych na kilkanaście kategorii (m.in. ciągłość opieki, ocena stanu pacjenta, kontrola zakażeń, zabiegi i znieczulenia, zarządzanie zasobami ludzkimi itp.).

Współzarządzając szpitalem, oczywiście na pewno skorzystam z szeregu cennych wskazówek. Warunkiem zmiany jest przecież zawsze rozsądne „porównywanie się” i szukanie najlepszych wzorców. Wątpliwości budzi jednak szczegółowość proponowanych procedur. Ta szczegółowość doprowadza bowiem do banalności (przypominając, że pacjenta mogą odwiedzać bliscy bądź też, że powinno się zabezpieczyć własność pacjentów czy że informować rodzinę w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta). Irytację może budzić wchodzenie z butami w rzeczywistość przynależną logice postępowania medycznego: nawet wpływanie na zakres wywiadu i badania fizykalnego – rzeczywiście ktoś nie miał już czego skomplikować. I to, że pacjent ma być badany po przyjęciu do szpitala.

Ponadto w części dotyczącej zarządzania ogólnego przywołuje się – w mojej opinii – orwellowski wymóg zdefiniowania misji szpitala (wiem, że niektórzy się już z tym opatrzyli i zobowiązali na zasadzie kompromisu). A jest to – moim zdaniem – podstawowy wyraz zaśmiecania biurokratycznego. Nie wiemy, do czego służy szpital czy poradnia? Podobnie jak konieczność wyznania, że „dyrekcja wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki”.

Wątpliwość budzi też kolejna papierowa deklaracja – konieczność „wdrożenia mechanizmów rozwiązywania zagadnień etycznych”. Te powinny być związane z zasadami zachowania autonomii decyzji zależnych od sumienia człowieka – lekarza czy innego pracownika medycznego, a nie

od standardowej procedury operacyjnej (określenie to – jak wiem – jest często przytaczane – jakbyśmy zapomnieli, że jest swego rodzaju biurokratyczną nowomową). Chodzi bowiem – po polsku – o procedurę. Nie jest wiadome, dlaczego standardowa czy też operacyjna.

Powraca jednak niezwykle istotne pytanie, jakie obszary działalności ściśle medycznej powinny być obwarowane zapisami je określającymi w sposób sformalizowany, by zapewnić rzeczywiste bezpieczeństwo pacjentów i tworzyć możliwie optymalną „jakość” udzielania świadczeń. Należałoby ograniczyć się do spraw kluczowych o największej wadze. Stawiając zawsze pytanie, czy tworzenie danego wymagania nie jest obarczaniem nadmiernym obciążeniem administracyjnym (przewaga korzyści nad praktyczną uciążliwością z odwracaniem uwagi i odciąganiem od relacji z poddanym pieczy pacjentem), a także czy nie jest zastępowaniem zdrowego rozsądku (regulującego przecież tak wiele obszarów życia) stertami papieru.

Obawy

Rozmnożenie i rozdrobnienie standardów poraża, nasuwając podejrzenie, że chodzić może o jakiś papierowy rząd dusz. Zastanawiam się nawet, czy nie jesteśmy świadkami powstawania swego rodzaju „ideologii jakościowej”. Ciekawe, że impet związany z wprowadzaniem uregulowań nie wychodzi zazwyczaj ze środowiska lekarskiego czy praktykującego środowiska pielęgniarskiego, lecz z pewnych emancypujących się zawodów okotomedycznych bądź administracji.

Trzeba wyrazić, jakie obawy w środowisku lekarskim mogą budzić preferowane standardy akredytacyjne. Wymienilibym cztery spośród nich.

Pierwszą jest obawa formalizmu. Proponowane liczne procedury, przy których narzucaniu – jak się wydaje – brakuje zachowania administracyjnej zasady nieregulowania spraw, które regulowane są zdrowym rozsądkiem. Ołbrzymią pokusą jest zastępowanie właśnie zdrowego rozsądku dokumentami.

Druga obawa to zagrożenie ryzykiem zajmowania się sprawami drugorzędnymi przy pominięciu najważniejszych problemów. Rozmnaża się procedury i wprowadza bardzo precyzyjne regulacje, niezwykle nimi absorbując, ale zwłaszcza te, które zmieniają tylko „wygodne” obszary, z pominięciem nieraz tych, które rzeczywiście wymagają przeobrażenia. Powstaje ogromne ryzyko nierozwiązywania rzeczywistych problemów szpitali i oddziałów. Generalnie łatwiej osobom prowadzącym „działania jakościowe” w szpitalu – z punktu widzenia strategicznego – zajmować się sprawami łatwiejszymi, nie ryzykując konfliktu z kierownikami jednostek czy grupami zawodowymi.

Trzecią obawą związaną z systemami akredytacyjnymi jest używanie języka obcego językowi medycznemu, często przeniesionemu z obszarów przemysłu. Nie może dziwić nikogo, że środowisko medyczne, które na przestrzeni wieków wypracowało swój własny język, buntuje się obcym

Nie może
dziwić nikogo,
że środowisko
medyczne, które
na przestrzeni
wieków
wypracowało
swoją własny język,
buntuje się obcym
naaleciałościom,
które często
określa jako
swego rodzaju
nowomowę. Takim
karykaturalnym
przykładem jest
używanie określeń
typu „najwyższe
kierownictwo”
w strukturach
certyfikacji ISO.

nałościom, które często określa jako swego rodzaju nowomowę. Takim karykaturalnym przykładem jest używanie określeń typu „najwyższe kierownictwo” w strukturach certyfikacji ISO. Jeśli systemy akredytacyjne chcą w skuteczny sposób wniknąć w rzeczywistość świata medycznego i medyków, muszą mówić naszym językiem.

Czwarty niepokój związany jest z koniecznością uszanowania pewnej historycznie uwarunkowanej i uświęconej tradycją autonomii zawodu lekarza, mechanizmów związanych z dorastaniem do samodzielności zawodowej, kształtowania i rozwijania umiejętności, często niewymiernych. Te przestrzenie rozwijają się i są przekazywane przez medyków z pokolenia na pokolenia, najlepiej w relacji mistrz – uczeń. Nie wyobrażam sobie, w jakiej mierze mogłyby systemy akredytacyjne zaangażowane w ocenianie tego, co szczególnie istotne, a więc np. zdolności i sprawności operatora, pewnych cech osobowych związanych z umiejętnością podejmowania decyzji, umiejętności kontaktu z pacjentem rodzącym zaufanie i bezpieczeństwo. A przecież są to sprawy pierwszorzędne dla zapewnienia pacjentowi jakości i bezpieczeństwa.

Ponadto wydaje się niezbędnym warunkiem wprowadzanie akredytacji monitorowania ich przez osoby, które znają w sposób praktyczny wszystkie aspekty lekarskiej działalności. Nie będzie nigdy przekonującym wprowadzanie standardów akredytacyjnych przez osoby, które nie sprawdziły się w swoich zawodach bądź od nich uciekły.

Obawiam się, że u podstaw pokus związanych z kwestionowaniem dotychczasowego sposobu zarządzania jest swego rodzaju brak zaufania – nieufność, która rodzi konieczności

coraz to bardziej szczegółowych regulacji. Słyszymy zdania: to „lekarze są najsłabszym ogniwem systemu”.

Wydaje się, że możliwe jest zaakceptowanie ośrodka wiążącego – akredytującego podmioty świadczące społeczeństwu usługi w zakresie zdrowia, jednakże zasady przedstawiane przez jednostkę akredytacyjną powinny być – w związku z jej uprzywilejowaniem – poddane refleksji i rewizji.

Obawiam się także, że w dużej części szpitali decyzje o przystępowaniu do akredytacji podejmowane będą w oparciu o pewną presję i w pośpiechu, nie raz w sposób wymuszony. Wynika ona po pierwsze z lęku przed utratą punktów przy nowym procesie kontraktowania, po drugie – z presji przyznania specjalnych funduszy proponowanych akredytującym się szpitalom. Po trzecie – z powodu pewnej naturalnej, częściowo zrozumiałej, presji komórek szpitala zajmujących się „jakością”. Problemem ich jest, że stanowią one często „teoretyczne” ciała stanowiące kontrapunkt dla wykonujących organiczną pracę jednostek organizacyjnych, na których barkach złożona jest codzienna odpowiedzialność za funkcjonowanie szpitala.

Łatwo przewidzieć powstanie w najbliższych miesiącach swego rodzaju „narodowej trzęsączki akredytacyjnej”. Trzeba będzie przekonać się, czy chodzi o rzeczywisty skok jakościowy naszych szpitali, czy raczej o modę bądź nawet chorobę.

W podtekście wybrzmiewa jednak pytanie, o jaki szpital nam chodzi? Czy uratujemy najlepsze i najpełniejsze wymiary myśli szpitalnej pomocy choremu diagnozowanemu czy leczonemu, czy staniemy się twórcami bezdusznej korporacji. ■

Współzarządzając szpitalem, oczywiście na pewno skorzystam z szeregu cennych wskazówek. Warunkiem zmiany jest przecież zawsze rozsądne „porównywanie się” i szukanie najlepszych wzorców. Wątpliwości budzi jednak szczegółowość proponowanych procedur.

Co za pech

Zwycięską anegdotę przesłała doktor Aleksandra Zima.

Gratulujemy wygranej!

Późnym wieczorem dnia poprzedniego przywieziono niedoszłego samobójcę, który chciał powiesić się na stropie strychu. Dom był jednak stary, a drewno spróchniałe, belka nie wytrzymała ciężaru i mężczyzna przeleciał przez podłogę strychu i wpadł do kuchni wprost na piecyk, czego skutkiem był uraz głowy i złamane obie nogi. Podczas obchodu

porannego, ordynator pyta:

– Proszę pana, niech mi pan opowie, jak to wszystko było?

– Aaa... chciałem skończyć z tym wszystkim. A tu, patrz pani, jaki pech – belka nie wytrzymała i żem spadł, ... ale jak! Tak żem spadł, tak żem poleciał, no pani doktor, o mało żem się nie zabił!

Serdecznie dziękujemy wszystkim Czytelnikom, którzy przesłali swoje anegdoty na konkurs „GL” 04/2014.



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 15 maja** na adres anegdota@gazetalekarska.pl.

Tekst nie powinien przekraczać 700 znaków.

Do wygrania weekend dla dwóch osób w Hotelu Białowieski!

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.

Q pamięci

Profesor Jerzy Woy-Wojciechowski to osoba, której nikomu przedstawiać nie trzeba. I nie mam na myśli środowiska lekarskiego, ale wszystkich rodaków. W mediach widzimy go przede wszystkim jako prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, ale także przy okazji niektórych wydarzeń kulturalnych. O tym, że Profesor „szefuje” PTL, wiadomo powszechnie, o tym, że jest wybitnym specjalistą medycyny nuklearnej, wie wielu lekarzy. Myślę, że spore grono osób wiąże jego osobę i pseudonim „Woy” z twórczością kompozytorską. Przebojem, który także obecnie często można usłyszeć w różnych rozgłośniach, jest piosenka „Goniąc kormorany”, w niezapomnianym wykonaniu Piotra Szczepanika. Ale trzeba dodać, że wśród wykonawców tej pieśni był także... Jose Carreras. Muszę wyznać, że moją najbardziej ulubioną piosenką Woya jest: „Jaka szkoda, że nie wcześniej”, którą śpiewała Irena Santor. Stosunkowo najmniej znaną sferą twórczej aktywności Pana Profesora jest pisarstwo. Na naszych łamach miałem przyjemność prezentować książkę: „Misjonarze zdrowia”.

Z pewnością są osoby znające wcześniej wydaną książkę: „Którędy do medycyny”, w której, jak pisze sam autor: „opisałem pierwsze trzy dziesiątki życia”. Teraz wydawnictwo Domena wydało: „Q pamięci”, czyli „środek żywota”. Miejmy nadzieję, że zgodnie z zapowiedzią autora, jest to druga część „tryptyku”. W trzeciej ma zamiar opisać dojrzałą część życia. W obecnie wydanej książce opisane są między innymi lata dziecięce. Nikt z nas nie domyśliłby się chyba, skąd wziął się domowy pseudonim ojca – Węglowodan. Poznajemy także czas edukacji szkolnej i studiów lekarskich. Hasło na murze w urokliwej

także dzisiaj miejscowości Reszel, gdzie autor odbywał praktyki wakacyjne: „Chcąc Polskę Ludową wzbogacić, chroń się przed pryszczycą, chorobą pyska i racic”. Interesujący jest fragment opisujący starania o reaktywację samorządu lekarskiego. W książce jest mnóstwo szczegółowych opisów wydarzeń poważnych i anegdotycznych. Nie jest moim zamiarem ich opisywanie, wszak profesor potrzebował na ich spisanie 370 stron.

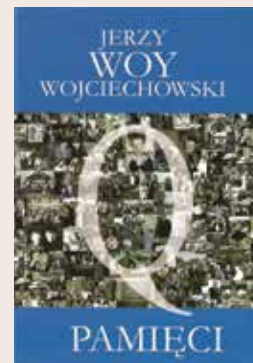
Lektura tej książki to nie tylko poznanie kilku okresów z życia autora i jego rodziny, ale także przypomnienie dla jednych, a informacja dla innych czytelników, o tym, jak wyglądało życie, edukacja i praca lekarza we wczesnych latach po drugiej wojnie światowej i okresie późniejszym. We wspomnieniach nie brakuje jednoznacznie negatywnego stosunku autora i jego otoczenia do „władzy ludowej”.

Informacją, czy przypomnieniem jest nie tylko tekst, ale także liczne fotografie z archiwum autora i jego znajomych. Miłym dla ucha załącznikiem do książki jest płyta z 22 piosenkami, do których profesor napisał muzykę lub tekst.

Z kart książki jasno wynika, że Jerzy Wojciechowski nie byłby tym, kim jest, gdyby nie jego bliscy: rodzice, rodzeństwo, zwłaszcza zaś żona Alicja i córki.

Mogę szczerze polecić lekturę tego dzieła lekarzom w każdym wieku, nie tylko tym, którzy pamiętają czasy Teatryku Piosenki Lekarzy „Eskulap”, ale także osobom, które medykami nie są. Zachętą niechaj będą słowa: „wiodę żywot człowieka szczęśliwego”, być może czytelnik pozna receptę na takie życie? Panie Profesorze, czekamy na trzecią część tryptyku. ■

Ryszard Golański



V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska

Komisja Kultury Sportu
i Turystyki OIL
w Warszawie

SZPZLO Warszawa
Praga-Północ

Patronat medialny:

Gazeta Lekarska
Puls
Zdrowa Praga

Informacji udziela:

Majka Maria Żywicka-Luckner
tel. 22 619 42 31
604 286 324
e-mail:
majkazywicka@wp.pl

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach**. Każdy utwór powinien być opatrzone godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
2. Do zestawu należy dołączyć **zalejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.**
3. Prace należy nadsyłać do dnia 30 czerwca 2014 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **Redakcja „Zdrowej Pragi” 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”.**
4. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna nagrody i wyróżnienia o łącznej wartości 3 000 zł.
5. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej.
6. Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
7. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.
8. Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE

Organizatorzy



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Za plecami

Gdyby ktoś pokusił się o stworzenie współczesnego albumu rycin z typami polskimi zróżnicowanymi pod względem regionu, wypadłoby zapewne zacząć od Mazowsza i samej stolicy.

Współczesny młody mieszkaniec tego grodu nad Wisłą zaopatrzony byłby zatem w trzy nieodzowne atrybuty: okulary w rogowej oprawie zdobione niedyskretnym napisem Ray Ban, dresopodobną szarą odzież wierzchnią i zaczesaną na jedno oko grzywę. A jak wyglądał typ mazowiecki z XVIII w.?

Jeśli wierzyć rycinie z epoki, wykonanej cudzoziemską, zatem być może i bardziej wyczuloną na stereotypowe ujęcia, ręką, kobiety nadwiślańskie i w tych czasach odznaczały się niejaką dozą ekstrawagancji. Grafika, której autorstwo nie zostało ostatecznie potwierdzone, pokazuje kobietę, stojącą do widza tyłem. Takie ustawienie portretowanej wydaje się zabiegiem dość zuchwałym, stojącym w opozycji do tradycyjnych ujęć portretowanych, operujących najczęściej kompozycją en face lub z profilu. Kobieta odchyła się jednak

dyskretnie w kierunku widza, ujawniając zaledwie skrawek twarzy, zresztą zupełnie godnej zapomnienia, oddanej z pewną nawet nonszalancją i brakiem dbałości o szczegóły. Kiepski to chyba portret.

Ta niespotykana kompozycja i dziwaczne rozmieszczenie akcentów służy mimo wszystko ważnemu celowi. Jeśli odmawia się widzowi obcowania z podmiotem oko w oko, to przede wszystkim dlatego, by zwrócić uwagę na to, co dzieje się z tyłu głowy portretowanej. Za jej plecami wije się olbrzymi, kręty precyzyjny splot. Kobieta przytrzymuje włosy ręką, jakby z dumą prezentowała je widzowi. Ich bujność bije na głowę wszelkie hipsterskie grzywy współczesnej stolicy Mazowsza. Czy zatem mieszkanka nadwiślańskich terenów z XVIII w. to okaz zdrowia, czy też coś jej dolega? ■

Ta niespotykana kompozycja i dziwaczne rozmieszczenie akcentów służy mimo wszystko ważnemu celowi.



a

Rycina, XVIII w., możliwe autorstwo Felicita Sartori, kolekcja Biblioteki Narodowej, Warszawa



b



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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do **15 maja 2014 r.**

W temacie maila należy wpisać GL05.
 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



ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 04/2014

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Przedstawiona na obrazie kobieta to Christina Olson, mieszkanka farmy Olsonów. Cierpiała na polio. Kobieta spędziła całe życie na farmie, jako że odmawiała używania wózka inwalidzkiego, poruszała się, czołgając.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie maków na polu.

Dodanie tych kwiatów nawiązywałoby do innego sławnego obrazu, który kompozycyjnie i tematycznie przypomina ten Wyetha. Mowa tu o „Polu maków” Claude’a Moneta z kobietą i dzieckiem zagubionymi wśród czerwieni i złota pola, po którym spacerują.

2. Zmiana koloru drogi prowadzącej do domu na pomarańczowy.

Złotopomarańczowa droga przez pole to punkt centralny sławnego „Siewcy” van Gogha. Obrazy łączy sakralny niemal nastrój uchwyconego pejzażu.

3. Dodanie cieni domów.

Prace Wyetha zaliczyć można do nurtu tak zwanego realizmu magicznego. Kierunek ten był szczególnie popularny w malarstwie włoskim, osiągając swoją dojrzałą formę w pracach de Chirico, znanego z tworzenia nastroju obrazu przy pomocy głębokich, tajemniczych cieni. Umieszczenie ich w przypadku „Świata Christiny” mogłoby być więc nawiązaniem do sztandarowego dzieła de Chirico „Tajemnica i melancholia ulicy”.

4. Zmiana rodzaju dachu domu na niższy.

Oryginalne zabudowania farmy Olsonów pochodzą z XVII w. Dach domu został zamieniony na wysoki dwuspadowy w XIX w., obecnie dom działa jako muzeum, zapuszczając się w bezkresne pola stanu Maine, można go zwiedzić.

Andrew Wyeth, Świat Christiny, 1948, MoMa



NAGRODZENI Z „GL” 04/2014

Voucher do Hotelu

Prezydent**** Medical SPA & Wellness

w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Marta Kmiecńska z Klinisk Wielkich

Gratulujemy!

Jarosław
Wanecki

Pod wpływem...

prozy i poezji

Przychodzi wena do lekarza' 2014

Tradycyjnie już spotkaliśmy się podczas rozdania nagród w konkursie literackim organizowanym przez „Medycynę Praktyczną”, który nosi imię pomysłodawcy, wybitnego lekarza i humanisty Andrzeja Szczeklika. Edycja była trzecia, towarzystwo na 6. Piętrze doborowe, atmosfera jak zawsze doskonała, temat narzucony przez przewodniczącego jury jednoznaczny.

Gazeta Lekarska” od samego początku kibicuje laureatom WENY. W pierwszym roku zamieściliśmy kilkanaście esejów Agnieszki Kani, która okazała się „perłą” lekarskiej literatury, odbierając tytuł najlepszego lekarza pisarza dwukrotnie, a i w tym roku zasłużyła na wyróżnienie. Przez cały ubiegły sezon drukowaliśmy miesiąc po miesiącu zwycięzców w kategorii poezji, prozy i prozy non-fiction 2013. Od dzisiaj zaczynamy kolejną turę, ogłaszając, że łódzki internista Stefan Trzos bezprecedensowo jest zarówno najlepszym spośród nas polskim poetą, jak i prozaikiem. W kategorii prozy I miejsce przyznano również Januszowi Czarneckiemu – kardiologowi dziecięcemu.

Znakomite jury pod przewodnictwem prof. Bronisława Maja, a z udziałem żony prof. Szczeklika, poetów: Ewy Lipskiej i Adama Zagajewskiego oraz szefowej Fundacji „Mimo wszystko” Anny Dymnej i prezesa UPPL Marka Pawlikowskiego na drugi stopień podium wyniosło: Annę Trzciańską (poezja), Dariusza Kaźmierczaka, Kamila Samołyka i Andrzeja Chodackiego (proza). Trzecie miejsca zajęli: poetka Urszula Jarosz-Kajdrys oraz prozaicy Jarosław Paśnik i stażystka Matylda Wyrozumska. Ponadto wyróżniono Marcina Wołowca.

Fragmenty nagrodzonych prac czytała charakterystycznym zachrypniętym głosem Edyta Jungowska. Jerzy Trela cytował fragmenty wywiadu Jerzego Illga z Andrzejem Szczeklikiem „Słuch absolutny”, który ukazał się niedawno nakładem wydawnictwa Znak. A ponieważ rzecz dotyczyła wyprawy do Ameryki i walizki wypełnionej spirytusem, prof. Bronisław Maj w znakomity, groteskowy sposób dowodził, że literatura jest tworzona przez alkoholików, dla alkoholików i o alkoholikach. Wiodącym, szeroko przywoływanym przykładowym utworem stała się „Lalka” Bolesława Prusa. Niejednego ze słuchaczy przewrotny wywód doprowadził do łez uronionych ze śmiechu i owacji na zakończenie wykładu.

Tradycją WENY są doskonałe koncerty – prezenty dla uczestników literackiego wyścigu. Akordeonowe MOTION TRIO założone w 1996 r. przez Janusza Wojtarowicza wraz z Pawłem Barankiem i Marcinem Gałążnym dało występ na najwyższym muzycznym poziomie. Nic dziwnego, że panowie są laureatami wielu konkursów, a ich interpretacje są naprawdę znakomite.

W przemilej atmosferze, sztuka literacka lekarzy i organizacyjna „MP” do trzech razy dotrwała, więc jest szansa, że wena nas już nigdy nie opuści... ■



FOTO: Katarzyna Strzałkowska

Kos i święty Kevin

Pamięci Seamusy Heaney'a

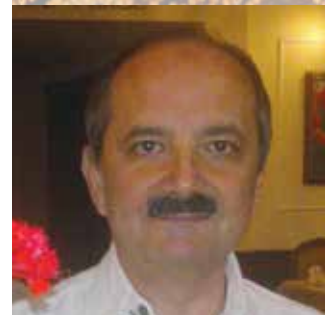
A jeszcze kos i ten jego święty Kevin.
 Kos frunie w przestrzeni, ale tak bezbrzeżnej,
 że nie wie, gdzie uwić gniazdo.
 Co dostrzegł w koronie ugiętych ku niebu palców?
 Czym kusił konar wyciągniętego nieruchomo ramienia?
 Czy zapuszczone w ziemistą pustkę korzenie stóp obiecywały przetrwanie?
 Czy odnalazł wreszcie rajske drzewo wiedzy?
 I czy krążące w jego wnętrzu soki życia były mu zapowiedzią poznania?
 Czy też był jedynie boskim posłańcem z misją wystawienia świętości na próbę?

A może – wspomniawszy chłód minionych nocy i tknięty współczuciem –
 przysiadł na dłoni Kevina po to tylko, by ją ogrzać?
 A później otulić jeszcze pierzyną słomy, na której złoży jaja?
 Czy ciepły puch wyklutych i wiecznie głodnych piskląt
 wplecionych w sieć życia miał dopełnić bezruch świętego ramienia?

A skoro rzecz cała mogła się zdarzyć,
 przedstaw sobie, że jesteś kosem. Lecz którym?
 Niepomnym siebie, czy też przeszywanym wiecznym poczuciem lęku?
 Czy opuszczając gniazdo w poszukiwaniu żeru, czujesz niepokój serca?
 Z dala od dłoni Kevina trwożysz się o los potomstwa,
 którego jedynym obrońcą jest blask aureoli?
 Czy wysiłkiem myśli odrywasz się od bólu nawet krótkiej rozłąki?

Sam, odbity w głębiach walki o byt, prosisz o moc zawierzenia?

Modlitwą jest trzepot twych skrzydeł,
 ponieważ w obliczu świętości zatraciłeś samego siebie,
 zapomniałeś, jak smakuje strach.



**Stefan
Trzos**

Laureat I miejsca
 w kategorii
 poezja Konkursu
 Literackiego
 „Przychodzi wena
 do lekarza”

XIII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy, który odbędzie się w dniach 9-11 maja na obiektach częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria”. W pierwszy dzień turnieju odbędzie się wieczór towarzyski w klubie lekarza w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie.

Organizatorami turnieju z ramienia Okręgowej Izby Lekarskiej są:

Lesław Rudziński, tel. 601-91-33-81,

Rita Idziak 692-397-518, faks: (34) 365-41-20, (34) 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 25.04.2014 r.

BRE Bank S.A Oddział Częstochowa

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

Tytułem: Tenis 2014

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach

Naczelna Izba Lekarska, Śląska Izba Lekarska oraz Śląski Związek Szachowy zapraszają na cykl imprez pod hasłem „Championat SzachMedica”, które odbędą się w dniach 8-11 maja w Domu Wczasowym Globus w Ustroniu-Jaszowcu.

Wśród imprez Championsatu znajdują się:

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach szybkich P'15

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu P'5

VIII Otwarte Mistrzostwa Polski w Rozwiązywaniu Zadań Szachowych

Turniej Rodzin Lekarskich w P'15

Turniej Rodzin Lekarskich w P'5

Symultana i spotkanie z zaproszonym gościem

Konferencja naukowa „Medycyna, a szachy”

Liczba miejsc ograniczona. Zgłoszeń należy dokonywać do 1 maja.

Kontakt: Alfred Maślanka, sędzia główny: tel. (32) 278 10 34, 509 677 202 lub 514-231-907,

e-mail: alfred.maslanka@gmail.com; Jerzy Pabis, dyrektor mistrzostw: tel. 605 569 065.

X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W dniach 10-12 kwietnia na dębickim basenie 50-metrowym już po raz dziesiąty odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Wzięło w nich udział 85 zawodników, wśród nich 7 rodzin w sztafecie rodzinnej (rekordowa obsada), z 19 Okręgowych Izb Lekarskich. Rozegrano 32 konkurencje indywidualne, sztafetowe (w tym rodzinne), mikstowe, a także dla dzieci zawodników. Po raz pierwszy w historii rywalizowano w trudnej konkurencji 200 m stylem motylkowym.

W klasyfikacji drużynowej OIL najlepsi to: OIL Wrocław (293 pkt), OIL Lublin (273 pkt), OIL Rzeszów (253). Wśród kobiet najlepsze były: Aleksandra Rzeszut (OIL Wrocław – 2332 pkt), Joanna Stępień-Gielo (OIL Szczecin – 2233 pkt) oraz Iwona Damljanović-Waławik (OIL Szczecin – 1981 pkt). W klasyfikacji indywidualnej mężczyzn triumfowali: Grzegorz Stanek (OIL Opole – 2962 pkt), Andrzej Pasieczny (OIL Gdańsk – 2877 pkt.) i Jan Wilczek (OIL Katowice – 2609 pkt.). Nagrodę im dra Krzysztofa Kaźmierczaka przyznano Kazimierzowi Wrzesińskiemu z OIL Włocławek. Oficjalne wyniki na stronie OIL w Rzeszowie www.rzeszow.oil.org.pl oraz na stronie mistrzostw www.mplwp.pl. Honorowy patronat nad mistrzostwami objął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz.

IX Zimowe Igrzyska Lekarskie

Zawody odbyły się w dniach 7-9 marca, na Podhalu, gdzie nie brakowało śniegu, ale głównie tego sztucznego, na wyciągach. Nocne przymrozki stwarzały wręcz idealne warunki do dyscyplin alpejskich. Najlepsi w narciarstwie alpejskim okazali się: Przemysław Stefanik, Wojciech Gwóźdź, Przemysław Nowak, Mariusz Smolik (Śląska IL), Grzegorz Sięć (Rzeszów), Andrzej Golec (Dusseldorf); Maria Mituś Kenig (Kraków), Katarzyna Smolik i Beata Morawiec (Śląska IL) oraz Małgorzata Salamonowicz i Jadwiga Dowgiało Smolarczyk (Warszawa). W ski tour oraz w biegach narciarskich dominowali: Łukasz Lubelski, Paweł Jarecki (Śląsk), Jacek Łabudzki (Sandomierz), Lucjan Habieda (Rabka Zdrój) oraz Piotr Mikołajczyk (biegi, Śląsk). Na lodowisku w Nowym Targu odbyły się zawody w łyżwiarstwie szybkim oraz w hokeju. Wśród łyżwiarzy złoty medal wywalczyli Mirosław Dolecki i Anna Piąty (Kraków), Przemysław Nowak i Remigiusz Tomczyk (Bydgoszcz), który do złota w łyżwiarstwie dołożył występy w hokeju oraz złoto w łyżwiarskiej sztafecie z Piotrem Świsłem (Nowy Targ) i Radosławem Wojnarowskim (Sanok), w drużynie „Hokeiści”. W osłabionych składzie lekarze rozegrali dwa mecze hokejowe z amatorskimi zespołami ze stolicy Podhala. W meczu z „Góralami” Nowy Targ padł wynik 7:12 a ze „Zbójami” 11:3 dla lekarzy. Zimowym Igrzyskom, jak co roku, towarzyszyły Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie stołowym, w tym roku odbyły się w małej hali zakopiańskiego COS i cieszyły się rekordową frekwencją.

Zdjęcia, wyniki oraz inne dane dotyczące Igrzysk Lekarskich znajdują się na stronie www.igrzyskalekarskie.org, a bardziej obszerna relacja w Aktualnościach na www.gazetalekarska.pl. Organizatorzy już teraz zapraszają na letnie XII Igrzyska Lekarskie, które odbędą się w dniach 10-14 września w zakopiańskim COS.

I Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie odbędą się w Radomiu termin 22.06.2014

w ramach 2 Półmaratonu Radomskiego "Czerwca 76"

Informacje o biegu regulamin i zapisy na stronach polmaratonradom.pl, datasport.pl, maratonympolskie.pl.

Bieg ma charakter otwarty.

Organizator Delegatura Radomska OIL w Warszawie

Kontakt do organizatora Dariusz Orczykowski

tel. 603589632 timdor@poczta.onet.pl

**1. MISTRZOSTWA MAZOWSZA
LEKARZY
W PÓLMARATONIE**



**w ramach II PÓLMARATON-u
RADOMSKIEGO CZERWCA 76**

UNIwersYTET MEDYCZNY w ŁODZI
wraz z SKSR „WOLANT” Łódź i UKS „LOTKA” Łódź

ZAPRASZA NA

**MEDYCZNY
PUCHAR BADMINTONA
w ŁODZI**

**Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Badmintonie**

**31.05 - 01.06.
2014**

ZDAŹYĆ PRZED LOTKĄ

Pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Hala Sportowo-Widowiskowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. 5-go Sierpnia 71 w Łodzi

Przyjdźcie i zagrajcie z nami

Wszystkie informacje dotyczące turnieju można uzyskać pod nr. telefonu

695 86 49 73 lub 668 17 94 08

Zgłoszenia do dnia 28.05.2014

UN UNIwersYTET MEDYCZNY w ŁODZI

WOLANT ŁÓDŹ

Colgate

LOTKA ŁÓDŹ

KLUB UCZELNIANY A25
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
w ŁODZI

Kiedy myślę kultura

W 1995 r. razem z grupą studencką Akademii Medycznej spotkałem się podczas Przeglądu Szkół Teatralnych w Łodzi z rektorem, reżyserem, aktorem i autorytetem Jerzym Stuhrem. Z kilkunastoma przyszłymi lekarzami profesor zaszył się w opuszczonej już przez publiczność sali Teatru Powszechnego, pozwolił na zrobienie pamiątkowych zdjęć, rozdał autografy i zapytał, czego tutaj szukamy?

Kilka lat później byłem rekomendowany do grona Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Nie wydałem wtedy jeszcze żadnej książki ani tomiku, ale zrealizowałem projekt Dziadów Lekarskich, który pokazywał w artystycznej formule bolączki środowiska na początku „wielkiej” reformy systemu ochrony zdrowia – przez śmiech, łzy, a może nawet złość. Zrozumiałem wówczas, że kiedy odrywamy się na chwilę od zawodowego zabiegania i pozwalamy wydać z siebie inny głos, pokazać wrażliwość, stajemy się dla siebie miłsi w izbie przyjęć i oddziałach, spoglądając na świat, choćby przez chwilę, okiem życzliwszym. W UPPL napotkałem wybitne osobowości medycyny, od mojego pryncypała począwszy, rektora uczelni, której mam dyplom, Marka Pawlikowskiego, aż po wspaniałych: Domosławskiego, Gaertnera, Hładkiego, Kocięcką, Gajdę, Woya – przywołując jedynie nazwiska profesorskie.

Trzy lata temu przyjechaliśmy do Teatru Roma autokarem. Dostaliśmy tylko 50 miejsc, a była ponad setka chętnych z małej izby. Chcieliśmy zobaczyć lekarzy – artystów – amatorów, a ujrzeliśmy ARS MEDICI – Sztukę Lekarską z najwyższej półki. Wirtuozi fortepianu, genialne składy orkiestrowe: symfoniczne i kameralne. Niezwykłe głosy solistów i chórów. Trafne słowa poetów. Doskonałe obrazy i grafiki, stanowiące scenografię do talentów, jakie nam dano. Pisałem o tym bezprecedensowym wydarzeniu, że była to Woya вина...

Od kilkunastu lat w Klubie Lekarza w Łodzi odbywa się Biesiada Literacka, która kończy się w ostatnim czasie kolejną premierą, stworzonego przez Barbarę Szeffer-Marcinkowską, kabaretu. Skecze, piosenki, taniec. I tak co roku z nowym repertuarem, z nowymi pomysłami, z nowymi ludźmi.

Malarskie i fotograficzne plenery lekarskie, konkursy plastyczne ze wzrastającą liczbą prac na coraz wyższym poziomie, wydawnictwa książkowe, płytowe, udział w profesjonalnie

przygotowanych festiwalach – wspomnijmy tylko śląskie doświadczenia z Czeladzi i koncerty w ramach projektu „Ave Maria” – oto kulturalne doświadczenia lekarzy po obu stronach sceny. A przecież są wśród nas również krytycy malarstwa czy teatru, drukowani systematycznie w gazetach lokalnych i ogólnopolskich portalach internetowych. Jeśli dodać do tego liczbę kupionych biletów i karnetów do kin, teatrów dramatycznych, operowych, baletowych i wodewilowych, filharmonii, sal koncertowych, przeczytane tomy książek różnorakich oraz dziesiątki imprez organizowanych przez izby lekarskie, wyłania się obraz środowiska, które swoje wartości czerpie z szeroko pojętej humanistyki.

Andrzej Szczeklik opowiada w jednym z wywiadów z Jerzym Illgiem o białym fortepianie, który wstawił za własne pieniądze do sali konferencyjnej swojej kliniki. Dodatkowy instrument terapii dla pacjentów? A może przede wszystkim, czego profesor nie dopowiada, dla lekarzy i innych uczestników procesów terapeutycznych? Obcowanie ze sztuką wzbogaca na różne sposoby. Nawet jeżeli jest to jedynie spojrzenie na piękno biblioteki, akwareli, niezwykłej fotografii czy... pianina. Słuch nie musi być absolutny, aby jazz dla jednych, a muzyka elektroniczna dla drugich, poprawiała obyczaje między nimi. Zawsze znajdzie się nutka, sylaba, kreska, kolor, aktorski gest i magia światła, które połączą gusta merytorycznych oponentów, choćby w tej jednej chwili zmuszając do westchnięcia, zmruczenia oczu lub wspólnej stojącej owacji.

Kiedy myślę kultura – myślę o polskich lekarzach, którzy tradycyjnie stanowią grono melo- i teatromanów, znawców malarstwa we wszystkich galeriach świata, globtroterów podążających za kolejnym architektonicznym stylem i obyczajem każdego zakątka kuli ziemskiej. Kultura jest lekarstwem na frustrację codzienności. Przez kolejne cztery lata będą namawiał Państwa do tej kuracji z całego serca.



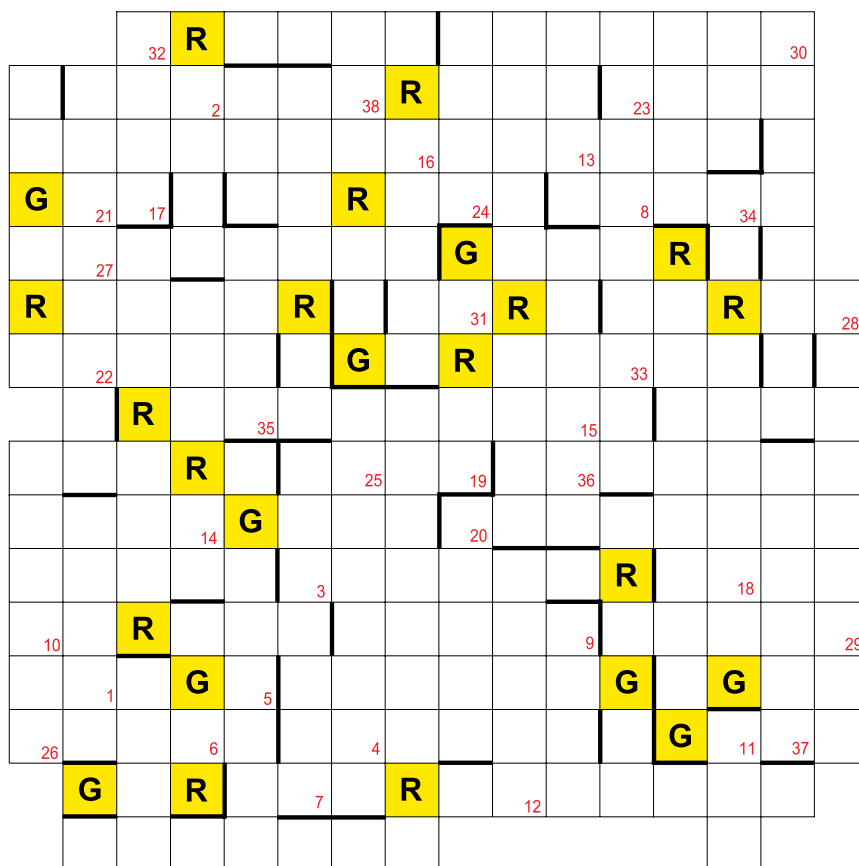
Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

*Jarosław Wanecki, przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, został jednocześnie szefem nowej komisji Naczelnej Rady Lekarskiej – Komisji Kultury.



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G i R. Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 czerwca 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie
Jolki lekarskiej nr 196
(„GL” nr 3/2014)
Praca wszystkich
zwycięza.
Hipolit Cegielski

Nagrody otrzymują:
Elżbieta Hajer (Elbląg),
Magdalena Huber
(Dąbrowa Tarnowska),
Ireneusz Klimas (Wieluń).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl. Na-
grody prześlemy pocztą.

* syndesmosis * Kłosowski w „40-latku” * Morze z ujściem Donu * święty kwiat hinduistów i buddystów * Maksim, autor „Matki” * miasto przy ujściu Rioni * perska wolność * w zasadzie się nie rumieni * uzdrowisko u podnóża Gór Bukowych * imię królów chrzcicieli Norwegii * wprowadził psychodramę do psychoterapii * lekarz wykonujący zabieg * płynie w Kętrzynie * francuska czapka wojskowa * specjalista od gośćca * kolonia grecka miasta Sybaris * pies gończy * ofiarodawca * smak, upodobanie * Wilia po litewsku * krzyk * bodziec * płynie w Irkucku * pomidorowa * monooksygenaza monofenolowa * kresowy bajarz z lirą lub bandurą * płynie w Orleanie * biała broń do klucia * specjalista od chorób skóry * patron ipsacji * niewłaściwość sądu * smar stały * słodki ziemniak * półwysep Majów * ubezpieczenie * gaz musztardowy * anafora * góry z Maromokotro * odkryty wagon kolejowy * płynny żel * węgierskie morze * uczeń, praktykant * zakażenie powtórne * czerwone na Monte Cassino * rozpaczająca córka Tantala * biedny * smaczny bromeliowaty * partner Kobe i Osaki * lina do cumowania statku * jeden z nuklidów o tej samej liczbie neutronów * siostra Ismery * dzisiejsza Antiochia * blanki * czynnik współdziałający * stolica Jemenu * greckie krótkie „o” * młody psiak * autor „Dzwonów Bazylei” * dymi nad Katanią * w swetrze prawy lub lewy * środek przeczyszczający z aloesu * program poszukiwania cywilizacji pozaziemskich * wrocławska fabryka wagonów * żywotnik * płynie przez Bihać * dalekopis z maszyną do pisania i dziurkarką * środek przeczyszczający z Kasji * wielki na zupe * stolica Gambii * Lipce * na mięso, tłuszcz i pierze * partyzantka ukraińska * szczęście, pomyślność * angielska skóra * ligamentum

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 162 400 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Konstanty Radziwiłł
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)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)

Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokółowska (Płock)

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.tarczyńska@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, adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania 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).

