EGZEMPLARZ BEZPŁATNY • ISSN 0867-2164

ROZMOWA O ZDROWIU: Wymagam przede wszystkim od siebie – prof. Henryk Skarżyński

Gazeta Lekarska

8/9
2014

PISMO IZB LEKARSKICH

11 **Temat miesiąca**
Lekarze Powstania Warszawskiego

36 **Praktyka lekarska**
Pokonać ból i uprzedzenia

44 **Ochrona zdrowia na świecie**
Transgraniczna opieka medyczna

Gazeta Lekarska

Spis treści

8/9
2014

14

17

20

46

4 **Na wstępie / R. Golański:** Względność kolorów
6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Niebezpieczne przyspieszenie
8 **Skrining**
10 **Obserwacje / S. Badurek:** Między Hartmanem a Chazanem
11 **Temat miesiąca:** Po prostu był lekarzem – pamięci lekarzy Powstania Warszawskiego
14 **Temat miesiąca:** Tak dawno, a wspomnienia wciąż żywe…
16 **Nasi w Europie / A. Lella:** Rok jubileuszy
17 **Rozmowa o zdrowiu:** Wymagam przede wszystkim od siebie
20 **Samorząd:** A NIL jak rzeka płynie
24 **Samorząd:** Co z tą składką?
26 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Zrozumieć i zobaczyć
28 **Stomatologia:** Specjalistyczne leczenie stomatologiczne ze skierowaniem?
29 **Stomatologia:** Kontraktowe déjà vu
30 **Prawo i medycyna:** Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
32 **Praktyka lekarska:** Przejrzystość nowym standardem
34 **Praktyka lekarska:** Pijaryzm i medyczna demagogia
36 **Praktyka lekarska:** Pokonać ból i uprzedzenia
40 **Praktyka lekarska:** Tropiki w opałach?
42 **Praktyka lekarska:** Medycyna estetyczna
43 **Praktyka lekarska:** 50-lecie Koła PTL w Śremie
44 **Ochrona zdrowia na świecie:** Transgraniczna opieka medyczna
46 **Indeks korzyści:** Udało się!
48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Kąpiel w basenie
List do redakcji: Współczesna głupota a Hipokrates
49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Dermatolog Extra
50 **List do redakcji:** Zapomniany grób Józefa Babińskiego
51 Wspomnienie o Władysławie Sidorowiczu
52 **Błąd malarski:** Na piedestale
54 **Kultura:** Gamoń
55 **Kultura:** Przez „wziernik" aparatu
57 **Sport**
60 **Ogłoszenia**
72 **Komunikaty**
73 **Epikryza (44) / J. Wanecki:** Białe barykady
74 **Jolka lekarska**

25-28.09

W Poznaniu odbywać się będzie II Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich, szczegóły na www.gazetalekarska.pl (zakładka Aktualności, dział Kultura).

11-12.10

Zapraszamy serdecznie wszystkich lekarzy do udziału w trzeciej już edycji Mistrzostw Polski Lekarzy w Squashu, które zostaną rozegrane w Gliwicach. Zgłoszenia przyjmowane są do 6 października. Patronem medialnym tego wydarzenia jest „Gazeta Lekarska". Więcej w „GLP" na www.gazetalekarska.pl.

13-14.11

W Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbędzie się konferencja naukowa „Literatura Piękna i Medycyna", szczegóły na www.gazetalekarska.pl (zakładka Aktualności, dział Kultura).

Aktualności

Najnowsze wieści ze świata medycyny, prac samorządu, porady prawne przydatne w codziennej pracy lekarza i lekarza dentysty, a także zapowiedzi wydarzeń sportowych i kulturalnych znajdziesz na www.gazetalekarska.pl (w zakładce „Aktualności).

Ryszard Golański

Redaktor naczelny „GL”

Względność kolorów

Cudzoziemiec jeżdżący samochodem po ulicach polskich miast może mieć wątpliwości co do własnej zdolności rozpoznawania barw.

Na całym świecie przepisy ruchu drogowego stanowią, że przejazd przez skrzyżowania następuje przy kolorze zielonym. Niemiec czy Francuz widzi, że w naszym pięknym kraju obowiązują inne zachowania. Owszem, przy świetle zielonym występuje najbardziej intensywny ruch w danym kierunku, ale światło żółte dla większości kierujących jest wyraźnym sygnałem do naciśnięcia pedału gazu, natomiast wjazd na skrzyżowanie na świetle czerwonym jest zjawiskiem obserwowanym coraz częściej. Rodzi się w głowie zdezorientowanego przybysza pytanie: tak wielu Polaków jest dalotonistami czy obowiązują w tym kraju inne zasady, niż te powszechnie stosowane w Europie i na świecie?! Domyślam się, że zdziwił Państwa ten komunikacyjny wstęp i wypatrujecie medycznych konotacji. Obserwowanie zachowań moich krajan na łódzkich i warszawskich skrzyżowaniach nasunęło mi na myśl działania podejmowane w polskiej onkologii. W minionych latach często używany był slogan: „zielone światło dla…”. Przedstawiony w świetle jupiterów, przed telewizyjnymi kamerami, pakiet onkologiczny był rozumiany, jak sądzę, przez prezentujące go osoby oraz przez znaczącą część opinii publicznej, zwłaszcza zaś dla pacjentów leczonych z powodu nowotworu, jako zielone światło dla onkologii. Lekarze zgłaszający wątpliwości byli poczytywani jako przeciwnicy słusznych i niezbędnych zmian. Teraz, po kilku miesiącach, można odnieść wrażenie, że zielone światło paliło się krótko i pozostaje pokonanie niebezpiecznego skrzyżowania na świetle żółtym. Nie są to moje osobiste doświadczenia, ale refleksje, które zrodziły się po rozmowach z kolegami zajmującymi się różnymi dziedzinami onkologii. Być może są to opinie przesadzone, wdzięczny będę za uwagi w tej sprawie.

Podzielę się z Czytelnikami jeszcze jednym skojarzeniem kolorystycznym. Obchodzimy 70. rocznicę Powstania Warszawskiego. W tym numerze naszego pisma znajduje się kilka materiałów poświęconych Powstaniu. To bohaterskie, ale i tragiczne wydarzenie większości z nas kojarzy się z barwami biało-czerwonymi. Biało-czerwone flagi na ważnych budynkach zdobytych przez powstańców (słynne, znane chyba każdemu, zdjęcia Prudentialu i Pasty), biało-czerwone opaski na ramionach, furażerkach i zdobycznych hitlerowskich hełmach. Po lekturze wspomnień kombatantów, zwłaszcza lekarzy Powstania, przyszła mi do głowy inna myśl: czerwień krwi na białych lekarskich kitlach. W większości była to krew rannych powstańców, czasami cywilnych warszawiaków, czasami… rannych Niemców, a czasami własna krew rannego, ale dalej wykonującego swoje, tak potrzebne, obowiązki doktora. Z radością przyjmuję informacje o dużym zainteresowaniu młodych ludzi tamtymi wydarzeniami. Osoby, które oglądały wystawę poświęconą Powstaniu, zorganizowaną w Berlinie, są pełne uznania dla pracowników Muzeum Powstania Warszawskiego.

Na koniec zmiana nastroju – na jubileuszowy. Mają Państwo w ręku „Gazetę Lekarską” numer 300/301, licząc od początku jej wydawania. ■

FOTO: Marta Jakubiak

Migawka

Podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy podjęto uchwałę, że od 1 lipca tego roku wysokość odpisu finansowego na rzecz NIL wynosi 15 proc. od kwoty składek, które wpłynęły na konta okręgowych izb lekarskich w poprzednim miesiącu kalendarzowym. Dyskusja o składkach wciąż trwa. Podczas posiedzenia Prezydium NRL, które odbyło się 22 sierpnia, skarbnik NRL przedstawiał konsekwencje, jakie ta decyzja ma dla budżetu NIL i OIL. Więcej na temat składek w wywiadzie z Leszkiem Dudzińskim na s. 24.

Kasy fiskalne – zmiany w 2015 roku

Od maja 2011 r. do gabinetów lekarskich zaczęły trafiać kasy fiskalne. Lekarze, podobnie jak i prawnicy, przestali wtedy korzystać z dobrodziejstwa zwolnienia z obowiązku prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

mec.
Jarosław Klimek
radca prawny
OIL w Łodzi

Pierwsze rozporządzenie Ministra Finansów odbierające lekarzom zwolnienie z tego obowiązku zostało wydane w 2010 r. i obowiązywało do końca 2012 r. Ministerstwo Finansów zapowiadało wtedy systematyczną i stopniową zmianę przepisów, tak aby doprowadzić do powszechnego ewidencjonowania obrotów przy użyciu kas fiskalnych. Od 1 stycznia 2013 r. zaczęły w związku z tym obowiązywać nowe limity i nowe zasady ich obliczania, po przekroczeniu których w gabinecie musiała pojawić się kasa fiskalna. Do tego dnia było to powyżej 40 000 zł obrót ze sprzedaży lub świadczenia usług na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej w poprzednim roku podatkowym lub 20 000 zł, jeśli działalność rozpoczynała się w trakcie roku podatkowego. Od 2013 r. limit ten został ustalony jednolicie na poziomie 20 000 zł, przy czym, gdy rozpoczynało się działalność, limit ten ulegał proporcjonalnemu zmniejszeniu. Podobnie jak poprzednie rozporządzenie, to z 2012 r. obowiązuje przez 2 lata – do 31 grudnia 2014 r.

Obecnie Ministerstwo Finansów przesłało do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących datowany na 22 lipca 2014 r. Wprowadza on zasadniczą zmianę sytuacji lekarzy prowadzących prywatne praktyki. Zgodnie z zapisami § 4 ust. 1 pkt 2 lit. f) zwolnień z obowiązku ewidencjonowania uzależnionych od progu osiąganych obrotów nie stosuje się w przypadku świadczenia usług w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów. Oznacza to, że lekarze i lekarze dentyści będą mieli obowiązek korzystania z kas fiskalnych niezależnie od tego, jakie osiągają obroty, wykonując w ramach praktyki zawód na rzecz osób fizycznych, które nie prowadzą działalności gospodarczej.

W przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, którzy już w roku 2014 przekroczyli limity dające prawo do zwolnienia z obowiązku posiadania kasy, obowiązywać będą stare terminy na zakup kasy. Ci lekarze, który dotąd nie mieli kas w swoich gabinetach i nie utracili prawa do zwolnienia przez końcem 2014 r., będą musieli wyposażyć swój gabinet w takie urządzenie od 1 marca 2015 r.

Lekarze, którzy prowadzili gabinety, ale zrezygnowali z tej działalności przed końcem 2014 r. i w roku 2015 powrócą do prowadzenia tej działalności, będą zobowiązani do używania kas najpóźniej po 2 miesiącach od końca miesiąca, w którym ponownie rozpoczęli prowadzenie gabinetu. Podobnie lekarze, który swoją działalność rozpoczną w 2015 r. W obu przypadkach termin ten zostanie skrócony, jeśli wcześniej przekroczone zostaną progi obrotu dającego zwolnienie (20 000 zł), oczywiście pomniejszane proporcjonalnie w trakcie roku.

Projekt rozporządzenia posługuje się określeniem usług w zakresie opieki medycznej świadczonych przez lekarzy i lekarzy dentystów. Ustawodawca w innych aktach prawnych – choćby w ustawie o działalności leczniczej czy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mówi o udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Taki brak jednolitego nazewnictwa jest charakterystyczny dla przepisów podatkowych, które interpretuje się autonomicznie.

Niestety doświadczenie wskazuje, że Ministerstwo Finansów pozostanie nieugięte na głosy samorządu lekarskiego i zawarte w projekcie rozwiązania nie zostaną zmienione.

Jeśli minister nie zmieni zdania, od 1 marca 2015 r. w każdym działającym dziś gabinecie znajdzie się kasa fiskalna. Gabinety otwierane w 2015 r. będą miały dwa miesiące od końca miesiąca, w którym przyjęły pierwszego pacjenta, na zakup takiego urządzenia.

AKCJA INFORMACYJNA GEDEON RICHTER

Inicjatorem serwisu prawnego dla lekarzy jest firma Gedeon Richter.

Niebezpieczne przyspieszenie

Prace nad pakietem kolejkowym zostały nagle na początku wakacji wzmożone i rząd pokazał nam, że uchwalenie ustaw w Polsce może nastąpić natychmiastowo. Wystarczy, że partia rządząca ma taką wolę i w ciągu miesiąca jest stworzone prawo, którego nikt oprócz rządzących nie zaakceptował.

Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Starając się działać jak najszybciej, zamieniono proces legislacyjny w farsę. Najpierw przegłosowano, że wszystkie projekty ustaw będą omówione i przyjęte jednego dnia. Następnie wszystkie poprawki zgłoszone przez partnerów społecznych, w tym samorząd lekarski i samorząd pielęgniarek i położnych, zostały odrzucone, bez jakichkolwiek wyjaśnień ministra. Na większość Bartosz Arłukowicz odpowiadał, że „stanowisko Rządu jest negatywne". Taka postawa jednoznacznie dowodzi lekceważącego stosunku władz rządowych do 170-tysięcznej grupy zawodowej lekarzy oraz do 300-tysięcznej grupy pielęgniarek i położnych, oraz szeregu innych organizacji. Nie miały znaczenia żadne argumenty merytoryczne, tylko partyjna dyscyplina i ochrona wizerunku ludzi, którzy powiedzieli społeczeństwu w marcu, że rząd zamierza skrócić kolejki. Robiono zresztą wszystko, aby społeczeństwo nie poznało szczegółów pakietu. Wybuchły taśmy, a następnie przetoczyła się fala dyskusji na temat klauzuli sumienia, która przyćmiła kolejki, wskaźniki, recepty, finanse i inne tematy pakietowe.

Przy okazji hasła „kolejki" przegłosowano kwestie zupełnie z tym niezwiązane. Pan minister Arłukowicz postanowił dokończyć dzieła ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego i scentralizować ochronę zdrowia wbrew planom wysnuwanym wcześniej. Teraz to minister zdrowia będzie powoływał prezesa NFZ i miał kontrolę nad oddziałami. W wyborze konsultantów krajowych nie będzie zasięgał opinii samorządu. Zmienił diametralnie rolę konsultanta krajowego, robiąc z niego podległego sobie urzędnika. Konsultant krajowy nie będzie już doradcą, ale jednym z wielu biurokratów zasiadających na Miodowej. Nie wiem już teraz, czy czyjakolwiek opinia w jakiejkolwiek kwestii ma dla rządu znaczenie.

Teraz to minister zdrowia będzie powoływał prezesa NFZ i miał kontrolę nad oddziałami. W wyborze konsultantów krajowych nie będzie zasięgał opinii samorządu. Zmienił diametralnie rolę konsultanta krajowego, robiąc z niego podległego sobie urzędnika.

Od koniec września młodzi lekarze będą zdawali Lekarski Egzamin Końcowy, a przyszli dentyści – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy. Lekarze po odbytych specjalizacjach będą zdawali w kolejnych miesiącach Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Zapewne każdy z nich chciałby, aby odpowiednio wcześniej przed egzaminem móc się uczyć, korzystając z pytań egzaminacyjnych, najlepiej – wydanych w odpowiednich skryptach. Sprawę upublicznienia testów egzaminacyjnych poruszaliśmy dość intensywnie w zeszłym roku i udało nam się zainteresować sprawą Rzecznika Praw Obywatelskich, który w pełni podzielił nasz pogląd o niekonstytucyjności przepisów. Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Ministra Zdrowia w tej sprawie, ale niestety nie uzyskał żadnej odpowiedzi. W tej sytuacji sprawa będzie musiała znaleźć swój finał w Trybunale Konstytucyjnym.

W ostatnim czasie cały świat z niepokojem przyglądał się informacjom płynącym z Gwinei, Liberii, Sierra Leone i Nigerii dotyczącym epidemii wywołanej wirusem Ebola i zagrożeniem jej rozprzestrzeniania się. Wśród ponad tysiąca ofiar śmiertelnych byli lekarze, którzy pomagali chorym i oddali za nich życie. Tragiczne wydarzenia powinny uświadomić wszystkim, jak wielkie jest oddanie lekarzy i jak niezwykła jest ich praca. Lekarze narażają w różnych warunkach własne zdrowie i życie, ratując zdrowie i życie chorych. Sytuacje zagrożenia śmiercionośnymi wirusami mogą nastąpić w każdej chwili i dotyczyć każdego lekarza na świecie.

Obserwując to, co działo się daleko od nas, przypomniała mi się pandemia grypy A/H1N1v w latach 2009-2010 i ciągnąca się już latami moja korespondencja z ministrem zdrowia w sprawie szczepień ochronnych. Przytoczyłem szereg argumentów przemawiających za objęciem obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi przeciwko grypie dzieci oraz szczególnie narażonej na zakażenie grupy zawodowej, jaką są pracownicy ochrony zdrowia, w tym lekarze i lekarze dentyści. Tymczasem w czerwcu tego roku rząd polski jako jedyny w Unii Europejskiej odmówił podpisania porozumienia dotyczącego wspólnego zakupu szczepionek przeciwko grypie. Wypowiadający się wówczas rzecznik komisarza UE zaznaczał, że nie podpisując porozumienia, Polska może mieć poważne problemy w dostępie nie tylko do szczepionek, ale i antybiotyków lub antytoksyn. Przychodzi mi do głowy tylko jedno słowo: wstyd. ■

Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL

Dokumentacja elektroniczna od 2017

Zgodnie z nowelizacją ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia do dnia 31 lipca 2017 r. wydłużono termin, w którym dokumentacja medyczna może być prowadzona zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. Naczelna Izba Lekarska wielokrotnie występowała do Ministra Zdrowia w tej sprawie, domagając się przesunięcia terminu wejścia w życie obowiązku prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Nowelizacja ustawy zrealizowała postulaty samorządu lekarskiego.

Rezydent na SOR

Dyżury medyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, o ile nie są uwzględnione w programie specjalizacji, mogą być realizowane jedynie za zgodą zainteresowanego lekarza, z zachowaniem obowiązujących norm czasu pracy, pod warunkiem, że nie utrudnia to realizacji programu specjalizacji – takie stanowisko przekazało Ministerstwo Zdrowia na zapytanie Komisji Młodych Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej. Ministerstwo podkreśliło, że do prowadzenia specjalizacji zgodnie z programem i planem jej odbywania każda jednostka szkoląca zobowiązuje się w umowach zawieranych z Ministrem Zdrowia na refundowanie kosztów zatrudnienia rezydentów. Zatem oddelegowanie lekarza do pracy w innym oddziale, niż przewiduje to program specjalizacji, jest niezgodne z tą umową i wiąże się z koniecznością zwrotu środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia na jej realizację.

Dojrzałość tłumacza

Rzecznik Praw Obywatelskich przypomina, że osoba głucha ma prawo do skorzystania z pomocy osoby przybranej władającej językiem migowym. RPO zwraca uwagę, że zgodnie z zapisami prawa, osoba przybrana to osoba, która ukończyła 16 lat i została wybrana przez uprawnionego w celu ułatwienia porozumienia się i udzielenia pomocy w załatwieniu spraw m.in. w podmiotach leczniczych. Ograniczenie wiekowe dla osoby pełniącej rolę tłumacza wynika z ustawy o języku migowym. Jak wskazuje RPO, pośredniczenie w rozmowach lekarza z rodzicem może wiązać się z dużym stresem dla osoby niepełnoletniej, zwłaszcza jeśli choroba matki lub ojca jest poważna. Dlatego też tak ważne jest, aby osoba pełniąca rolę tłumacza była wystarczająco dojrzała.

Tajemnica lekarska w Trybunale

30 lipca 2014 r. Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok dotyczący ochrony tajemnicy lekarskiej. TK podkreślił szczególną wagę tajemnicy lekarskiej i wskazał, że jej ograniczenie w drodze zapisów ustawowych może naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki. Zasadnicze postępowanie przed TK dotyczyło dopuszczalności prowadzenia niejawnych kontroli operacyjnych przez liczne służby mundurowe, takie jak policja, ABW, CBA, służby skarbowe. W ustnym uzasadnieniu wyroku TK przypomniał, że każdemu przysługuje prawo do ochrony prywatności, zauważył jednak, że przy kontaktach z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego, takich jak lekarz czy adwokat, prawo do prywatności musi podlegać większej, intensywniejszej ochronie niż w innych sytuacjach. TK przypomniał wszystkim organom stosującym prawo w Polsce, że tajemnica lekarska jest zapisana nie tylko w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale też jest wartością konstytucyjnie chronioną. Trybunał nie wykluczył wprawdzie możliwości prowadzenia kontroli operacyjnej wobec adwokatów czy lekarzy, uznał jednak, że warunki dopuszczalności prowadzenia kontroli operacyjnej wobec osób wykonujących te zawody muszą być szczególnie surowe.

Kontrole NFZ

W 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 621 kontroli ordynacji lekarskiej, z czego 123 kontrole obejmowały lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 498 kontroli dotyczyło realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. Skontrolowano 2 824 lekarzy. W porównaniu z 2012 r. liczba skontrolowanych lekarzy wzrosła o 147,29 proc. (1 142 lekarzy w 2012 r.) – takie dane przekazał prezes NRL Maciej Hamankiewicz wiceministrowi zdrowia Sławomirowi Neumannowi po tym, jak wiceminister w trakcie audycji telewizyjnej stwierdził, że nie nakłada się kar w związku z wystawianiem recept.

Ebola – ocena ryzyka i wytyczne

„Obywatel UE, który rezydował lub przebywał turystycznie na terenach zainfekowanych krajów i podejrzewa, iż mógł mieć kontakt z osobą/zwierzęciem zakażoną/chorą na wirusa Ebola, powinien zostać poddany analizie pod kątem ryzyka transmisji wirusa. Jeśli z analizy wynika, że ryzyko to jest niskie lub umiarkowane – osoba powinna zostać poinformowana o konieczności obserwowania swojego stanu zdrowia w ciągu najbliższych 21 dni (pomiar temperatury). Jeśli z analizy wynika, że ryzyko narażenia było wysokie (np. lekarz, który ukłuł się igłą w czasie pobierania krwi od osoby chorej na EVD), niezwłocznie powinno się wdrożyć postępowanie medyczne z zapewnieniem izolacji oraz innych niezbędnych środków bezpieczeństwa, oraz stałe monitorowanie stanu zdrowia osoby” – takie wskazanie można znaleźć w dokumencie „Epidemia gorączki krwotocznej Ebola w krajach Afryki Zachodniej

– ocena ryzyka ECDC" Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach opublikowanym na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl. W dokumencie znajduje się m.in. zestawienie najważniejszych informacji, ocena ryzyka zakażenia, przypadki zachorowań, zapobieganie zakażeniom oraz możliwe scenariusze wydarzeń na terenie krajów UE.

Badanie kierowców – zmiany dla lekarzy

20 lipca br. weszło w życie nowe rozporządzenie dotyczące badania kierowców, w którym nie ma już obowiązku, nałożonego na lekarzy, powiadamiania organu wydającego prawo jazdy o konieczności dokonania oceny predyspozycji zdrowotnych pacjenta, u którego stwierdzono przypadek wystąpienia epizodu ciężkiej hipoglikemii albo przypadek wystąpienia napadu o symptomatologii padaczkowej lub podejrzenie albo istnienie padaczki. Wprowadzono zmiany m.in. w zakresie szczegółowych warunków badania narządu wzroku i układu nerwowego. Określono szczegółowe warunki badania układu ruchu, układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego, czynności nerek, stanu psychicznego i innych. Wprowadzono nowe wzory orzeczeń lekarskich oraz nowe wzory dokumentacji badania prowadzonej w formie karty badania lekarskiego, wzory pieczątek dla lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań lekarskich. Pojawił się obowiązek wypełnienia ankiety zdrowia kierowcy, które osoba podlegająca badaniu lekarskiemu zobowiązana jest wypełnić przed przystąpieniem do badania (wzór tej ankiety określa załącznik do rozporządzenia). Ustalono opłatę w wysokości 200 zł za badanie dla ubiegających się o prawo jazdy lub starających się o przedłużenie prawa jazdy. Postępowania w sprawie wydania orzeczenia lekarskiego wszczęte, a niezakończone przed dniem wejścia w życie tego rozporządzenia, mają być przeprowadzone na podstawie dotychczasowych przepisów. Orzeczenia lekarskie wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

Zmiana w redakcji „GL"

Z redakcji „GL" przeszła na emeryturę Pani Urszula Bąkowska, która przez wiele lat przyjmowała od Państwa materiały redakcyjne, komunikaty, ogłoszenia, rozwiązania Jolki i wiele innych. Na łamach gazety raz jeszcze DZIĘKUJEMY za jej pracę i oddanie. ■

Szkolenia we wrześniu i październiku

Trwają „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę", współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. We wrześniu zapraszamy nad Zalew Zegrzyński (8-13 września, 15-20 września), w październiku – do Kazimierza Dolnego (6-11 października). Rejestracja na stronie www.mlodylekarz.org.

Przypominamy, że wszyscy uczestnicy projektu mają możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji z ekspertem z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz kompetencji miękkich.

Między Hartmanem a Chazanem

5 marca, w Środę Popielcową, doktor Wanda Półtawska wystosowała do lekarzy i studentów medycyny list otwarty z okazji zbliżającej się kanonizacji Jana Pawła II.

Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Powołując się na wolę papieża Polaka, zaapelowała o podpisanie „deklaracji wiary". Apel rozpropagowały media. Nie tylko katolickie – sam dowiedziałem się o nim z portalu Gazeta.pl. Był to czas przeróżnych symbolicznych działań, podejmowanych dla uczczenia najgłośniejszego w dziejach kościoła katolickiego wyniesienia na ołtarze. Przedstawienia, koncerty, biegi, rajdy rowerowe, przyjęta z zaskakującą zgodnością specjalna uchwała sejmowa... Deklaracja wiary była zaledwie jednym z wielu kamyków. Dodać trzeba, że był to kamyk niczym szczególnym się niewyróżniający. No bo cóż w tym spektakularnego, że w katolickim kraju, nieco ponad 2 proc. lekarzy (wśród sygnatariuszy byli studenci i przedstawiciele innych zawodów medycznych) zdecydowało się pisemnie zadeklarować wiarę? Jeśli coś mogło dziwić, to jedynie niewielkie poparcie dla apelu. A jednak to właśnie ten niepozorny kamień spowodował lawinę i to niemal natychmiast, jak tylko podniosły kanonizacyjny nastrój ustąpił miejsca polskiemu piekiełku. Zaczęło się od robienia idiotów z podpisanych pod deklaracją, czyli pastwienia się przez dyżurne autorytety nad wyrwanymi z kontekstu zwrotami. Najwięcej szyderstw poświęcono odwołaniu się deklaracji do „świętości i nietykalności" ciała ludzkiego. Zapomniano o symbolicznym znaczeniu przesłania, napisanego przez sędziwą lekarkę. Aż dziwne, że oburzeni treścią deklaracji, wywodzący z niej zagrożenie niewykonywania przez sygnatariuszy wszelkich czynności naruszających ciągłość tkanek, nie zdecydowali się spalić w ogniu krytyki obfitującej w nieprzystające do zawołań współczesności archaizmy przysięgi Hipokratesa. Albo na przykład (czyżby przez niezbyt dogłębną znajomość „Dekalogu"?) nie zagrzmieli przeciwko przykazaniu: „Pamiętaj, abyś dzień święty święcił", dowodząc, że jakiś tam Pan Bóg wzywa do pozostawienia chorych bez opieki przynajmniej w każdą niedzielę. [...]

Widać, nie dość było upokorzeń, skoro szybko postanowiono pójść o wiele dalej. Asumpt dał przypadek profesora Chazana, który miał czelność odmówić wykonania aborcji z powodów religijnych i – jakby tego było mało – nie wskazał palcem terminatora. Manipulacjom mediów prześcigających się w straszeniu Chazanem można by poświęcić osobny numer „Gazety Lekarskiej". Prawdą jest natomiast, że nie wskazując, kto ma zakończyć ciążę lub – jak kto woli – uśmiercić dziecko pani Agnieszki, profesor Chazan złamał prawo. Tyle, że zgodność stosownego paragrafu z ustawą zasadniczą budzi wątpliwości i na wniosek NRL jest badana przez Trybunał Konstytucyjny. A jest się nad czym pochylić, bo istniejące prawo nakłada na lekarzy nieakceptowany przez wielu z nich obowiązek przestrzegania wykoślawionej modyfikacji piątego przykazania: „Nie zabijaj, ale wskaż, kto to zrobi". Moment, w którym afera z profesorem Chazanem wybuchła, każe zastanawiać się, czy nie chodziło przede wszystkim o podpowiedzenie sędziom, jak mają zareagować. Ot, takie poszturchiwanie trzeciej władzy przez czwartą. Już tak nieraz bywało. W przypadku Trybunału Konstytucyjnego pokusa wywierania nacisku jest szczególnie silna, bo jego orzeczenia są ostateczne.

Prawdą jest natomiast, że nie wskazując, kto ma zakończyć ciążę lub – jak kto woli – uśmiercić dziecko pani Agnieszki, profesor Chazan złamał prawo. Tyle, że zgodność stosownego paragrafu z ustawą zasadniczą budzi wątpliwości i na wniosek NRL jest badana przez Trybunał Konstytucyjny.

A jak widzi idealne prawo wyraźnie zorientowany na lewo mainstream? Ano tak, jak podpowiadali w różnych stacjach i gazetach niektórzy nasi koledzy, którym aborcja nie wadzi, nawet jeśli wskazaniem ma być niedopuszczenie do urodzenia dziecka z zespołem Downa. Według nich ten, kto chce być ginekologiem, nie powinien grymasić, tylko zadeklarować gotowość wykonywania wszystkich „świadczeń". Zgłoszenie takiego postulatu brzydko pachnie sprowadzeniem lekarzy do roli pokornych wykonawców wszelkich dyspozycji akurat sprawujących władzę. W przypadku ginekologów to próba powrotu do przeszłości. Tyle że dziś, w odróżnieniu od czasów siermiężnej komuny, nie dąży się do wyrugowania nieposłusznych z publicznych placówek, ale zablokowania im dostępu do tej specjalności! W przyszłości, gdy w imię gonienia postępowego Zachodu uda się wpoić społeczeństwu, jakim to dobrem cywilizacyjnym jest eutanazja i stosowna procedura znajdzie się w katalogu świadczeń, jakiś oświecony klinicysta może zażądać, by decydujący się na specjalizację z interny, pediatrii lub medycyny rodzinnej byli gotowi na „ulżenie w cierpieniu" wszystkim wystarczająco chętnym, nie wyłączając dzieci.

Nie chcę nikogo osądzać, bo życie nie składa się ze skrajności, łatwych do interpretacji i oceny. Ale właśnie dlatego przeraża mnie wizja medycyny jednego, jedynie słusznego sumienia. Niezależnie, czy wzorem ma być Hartman czy Chazan. Nieprzypadkowo klauzula sumienia to standard cywilizowanego świata, a nie godny wykorzenienia relikt, co próbują nam wmówić rodzime mass media.

Warto na koniec zapytać: cui bono? Powtórne, tym razem rozdmuchane poza granice absurdu, zamieszanie z etyką w tle okazało się bardzo korzystne dla odpowiedzialnych za funkcjonowanie ochrony zdrowia. Już trzeba było tłumaczyć się z kolejnych, chorych pomysłów na uzdrowienie systemu, a tu taki prezent. Jakby z samego nieba... ■

Felieton w pełnej wersji publikujemy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**" na www.gazetalekarska.pl

Premium

Po prostu był lekarzem

– pamięci lekarzy Powstania Warszawskiego

Zygmunt Bohdanowicz-Kościelski

Od wybuchu Powstania Warszawskiego minęło 70 lat. Żyjący uczestnicy tamtych wydarzeń, a pozostało ich jeszcze około 1300, to dziś ludzie w podeszłym wieku. My, młodsi, wciąż mamy szansę się z nimi spotkać, jeszcze możemy o wiele zapytać. Następne pokolenia nie. Już teraz wielu powstańców możemy poznać jedynie na podstawie wspomnień i zachowanych materiałów. Ciągle mamy i niestety już zawsze będziemy mieć dane niepełne i chyba nikt nigdy nie będzie mógł powiedzieć, że o żołnierzach powstania ma wiedzę wyczerpującą.

Patrol sanitarny opatruje rannego powstańca z 2. Harcerskiej Baterii Artylerii Przeciwlotniczej „Żbik" przy ul. Chmielnej 55. Na noszach leży postrzelony kanonier Ryszard Głuchowski „Jaworzak". Stoją od lewej: 1. kpr. Tadeusz Błażyński „Świda", 2. kpr. pchor. Andrzej Rażniewski „Krzycki" dowódca III plutonu. Klęczą: kpr. pchor. Piotr Osiński „Kaczanowski", kpr. pchor. Adam Bóbr „Jaxa", sierż. Henryk Łyżwiński „Czarny", kpr. pchor. Jerzy Bogdanowicz „Hercuń", sanit. Maria Jezierska „Bogdańska"; nad torbą pochylona kpr. sanit. Elżbieta Tatarkiewicz „Żabska" (fot. Joachim Joachimczyk „Joachim").

FOTO: Muzeum Powstania Warszawskiego

Nie jest łatwo w Warszawie o wizytę u lekarza, choć jest ich tutaj nieco ponad 8 tys. Tuż przed wojną, w stolicy liczącej tylko o pół miliona mniej niż teraz mieszkańców, praktykowało niespełna 3 tys. lekarzy – prawie trzy razy mniej niż obecnie.

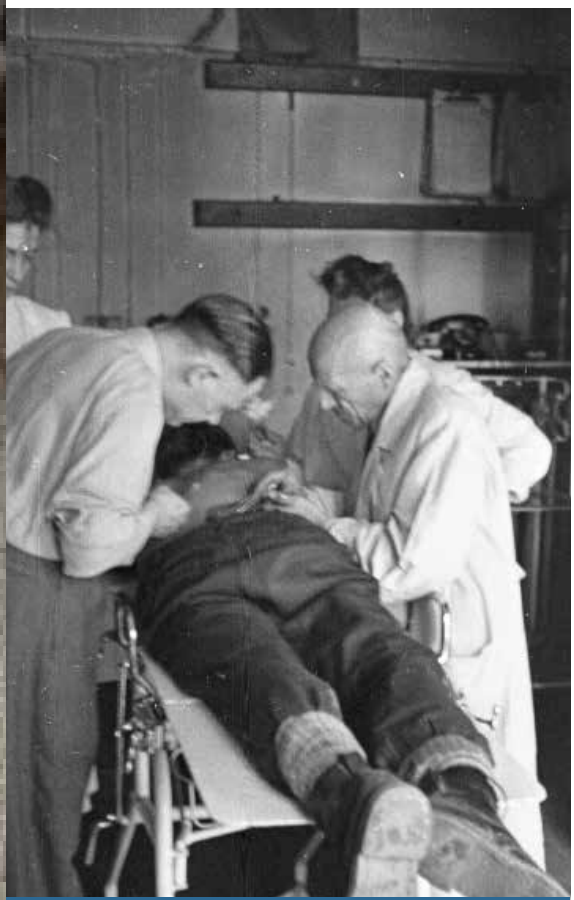
Do czasu powstania ich liczba jeszcze gwałtownie się zmniejszyła. We wrześniu 1939 r. lekarze poszli na front, w czasie okupacji wielu aresztowano, schwytano w łapankach, medycy pochodzenia żydowskiego zginęli w getcie.

Halina Jędrzejewska (w powstaniu sanitariuszka „Sławka") wiele lat temu podjęła wysiłek sporządzenia spisu lekarzy biorących udział w Powstaniu Warszawskim. Udało jej się wtedy zgromadzić informacje o ponad 900 lekarzach i medykach.

Na podstawie materiałów, jakie zgromadził portal internetowy lekarzepowstania.pl, powstała lista ponad 8 tys. osób: lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszek biorących udział w Powstaniu Warszawskim. Wśród nich było 1210 lekarzy. To mniej niż połowa, jaka pracowała w stolicy w chwili rozpoczęcia wojny.

Nie tylko młodzież

Udało się odnaleźć informacje o datach urodzenia 801



Ranny powstaniec opatrywany w Szpitalu Polowym nr 1 na ul. Wspólnej 27. Po prawej stoi w białym fartuchu ppłk. dr Tadeusz Bętkowski (fot. Marian Grabski „Wyrwa")

osób. Ponad 1/3 z nich to lekarze powyżej 50. roku życia. To ci, którzy się urodzili i studia medyczne kończyli jeszcze w okresie zaborów i zapewne posiadali doświadczenia wyniesione zarówno z powstań, I wojny światowej czy też wojny roku 1920.

Wydaje się nieprawdopodobne, ale 93-letnia (tak, tak, to nie jest pomyłka – miała dziewięćdziesiąt trzy lata!) dr Antonina Jurjewicz (ur. 13.10.1851) udzielała pomocy w szpitalu ewakuacyjnym przy ul. Jaworzyńskiej. Nieco młodsi jej koledzy to dr Władysław Brunon Wierzbowski (ur. 3.11.1864), liczący 80 lat – lekarz szpitala Zgrupowania „Zaremby" przy ul. Poznańskiej 11 czy też o rok młodszy gen. Witold Horodyński (ur. 4.12.1865), lekarz PS przy ul. Nowogrodzkiej 34. Najmłodszymi byli studenci szkoły Zaorskiego oraz Uniwersytetu Ziem Zachodnich, którzy w powstaniu często wykonywali prace lekarza. Było ich 78. Znaleźli się w szczególnie trudnej sytuacji, bowiem stanęli wobec zadań, do jakich nie byli do końca przygotowani. Najmłodsi, bo mający zaledwie po 20 lat, to: Wacław Sitkowski „Wacek", „Junior" kpr. pchor. (ur. 12.02.1924) walczący w Śródmieściu-Północ w zgrupowaniu „Harnaś" – kompania por. „Lewara", oraz kilka miesięcy od niego młodszy Zbigniew Badowski „Poraj" (ur.12.06.1924) z VI Obwodu (Praga).

Między najstarszymi a najmłodszymi różnica wieku wynosiła 73 lata! Ci, z którymi rozmawiałem, podkreślali, że w czasie powstania pracowali bez wytchnienia, w napięciu, w ciągłym stresie, w pośpiechu… Oprócz krótkich chwil na sen, nie mieli czasu na odprężenie. I tak było każdego dnia, przez całe dwa miesiące.

Z całej Polski

Powstanie Warszawskie, warszawscy powstańcy… lekarze Powstania Warszawskiego – są nierozerwalnie związani z Warszawą, tworząc nie tylko jej historię, ale też i przyszłość.

Gdy czytamy ich biogramy, dostrzegamy ogromne zróżnicowanie: „urodziła się w Hołuzji"; „urodził się w Łazach na Zaolziu"; „urodziłam się w Wilnie i do czasu wybuchu wojny mieszkałam na tej jakże pięknej Ziemi Kresowej"; „urodziłem się w Nakle nad Notecią"; „urodził się w Kamieńcu Podolskim"; „urodził się w Wiedniu"… Do tej pory udało się ustalić 560 miejsc pochodzenia powstańców. Spośród nich zaledwie co czwarty urodził się w Warszawie. Pochodzili z całego kraju, z terenu wszystkich byłych zaborów, czasem z zagranicy, bywało, że z innego kontynentu. Przychodzili na świat w ponad 300 miejscowościach, by spotkać się i walczyć w jednym miejscu – w Warszawie.

Czytajmy też wspomnienia: „Ojciec mój był inżynierem budowlanym"; „Ojciec mój był lekarzem, powstańcem wielkopolskim, brat mój lekarzem chirurgiem"; „Ojciec był dyrektorem banku"; „córka kresowej ziemiańskiej rodziny"; „Ojciec był właścicielem zakładu »Introligatornia Artystyczna«"; „mój ojciec był dowódcą 19. Pułku Ułanów Wołyńskich"…

Oni wiedzieli, wynieśli ze swych domów, jako coś najbardziej naturalnego i oczywistego, że służba Polsce to rzecz najważniejsza. I dzięki temu mieli zapewne w sobie tak wiele poczucia patriotyzmu, odpowiedzialności i idealizmu.

Wędrowne szpitale

W czasie powstania leczyli, ratowali życie… Witold Sikorski podaje, że w Warszawie było przygotowanych na czas powstania 88 szpitali i punktów opatrunkowych. Ale wiele planów okazało się nierealnymi w zderzeniu z rzeczywistością powstania. Niektóre z przygotowanych punktów od razu znalazły się na terenach objętych kontrolą niemiecką, z innych Niemcy wypierali powstańców, w toku walk bombardowano szpitale… Wówczas ich resztki przenoszono wraz z rannymi czasem nawet w odległe miejsca stolicy, niekiedy do pobliskich domów. Często jeden szpital lub punkt opatrunkowy zajmował pomieszczenia w kilku budynkach. Wraz ze szpitalami przenosili się lekarze. Niektórych z nich można odnaleźć w dokumentach pochodzących z różnych okolic. Wszystkich miejsc, w jakich ranni i chorzy mogli korzystać z opieki medycznej w różnych okresach powstania, było ponad 800. Były ulice rekordzistki pod względem ilości znajdujących się przy nich szpitali i punktów sanitarnych. Na Długiej i Hożej było ich po 24, na Marszałkowskiej – 18, na Siennej – 16, na Puławskiej i Wspólnej po 15… O tych wielkich, jak szpitale przy Długiej, przy Chocimskiej, Zagórnej..., wiemy. O innych – jak punkt batalionu „Olzy" przy ul. Karłowicza – nie wiadomo nic. Czasem pozostaje tablica pamiątkowa, jak przy ul. Srebrnej 12 i był tam nawet niewielki powstańczy cmentarz, ale w literaturze nie udało mi się natrafić na jakiekolwiek informacje na temat tego miejsca.

Śródmieście Północne. Sanitariuszki opatrujące rannego w szpitalu w podziemiach gmachu PKO przy Jasnej 9 róg Świętokrzyskiej 31/33 (fot. Eugeniusz Lokajski „Brok”)

FOTO: Muzeum Powstania Warszawskiego

Punkty ratowniczo-sanitarne powstawały często tam, gdzie było chociaż kilka sanitariuszek lub pielęgniarka. Gdy pojawiał się lekarz, tworzono szpital polowy. Zazwyczaj pomagali go doposażyć okoliczni mieszkańcy, jak pisze „Sławka”: „Wystarczyło np. napisać kredą na szkolnej tablicy, ustawionej przy wejściu do budynku, informację, że organizuje się tu szpital polowy, z wyszczególnieniem, czego szpital potrzebuje, a przedmioty te pojawiały się w najbliższych godzinach dostarczane przez przygodnych ofiarodawców”.

Niedawno miałem okazję odbyć wędrówkę, której celem było odnalezienie takich miejsc na Bielanach i Żoliborzu. Moim przewodnikiem był pan Antoni Chojdyński ps. „Kruk”, wówczas 14-letni wszędobylski sanitariusz szpitala 203 w „Naszym Domu”. Natrafiłem na wielkie budynki, wille, małe domki, szkoły, które znam, obok których przechodziłem wielokrotnie... Tylko na nielicznych – tych opisanych we wspomnieniach i opracowaniach – odnalazłem zimne, oficjalne tablice informacyjne o szpitalach i punktach ratowniczych. O innych, chyba teraz znanych tylko nielicznym, opowiadał mój przewodnik. Gdy się chciał upewnić – dzwonił do swych przyjaciół. I opowiadał o lekarzach, pielęgniarkach, sanitariuszkach, o których na żadnej tablicy pamiątkowej nie było ani słowa. Nie chcieliśmy, aby stali się oni nieobecni, zapomniani, odeszli w niebyt…

Był ciepły słoneczny dzień. Kolorowe majowe ulice. Obok mnie stał pan Antoni – sanitariusz ze zgrupowania AK „Żywiciel”. Milczeliśmy razem, bo razem z przechodzącymi obok byliśmy już jednak w obszarze niepamięci.

Leczyli i ginęli

Ratowali życie innym, ale sami wielokrotnie nie zachowali własnego. Śmierć lekarzy w czasie wykonywania operacji, od bomb lub kul snajperów nie była rzadkością. Mordowano ich pojedynczo i w grupach, wypędzeni ze szpitali byli rozstrzeliwani razem z rannymi i personelem. Już w pierwszych dwóch dniach walk zginęło 12 lekarzy. W całym powstaniu – 84.

„Najtrudniejszą rzeczą było przemóc strach przed śmiercią, raną, bólem” – pisał we wspomnieniach jeden z nich. „To było najistotniejsze, a wszystko inne to po prostu rozkazy”.

Tu, w Warszawie, w powstaniu wzięło udział wiele sław medycznych. Wśród nich: prof. dr med. Stanisław Altenberger, dr Rajmund Barański, dr Andrzej Biernacki, doc. Jan Bogdanowicz, prof. Adam Czyżewicz, prof. dr med. Zdzisław Górecki, prof. dr Józef Marian Grzybowski, prof. Jan Kossakowski, doc. Jan Krotoski, prof. dr Edward Loth, dr med. Leon Manteuffel-Schoege, dr Cyryl Mockałło, doc. Jan Mossakowski, dr Józef Marian Piasecki, dr Irena Semadeni, dr Małgorzata Serini-Bulska, doc. Janusz Sobański, dr Szczepan Wacek, dr Józef Wiloch, doc. Jan Zaorski, dr Ludwik Zaturski. To nazwiska, które przewijają się w wielu relacjach, wspomnieniach, dokumentach. Gdy historycy piszą o lekarzach powstania – najczęściej odwołują się właśnie do ich dokonań i losów.

A inni…? Czy byli herosami, niezłomnymi bohaterami lub straceńcami? Chyba nie. Po prostu przyszło im żyć i pracować w takim miejscu i w takim czasie. Ale to nie jest uczciwa, godziwa odpowiedź. Prawdziwej i pięknej udzielił pacjent jednego z nich, pan Grzegorz Wapiński, mówiąc: – Po prostu był lekarzem, bardzo dobrym lekarzem, a przy tym prawdziwym człowiekiem. I to właściwie wszystko... ■

Tak dawno, a wspomnienia wciąż żywe…

Lidia Sulikowska

1 sierpnia o godz. 17.00 Warszawa i inne polskie miasta zatrzymały się na chwilę, by oddać hołd uczestnikom Powstania Warszawskiego. W tym roku mija 70. rocznica tego dramatycznego zrywu, w którym do nierównego starcia stanęła młodość i chęć walki o niepodległość przeciw niemieckiemu okupantowi.

Jeszcze przed oficjalną datą tegorocznej rocznicy wybuchu powstania odbyło się wiele uroczystości przypominających o tym ważnym dla polskiej historii i tożsamości narodowej wydarzeniu. Na początku ostatniego tygodnia lipca prezydenci Polski i Niemiec otworzyli w Berlinie wystawę „Powstanie Warszawskie 1944". Dużo mówiono o pojednaniu narodów, prawie do wolności oraz o tym, że totalitaryzm ostatecznie musi przegrać. Dzień później w Parku Wolności przy Muzeum Powstania Warszawskiego prezydent Bronisław Komorowski spotkał się z żyjącymi powstańcami. – To spotkanie jest znakiem żywej pamięci tych heroicznych, ale i dramatycznych wydarzeń sprzed 70 lat. Składamy hołd za piękną służbę, determinację w walce. Walczyliście o niepodległość całej Polski, o godność każdego człowieka. To wy, po latach, wygrywacie tę walkę i za to wam dziękujemy – mówił Bronisław Komorowski. Tego samego dnia wieczorem powstańcy zebrali się na dziedzińcu warszawskiego ratusza, by wspólnie obejrzeć spektakl „Młoda Warszawa – życie codzienne walczącej stolicy". „Jeśli za coś nie warto umierać, nie warto dla tego żyć" – śpiewali artyści, a obrazy sprzed lat wróciły. Prezydent miasta, Hanna Gronkiewicz-Waltz, nie przywitała powstańców w ratuszu jak gości, mówiąc, że w Warszawie zawsze byli i będą u siebie.

Pamiętamy

1 sierpnia, punktualnie o 17.00, czyli w Godzinę „W", zawyły syreny w kilkudziesięciu miastach Mazowsza, a także wielu innych rejonach Polski. Przechodnie zatrzymali się, zamarł także ruch uliczny. W ten sposób symbolicznie oddano hołd poległym powstańcom. Prezydent, premier, przedstawiciele wojska i środowisk kombatanckich, a także uczestnicy powstania czuwali na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach przed pomnikiem „Gloria Victis". Oddano salwy honorowe, złożono wieńce. Mówiono o bohaterstwie, niewiarygodnej cenie, jaką przyszło zapłacić za próbę wyzwolenia stolicy, ale i przebaczeniu oprawcom.

To musiało się zdarzyć…

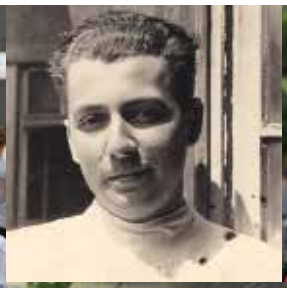
W czasie powstania śmierć poniosły tysiące ludzi. Wielu ocalało dzięki powstańczym służbom medycznym, które na długo przed rozpoczęciem walk przygotowywały kadry, a szpital zorganizowany na terenie klasztoru Sióstr Zmartwychwstanek gromadził zaopatrzenie. Był więc zapas bandaży, leków przeciwbólowych, i przeciwzapalnych i znieczulających. Jak je zdobywano? Napadano na niemieckie apteki i szpitale, niektóre zgrupowania same szyły opatrunki, a dzięki zrzutom z Anglii zdobyto szczepionki i zestawy chirurgiczne.

Podczas walk powstańcom, a także ludności cywilnej ofiarnie pomagało kilka tysięcy sanitariuszek, a także kilkuset studentów medycyny i lekarzy – zarówno profesorów, jak i adeptów sztuki medycznej. Spotykam się z Mieczysławem Buczkowskim, który pomagał jako „młodszy lekarz" w jednym ze szpitali polowych. – Powstanie wybuchło, gdy byłem studentem. Pierwsze walki, jeszcze przed Godziną „W", zaczęły się na Żoliborzu, gdzie mieszkałem, więc nie udało mi się przedostać do wcześniej ustalonego miejsca zgrupowania. Zgłosiłem się więc do najbliższej powstańczej placówki medycznej. Nie było momentu zawahania, czy brać udział w tym zrywie. Pięć lat okupacji, codziennych prześladowań oraz widok wycofujących się oddziałów niemieckich wywoływały w społeczeństwie świadomość, że przychodzi moment zapłaty. Wszyscy na to czekaliśmy – opowiada pan Mieczysław. Otrzymał stały przydział na salę operacyjną w szpitalu polowym, w klasztorze sióstr Zmartwychwstanek, który w czasie Powstania kilkakrotnie był ewakuowany, jako asystent chirurga. Okresowo pracował też jako anestetysta przy zabiegach operacyjnych. Były momenty, że praca trwała bez przerwy ze względu na nieustający napływ rannych. – W czasie ataków na Dworzec Gdański pomagałem non stop przez 48 godzin przy stole operacyjnym. Wstrzykiwano nam kofeinę. Gdy w końcu przyszedł moment odpoczynku, kładłem się gdzieś na gołej ziemi w kącie, cały czas czuwając – wspomina Mieczysław Buczkowski.

Postrzały, odłamki, oparzenia…

Pomagano każdemu – powstańcom, ludności cywilnej, ale też Niemcom, wszystkim na tych samych zasadach. Ci ostatni też potrafili się odwdzięczyć, broniąc personelu medycznego w momencie zagrożenia. Niejednokrotnie sale szpitalne organizowano w piwnicach, gdyż istniało ciągłe zagrożenie nalotami i ostrzałami. Brakowało wody, prądu, z czasem także opatrunków i leków, bo nikt się nie spodziewał, że powstanie będzie trwało tak długo. – W samym Śródmieściu działało

FOTO: Marta Jakubiak, archiwum prywatne Mieczysława Buczkowskiego



kilkadziesiąt punktów sanitarnych i szpitali. Pomoc wiązała się z ogromnym niebezpieczeństwem, a ponadto warunki pracy były bardzo spartańskie. W drugiej połowie września brakowało zwykłych bandaży, zaczęto używać papierowych, nie zmieniano także opatrunków pacjentom – opowiada Anna Marek, historyk medycyny i autorka książki „Leczenie ran wojennych w Powstaniu Warszawskim".

Jakiej pomocy ludność Warszawy potrzebowała w tamtym trudnych dniach? Przede wszystkim leczono różnego rodzaju rany, od tych po kulach karabinowych, odłamkach, po oparzenia od miotaczy min, a także rany cięte miażdżone i złamania. – Zdarzały się przypadki czerwonki, zgorzeli gazowej, tężca, ale nie na wielką skalę, co aż dziwi, bo w mieście były skrajnie ciężkie warunki sanitarne. Co ciekawe, ran ciężkich, poza tymi dotyczącymi głowy i klatki piersiowej, nie zaszywano, szczególnie, gdy upłynęło dużo czasu od momentu zranienia. Wszystko po to, aby uniknąć zakażeń. Pod koniec powstania zdarzało się wykonywać operacje bez znieczulenia, a trudnogojące się rany leczono m.in. larwami czerwi, które zjadały tkankę martwiczą. Stosowano także transfuzje krwi przez tłoczenie bezpośrednie, a krwiodawcą najczęściej był personel medyczny – wyjaśnia Anna Marek.

Za wolną Polskę

Służba zdrowia poniosła w czasie Powstania Warszawskiego krwawe straty, szpitale były bombardowane, zdarzały się egzekucje na personelu medycznym i pacjentach. Jedną z dzielnic, w której doszło do masowych rozstrzeliwań już w pierwszych dniach powstania, była Wola. 5 sierpnia, czyli w tzw. czarną sobotę, Niemcy zabili około 50 tys. mieszkańców Woli. Nie oszczędzano placówek medycznych. Gdy do Szpitala Wolskiego, czyli dzisiejszego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc przy ulicy Płockiej, wtargnęli Niemcy, od razu rozstrzelano dyrektora tej placówki – dra Józefa Mariana Piaseckiego. Pracowników szpitala oraz pacjentów – w sumie ponad 360 osób – wyprowadzono, a następnie zabito. W Szpitalu św. Łazarza, mieszczącego się na rogu ulic Karolkowej i Leszno rozstrzelano 1200 osób, w tym lekarzy i pielęgniarki, a także harcerzy.

Czy było warto, pytam dra Buczkowskiego, odznaczonego po wojnie Krzyżem Partyzanckim, Krzyżem Armii Krajowej, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Odznaką Pamiątkową Akcji Burza, Medalem za Warszawę. – Było ciężko, było strasznie, ale wszyscy wiedzieli, że tak trzeba – słyszę stanowczo wypowiedziane słowa. ■

Anna Lella

Prezydent elekt ERO-FDI Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej

Polska gościła ERO w Warszawie w 2003 r. W 2016 r. odbędzie się w Poznaniu Światowy Parlament Stomatologiczny FDI.

Rok jubileuszy

W 2014 r. Europejska Organizacja Regionalna Światowej Federacji Dentystycznej, ERO-FDI, obchodzi 50. rocznicę powstania.

Naczelna Izba Lekarska jest członkiem ERO, tworząc wraz z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym tzw. Polski Komitet Narodowy. ERO działa w strukturach Światowej Federacji Dentystycznej (FDI) i zrzesza główne krajowe organizacje lekarzy dentystów z 37 państw Europy wg definicji WHO.

Od 1989 r. do ERO zaczęły stopniowo przyłączać się organizacje z państw Europy Środkowej i Wschodniej, co nie tylko oznaczało rozwój tej organizacji pod względem liczby członków, ale również poszerzyło zakres jej działalności, związanej z kształceniem oraz wymianą doświadczeń dotyczących organizacji opieki stomatologicznej oraz zasad wykonywania zawodu. Organizacje z Europy Środkowej i Wschodniej coraz aktywniej angażują się w prace ERO i mają coraz większy wpływ na jej funkcjonowanie i obszar zainteresowań uwzględniających daleko idące odrębności: prawne, ekonomiczne, organizacyjne pomiędzy państwami członkowskimi. ERO zrzeszająca organizacje stomatologiczne z niemalże całej Europy (nie ogranicza się tylko do państw Unii Europejskiej), stanowi również znakomitą platformę do pozarządowej komunikacji zawodowej, wymiany doświadczeń w wykonywaniu zawodu i współpracy z zawodami pomocniczymi.

Delegaci ERO zbierają się na Sesjach Plenarnych, aby omawiać bieżącą działalność, przyjmowane są rezolucje i stanowiska obrazujące poglądy europejskiego środowiska stomatologów. Pomaga to organizacjom członkowskim w ich działalności na poziomie krajowym. Szczególną uwagę ERO-FDI przywiązuje do tego, aby zawód lekarza dentysty był wolnym zawodem w pełnym tego słowa znaczeniu.

Obchody 50-lecia ERO odbyły się wiosną w Paryżu. Jako goście honorowi uczestniczyli w nich byli prezesi ERO, wydana została także okolicznościowa broszura. Dr Philippe Rusca ze Szwajcarii, pełniący obecnie funkcję Prezesa ERO, podkreślił we wstępie do tego wydawnictwa, że historia ERO wskazuje, jak bardzo organizacja rozwinęła się na przestrzeni 50 lat, m.in. dzięki zmianom, które zaszły po roku 1989. Odnosząc się do aktualnych problemów, dr Rusca podkreślił, że obserwuje się duże zmiany w zasadach wykonywania zawodu lekarza dentysty, wynikające z postępującej globalizacji. „«Tradycyjna» jednoosobowa praktyka stomatologiczna zdaje się odchodzić w przeszłość. Dużym wyzwaniem, także pod względem etyki zawodowej, jest rosnąca liberalizacja – np. w zakresie reklamowania się, swobodniejszej migracji pracowników ochrony zdrowia. To prowadzi do zmian w tradycyjnych relacjach pomiędzy lekarzem dentystą a pacjentem, zmierzających bardziej ku relacji usługodawca – klient. Tym problemom lekarze dentyści muszą w nadchodzących latach sprostać, zachowując przy tym i chroniąc podstawowe wartości zawodowe”. ■

FOTO: Archiwum IFPS

Wymagam przede wszystkim od siebie

Z **prof. Henrykiem Skarżyńskim**, wybitnym otolaryngologiem, audiologiem i foniatrą, który w tym roku otrzymał tytuł „Człowieka Wolności”, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Czy przez cały czas wierzył pan w Światowe Centrum Słuchu, nigdy nie pojawiło się zwątpienie, że tak ogromna inwestycja może się nie udać?

Wierzyłem. Pamiętam, jak po jednej z międzynarodowych konferencji autokary przywiozły do Kajetan jej uczestników na piknik. Na jednym ze stołów stała makieta. Pokazałem ją naszym gościom i opowiadałem, że tak właśnie będzie wyglądało nasze Centrum. Nikt mi wprost nie powiedział, że mam nie po kolei w głowie, ale niemal na wszystkich twarzach widziałem szeroko otwarte oczy i niedowierzanie.

Kiedy w 2003 r., tydzień przed otwarciem pierwszej części Centrum, zaprosiliśmy dziennikarzy, żeby pokazać im obiekt, byli zachwyceni. W pewnej chwili jeden z nich zapytał jednak, kto tu właściwie dojedzie? Byłem spokojny, wiedziałem, że pacjenci dotrą do Kajetan, a niektórym będzie nawet łatwiej dostać się tutaj niż do centrum Warszawy.

Udało się i plany zostały zrealizowane nawet z nawiązką. W wielu momentach mogło przyjść zwątpienie, można było się poddać. Ale ja wierzyłem i byłem święcie przekonany o słuszności tego, co robię. Dodatkowo wprowadzenie kas chorych pokazało potrzeby rynku. Doskonale się w nie wpisywaliśmy. Dziś Centrum jest znowu za małe. Dlaczego nie zbudowaliśmy większego? Gdybyśmy budowali większy ośrodek, moglibyśmy stracić płynność finansową. Jeżeli nie stać kogoś na koszenie trawy, nie powinien jej siać, ale jeżeli już została posiana, ma być koszona i użyźniana. O wszystko trzeba dbać nie tylko po oddaniu do użytku, ale przez cały czas funkcjonowania.

Podobno pan profesor pracuje czasem nawet do 23.00…

Kiedyś muszę zaistnieć jako dyrektor. Nie jestem fanem administracji, ale gdybym nie był tym, który rano podejmie decyzję, a chwilę potem jest jej wiernym wykonawcą, byłoby zdecydowanie trudniej zrobić cokolwiek. Staram się zapewnić pacjentowi optymalną opiekę, jednocześnie uwzględniając koszty leczenia. Takie kalkulowanie nie jest jednak determinowane przez pryzmat oszczędności, bo one oznaczałyby, że nie dajemy czegoś, co dać powinniśmy. Myślę o racjonalnym gospodarowaniu pieniędzmi – chodzi o wydawanie ich wtedy, kiedy trzeba, i eliminowanie czynników, które generują dodatkowe wydatki, których można uniknąć. Na pierwszym planie są pacjenci.

Gdybyśmy budowali większy ośrodek, moglibyśmy stracić płynność finansową. Jeżeli nie stać kogoś na koszenie trawy, nie powinien jej siać, ale jeżeli już została posiana, ma być koszona i użyźniana. O wszystko trzeba dbać nie tylko po oddaniu do użytku, ale przez cały czas funkcjonowania.

Niedawno został pan „Człowiekiem Wolności" oraz wygrał w konkursie „Nauka to Wolność". To wielkie i zasłużone wyróżnienia. Gratulujemy.

Nie do końca wierzyłem, że zdobędę tytuł „Człowieka Wolności". Już sama nominacja była dla mnie wielkim zaskoczeniem i ogromnym wyróżnieniem. Zajmuję się przecież niewielkim fragmentem medycyny, a w odniesieniu do całej nauki – wręcz mikroskopijnym. Myślałem, że wygra zespół pracujący nad grafenem. Podobnie podchodziłem do konkursu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Tu w szranki stanęło 25 naukowców, zespołów ze znakomitymi osiągnięciami.

Bardzo się cieszę z takich wyróżnień, między innymi dlatego, że ich przyznanie lekarzowi oznacza, że została dostrzeżona i doceniona medycyna. W ostatnim czasie różnie się przecież o niej mówi, a niestety coraz częściej oceniana jest źle. Te wyróżnienia pokazały opinii publicznej, że my, lekarze, robimy coś dobrego, że mimo medialnych nagonek zaufanie do naszego środowiska nie zostało podważone. Niezbyt często pokazywana jest ta druga, ciężka praca pracowników służby zdrowia na wszystkich szczeblach, od rejestracji zaczynając. To szalenie zobowiązujące i motywujące zarazem, ale jakże symboliczne dla naszego środowiska.

W 1989 r. powstały izby lekarskie. Czy dobrze spełniają swoją rolę i dlaczego istnienie korporacji zawodowej lekarzy jest potrzebne?

Pamiętam spotkanie prof. Jacka Żochowskiego i prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego na ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie, w czasie którego przypominali historię przedwojennych izb i mówili o tym, dlaczego są potrzebne. Ich argumentacja całkowicie mnie przekonywała. Rozwijające się społeczeństwo to rozwijające się grupy zawodowe, które mogą w ramach swojej działalności tworzyć, rozwijać się, stymulować, ubezpieczać, a czasami – jeśli zajdzie taka potrzeba – bronić.

Nie mogłem uczestniczyć w pierwszych wyborach samorządowych. Po powrocie do Polski dowiedziałem się, że na różnych szczeblach wyborów miały miejsce wykreślania różnych grup delegatów. Wyraziłem wtedy swoje zdanie, że jeżeli będziemy kogoś wykreślali tylko dlatego, że nam się nie podoba, niezależnie od tego, co mówi i co sobą reprezentuje, to prędzej czy później będziemy mieli w środowisku kryzys. Co się zmieniło przez lata? Jest niewielka rotacja wśród delegatów, a opieram się na głosach wypowiedzianych na ostatnim zjeździe. Potrzebny jest parytet dla osób nowych, który wymusiłby zwiększoną wymianę delegatów, aby nowi, młodzi członkowie mieli szansę współpracy, ale też nauki od starszych wiekiem i doświadczeniem kolegów. Życie się zmienia. Musimy dzielić się swoim, często bardzo dużym, doświadczeniem, ale też pełnionymi funkcjami z młodszymi kolegami. Płynna wymiana powinna zdynamizować działania naszego środowiska.

Jakimi cechami powinien charakteryzować się dobry lekarz?

To bardzo trudne pytanie. Postaram się na nie odpowiedzieć, ale zaznaczam, że patrzę przez pryzmat swojego otoczenia. Myślę, że jeżeli jesteśmy uczciwi wobec siebie i swoją postawą pokazujemy, że uczeń może być lepszy od swojego nauczyciela, to robimy pierwszy ważny krok w kierunku bycia dobrym lekarzem. Staram się przekazywać swoim uczniom jak największą wiedzę, gdyż zdaję sobie sprawę, że w każdej chwili mogę stać się ich pacjentem. Im mój uczeń będzie lepszy, tym ja będę miał w przyszłości lepszą opiekę. Nie walczę, nie chcę być najlepszy w dzielnicy, na ulicy albo w mieście. Dzisiaj takie zachowania można jednak spotkać.

Trzeba ufać młodym ludziom, nawet jeśli czasem odbije się to boleśnie. Własną pracą pokazałem, że coś można osiągnąć i moi współpracownicy to wiedzą. Nawet jeśli na początku nie zawsze wszystko potrafią, nie boją się pytać i poprosić o pomoc. Przyjąłem

ok. 400 osób do pracy. Odeszło tylko kilkanaście z nich. Na początku zawsze deklaruję: „ma pan/pani moje pełne zaufanie, od dzisiaj może je pan/pani tylko tracić". Mam ogromną satysfakcję, kiedy widzę młodych ludzi z instytutu występujących na poważnych konferencjach i kongresach. To fakt, że jestem wymagający, ale nigdy nie wymagałem więcej od swoich współpracowników – zawsze najpierw wymagam przede wszystkim od siebie.

Czy od zawsze wiedział pan, że zostanie lekarzem?

W szkole średniej fascynowała mnie historia I Rzeczpospolitej, ale także historia medycyny. W różnych opisach czytałem wtedy o pijawkach lekarskich jako antidotum na większość schorzeń. Już wtedy robiłem z nimi pierwsze doświadczenia. W połowie liceum zdecydowałem, że pójdę na medycynę. A na niej, że wybiorę specjalizację związaną z czynnościami manualnymi. Miałem już pewne doświadczenie – przez lata robiłem zabawki, najpierw dla siebie, potem dla swoich dzieci. W liceum zrobiłem gitarę elektryczną, na której grałem. Wybrałem mikrochirurgię i codziennie przez pół godziny ćwiczyłem nawlekanie nitki. Brałem jak najmniejsze ucha igielne, by utrudnić zadanie. Mikrochirurg jest jak pianista, musi umieć zawiesić dłoń w odpowiednim momencie, zatrzymać się nad małym elementem w uchu środkowym, kontrolować najmniejszy ruch i jego siłę. Te operacje są bez asysty – to dla niego szansa, by usamodzielnił się wcześnie, ale jednocześnie ogromna odpowiedzialność.

Jakie były pana najważniejsze cele 25 lat temu, a jakie są teraz?

Uruchomić w Polsce program leczenia głuchoty. Wiedziałem, że to będzie ogromny postęp w diagnostyce i terapii nie tylko w otochirurgii. W 1992 r. po przeprowadzeniu pierwszej w Polsce operacji u osoby głuchej, kiedy zalała mnie fala listów i informacji w mediach, poczułem brzemię odpowiedzialności za moich pacjentów. Zrozumiałem, że nie mogą zależeć od jednego człowieka, bo może zachorować, ulec wypadkowi. Musi istnieć zespół. Zacząłem go więc budować. Wtedy też opracowałem założenia wspomnianego programu. Musiałem stworzyć coś od podstaw. W 1993 r. uruchomiłem ośrodek na Grójeckiej, a trzy lata później zacząłem planować zbudowanie właściwego w Kajetanach.

Światowe Centrum Słuchu dało nam możliwość realnego wpływania na to, co dzieje się w medycynie światowej. W tym roku zostaliśmy bardzo wyróżnieni. W 2017 r. Warszawa będzie gospodarzem XII World Tinnitus Conference oraz XXV International Evoked Response Audiometry Study Group Biennial Symposium (IERASG), rok później – 5th International Symposium on Otosclerosis and Stapes Surgery, a w 2020 r. – XXXV World Congress of Audiology. W najśmielszych oczekiwaniach nie zakładaliśmy, że z pięciu planowanych dużych konferencji, cztery zostaną przyznane właśnie nam. Nie było w historii takiego ośrodka, któremu powierzono by takie zadanie w tak krótkim czasie. Mamy możliwość pokazania Polski, polskiego środowiska medycznego i naukowego, naszego Centrum, tworzenia wspólnych projektów międzynarodowych. Zapraszam wszystkich zainteresowanych lekarzy i innych specjalistów do udziału w tych wydarzeniach.

Wielu polskich naukowców realizowało swoje plany za granicą. Czy był w pana życiu moment, że pan także o tym myślał?

W 1988 r. byłem na pierwszym Kongresie Europejskich Towarzystw Naukowych w Paryżu. Tam zapoznałem się z wynikami leczenia głuchoty na świecie. Nawiązałem kontakt z prof. J.M. Sterkersem, a potem z prof. C.H. Chouardem. Bardzo pragnąłem, żebyśmy również w naszym kraju mieli leczenie na światowym poziomie. Przyszedł 1989 r. – otworzyły się nowe, wielkie możliwości. Założyliśmy fundację, dzięki której udało się pozyskać pieniądze na zakup pierwszych implantów. Chęć i możliwość zrobienia tylu rzeczy w Polsce zaabsorbowały mnie tak, że nie miałem czasu na myślenie o robieniu czegokolwiek za granicą. Ale za to wraz z zespołem byliśmy najczęstszymi uczestnikami zagranicznych kongresów i konferencji, promując polską naukę i medycynę.

Miałem wiele propozycji z różnych krajów, by robić operacje za pieniądze, ale nigdy nie zdecydowałem się na taką współpracę. Sprowadziłbym siebie do roli wynajętego operatora, który jeździ, dopóki zdrowie mu na to pozwoli. Z pewnością miałbym więcej pieniędzy, ale nie miałbym tej satysfakcji, którą mam dzisiaj.

A co daje największą satysfakcję?

Kiedy idę przez Kajetany i widzę, że jednak skosili trawę, a krzewy są przycięte. A tak na poważnie to największą satysfakcję mam, gdy mijam tysiące uśmiechniętych pacjentów każdego tygodnia. Szczególnie odżywa to w lipcu, gdy mamy regularne spotkania z nimi i ich rodzinami. Dzieje się to z okazji kolejnych rocznic, 16 lipca – pierwszej w Polsce implantacji w 1992 r., 17 lipca – pierwszej operacji implantu ślimakowego u dziecka w 1992 r., 14 lipca – otwarcia pierwszego Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczo-Rehabilitacyjnego „Cochlear Center" w 1993 r., 12 lipca – pierwszej w świecie operacji częściowej głuchoty u osoby dorosłej w 2002 r. itd. Mam ogromną satysfakcję, kiedy moi i nasi pacjenci opowiadają o swoich sukcesach, o tym, że uczą się kolejnego języka obcego, że opanowali grę na jakimś instrumencie, że skończyli z implantem studia lub obronili doktorat.

Wolny czas, a jest go bardzo mało, poświęcam dla wspaniałych wnuczek i wielką radość sprawia mi karmienie z nimi coraz większego zwierzyńca w Kajetanach, w którym są już: kozły, osły, kuce, konie, renifery, daniele i jelenie, a także ozdobne ptaki, jak pawie, bażanty i przepiórki. ■

Miałem wiele propozycji z różnych krajów, by robić operacje za pieniądze, ale nigdy nie zdecydowałem się na taką współpracę. Sprowadziłbym siebie do roli wynajętego operatora, który jeździ, dopóki zdrowie mu na to pozwoli. Z pewnością miałbym więcej pieniędzy, ale nie miałbym tej satysfakcji, którą mam dzisiaj.

Pełna treść rozmowy w Gazecie Lekarskiej **PREMIUM** na www.gazetalekarska.pl

Premium

A NIL jak rzeka płynie

Naczelna Izba Lekarska

Lucyna Krysiak

Reprezentuje samorząd lekarski w kontaktach z władzami państwa, mediami, wypowiada się w imieniu wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty na forum krajowym i międzynarodowym.

FOTO: Marta Jakubiak

NIL jest strukturą specyficzną i pod tym określeniem wiele się kryje. To tutaj podejmuje się działania, które są sumą opinii prezentowanych w okręgowych izbach i zapadających tam decyzji. To tutaj w komisjach problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej wypracowywane są stanowiska w sprawach funkcjonowania ochrony zdrowia, systemu kształcenia kadr lekarskich, ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. W NIL rodzą się też koncepcje, jak rozwiązywać problemy dotyczące praktyk lekarskich, polityki refundacyjnej państwa, restrukturyzacji placówek opieki zdrowotnej. Są one opiniowane i dyskutowane na posiedzeniach Prezydium NRL, Naczelnej Rady Lekarskiej i głosy tych gremiów są znaczące.

Narodziny NIL

Pierwsza polska organizacja samorządowa lekarzy – Collegium Medicorum Gedanensis – powstała na początku XVII w. w Gdańsku, ale idea izb lekarskich zrodziła się w Brunszwiku, gdzie w 1865 r. powołano do życia izby lekarską i aptekarską wzorowane na istniejących już izbach adwokackich, handlowych, przemysłowych i rolniczych. W 1921 r. Sejm RP uchwalił ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o izbach lekarskich, a rok wcześniej, w 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. To był postęp, jednak między lekarzami i władzami kas chorych od początku iskrzyło. Lekarzom oferowano fatalne warunki pracy i niskie płace. W 1923 r. ówczesny minister zdrowia publicznego, Witold Chodźko, zachęcił więc przedstawicieli samorządu lekarskiego z poszczególnych okręgów, by wybrali członków Naczelnej Izby Lekarskiej. To były narodziny NIL. Prezesami tej izby kolejno byli: dr Jan Bączkiewicz, pediatra, dr Witold Chodźko, psychiatra, prof. Mieczysław Michałowicz, pediatra. W kraju działały wówczas: Izba Warszawsko-Białostocka, Izba Lwowska, Izba Lubelska, Izba Poznańska, Izba Krakowska, Izba Łódzka, a od 1924 r. Izba Wileńsko-Nowogródzka. NIL stanowiła instytucję odwoławczą od decyzji izb okręgowych i reprezentowała samorząd lekarski w kontaktach z władzami państwowymi. W 1939 r. Niemcy zlikwidowali samorząd lekarski, w 1945 r. podjęto próbę odrodzenia NIL.

Na krótko. W 1950 r. Sejm uchwalił ustawę o likwidacji izb lekarskich. Na reaktywację trzeba było czekać do 1989, kiedy to dzięki zmianom politycznym w Polsce uchwalono ustawę o izbach lekarskich.

Ton nadawała „Solidarność"

Do reaktywacji samorządu lekarskiego doszło na fali ruchu solidarnościowego. Przewodniczącym Sekcji Służby Zdrowia Regionu Mazowsze NSZZ „Solidarność" był wówczas Wojciech Maksymowicz, obecnie dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. – „Solidarność" była wtedy czymś więcej niż związkiem zawodowym, nadawała ton naszym działaniom, a mnie powierzono zorganizowanie kampanii wyborczej do pierwszych wyborów do NRL i wiadomo było, że nie możemy ich przegrać – wspomina prof. Maksymowicz. Wspierali go w tym Antoni Bielewicz, działacz podziemia solidarnościowego, senator Zofia Kuratowska, Bożena Pietrzykowska, Ewa Wolak, Anna Grędziak, Jerzy Moskwa – lekarze o wyrazistych osobowościach i poglądach. I Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się w dniach 10-12 grudnia w Warszawie, miał więc burzliwy przebieg. – Wprawdzie premierem był już Tadeusz Mazowiecki, demokratyzacja kraju dopiero się rozpoczęła, pomni tego stworzyliśmy listy osób, które należy popierać i większość kolegów zastosowała się do nich – opowiada Wojciech Maksymowicz. Na funkcję prezesa NRL zgłoszono kandydaturę prof. Zofii Kuratowskiej, ale musiała wyjechać do Afryki Południowej i przepadła w wyborach. Wygrał prof. Tadeusz Chruściel i choć jego kandydatura nie była planowana, został prezesem NRL. Przeszedł do historii jako ten, który po reaktywacji organizował struktury Naczelnej Izby Lekarskiej, przejmując od administracji państwowej rejestr lekarzy, orzecznictwo oraz prawo wykonywania zawodu lekarza. – Powierzył mi funkcję sekretarza NRL w I kadencji. Wahałem się, dopiero co obroniłem doktorat i pragnąłem się realizować zawodowo, ale byliśmy pełni wiary w demokrację i chęć działania była silniejsza – podkreśla prof. Maksymowicz. Dodaje, że to była gigantyczna praca, bo sekretarz to osoba od tzw. czarnej roboty. Jednym z zadań było przygotowanie projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej i aktów niezbędnych dla funkcjonowania NIL, zasad kooperacji, współpracy, przepływu informacji, pieniędzy. – Zaczęliśmy od maszyny do pisania, którą dostaliśmy już nie wiadomo od kogo, budżetu w wysokości 2 tys. zł i jednego etatu księgowej oraz sekretarki w jednym – wylicza profesor. NIL dostała jedno z pięter po komitecie dzielnicowym partii przy ul. Grójeckiej. Jak w „Psach" Pasikowskiego walały się porzucone dokumenty, z wyrwanymi środkami, po których zostały tylko okładki. Wiele się działo, zmieniały się rządy, ministrowie zdrowia, rodziły się koncepcje reformy lecznictwa, zainteresowanie mediów budziły zapisy uchwał dotyczące godnego wykonywania zawodu lekarza (Kodeks Etyki Lekarskiej). Wojciech Maksymowicz zawsze był blisko NIL, nawet kiedy był ministrem zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jerzego Buzka, choć – jak podkreśla – interesy urzędnika państwowego nie zawsze są zbieżne z interesami korporacji zawodowej.

Izba lekarzy i lekarzy dentystów

Do 1938 r., kiedy to Ignacy Mościcki podpisał ustawę o izbach lekarsko-dentystycznych, stomatolodzy nie mieli własnej korporacji, a przedwojenny samorząd lekarski nie chciał przyjąć ówczesnych dentystów do swojego grona. Pierwsze posiedzenie nowo powstałej Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej odbyło się 1 listopada 1938 r. i wyłoniło prezesa, którym został Julian Łączyński, stomatolog z Pabianic. Izba ta istniała krótko i podzieliła los samorządu lekarskiego, zlikwidowanego najpierw przez hitlerowców, a po wojnie przez ówczesne władze. Po reaktywacji samorząd lekarski po raz pierwszy w historii połączył środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. Już w I kadencji w NIL powołano Komisję Stomatologiczną. Mimo że Polskie Towarzystwo Stomatologiczne zastrzegło sobie wiodącą rolę w decydowaniu o sprawach tej grupy zawodowej i nie było przychylne jej powołaniu, członkowie NRL zadecydowali inaczej. Komisja Stomatologiczna zajmowała się stażami podyplomowymi, prywatyzacją, prywatnymi praktykami, wartościowaniem pracy lekarzy stomatologów. Stworzony tu katalog punktowego wartościowania pracy lekarzy dentystów stał się wzorem dla innych specjalności lekarskich. Pierwszym szefem komisji został nieżyjący już Andrzej Fortuna z Nowego Sącza, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej w II i III kadencji, rekomendowany przez prof. Włodzimierza Józefowicza, ówczesnego szefa PTS, który włączenie stomatologów do izb lekarskich ocenił jako zgodne z duchem rozwoju tej specjalności medycznej. Fortuna zapisał się jako walczący o spójny system organizacyjny w stomatologii, uczestnik negocjacji traktatu akcesyjnego do UE w zakresie stomatologii. To jego zasługą było mocne wejście stomatologów do lekarskiej korporacji. Kiedy Anna Lella z Olsztyna, wiceprezes NRL w V i VI kadencji, objęła Komisję Stomatologiczną, miała już przetarty szlak. Jej celem było podniesienie rangi i prestiżu zawodu lekarza dentysty, umocnienie pozycji samorządu lekarskiego w kraju i za granicą. To jej powierzono funkcję prezydenta elekta Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (w głosowaniu uzyskała aż 88 proc. poparcia). Jest pierwszą kobietą w historii ERO, która przewodzi międzynarodowej organizacji stomatologów. Stomatologia stoi przed coraz to nowymi wyzwaniami, a Komisja Stomatologiczna NRL stara się im sprostać w imieniu polskich lekarzy dentystów.

Własna siedziba

W II i III kadencji prezesem NRL został Krzysztof Madej. Niepokorny indywidualista i wizjoner, który chciał widzieć stan lekarski jako elitarną grupę zawodową i przez wszystkie lata swojej prezesury usilnie do tego dążył. – Byłem mocno zmotywowany do pracy w samorządzie, działałem całym sobą, poświęcając swój czas prywatny i rezygnując z aktywności zawodowej, za co płacę do tej pory, ale nie żałuję tego entuzjazmu – mówi Krzysztof Madej. Za zadanie konstytutywne uważał znalezienie i kupienie odpowiedniej siedziby dla NIL. Miała być przestronna, funkcjonalna, ale też godna lekarskiego stanu. Mówi, że o samorządzie myślano

Do reaktywacji samorządu lekarskiego doszło na fali ruchu solidarnościowego. Przewodniczącym Sekcji Służby Zdrowia Regionu Mazowsze NSZZ „Solidarność" był wówczas Wojciech Maksymowicz, obecnie dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

wtedy idealistycznie i wydawało się, że na poziomie Naczelnej Izby Lekarskiej siedziba powinna być „pałacem" z historyczną przeszłością i duszą, w którym tętniłoby życie, nie tylko biurowe, ale intelektualne. – Wtedy uważałem, że NIL powinna mieć siedzibę taką, jak organ administracji centralnej – zastrzega. Miesiące poszukiwań doprowadziły do wyboru siedziby przy ul. Sobieskiego 110. Kosztowała jeden roczny budżet izby, nie był to więc wydatek, który zrujnowałby lekarzy. II i III kadencja to jednak przede wszystkim skonfrontowanie się z pakietem ustaw, które stanowiły kanon prawa medycznego. Funkcjonował jeszcze budżetowy system zarządzania i finansowania opieki zdrowotnej, wierzono, że wystarczy „wyjąć" pieniądze z budżetu i przekazać je do instytucji wycelowanej tylko na ochronę zdrowia, aby było lepiej. – Gra rynkowa miała wyeliminować nieudaczników i marnotrawców, a spowodowała zadłużenie placówek i groźbę ich bankructwa – mówi Krzysztof Madej. Dla NIL priorytetem było wtedy uchwalenie znowelizowanej ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w kształcie proponowanym przez środowisko lekarskie, a w Sejmie zasiadali posłowie solidarnościowi i postkomunistyczni (to był czas rządów SLD). – Musiałem lawirować, poznając jednocześnie małostkowość ówczesnego życia sejmowego – wspomina prezes Madej. Generalnie to był czas zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia. Za sprawą prezesa NRL doszło do umieszczenia w Konstytucji zapisu o samorządach zawodowych. Istniała wówczas Komisja Zgromadzenia Narodowego, w której prezes NRL aktywnie działał. Wspierał go Czesław Jaworski, ówczesny prezes Naczelnej Rady Adwokackiej. Zapis ten miał wśród polityków wielu zagorzałych przeciwników, ale poparli go m.in. Włodzimierz Cimoszewicz i Ryszard Kalisz, a przesądzający głos miał nieżyjący już prof. Michał Kulesza, doradca ówczesnego Prezydenta RP. Krzysztof Madej uważa, że samorząd lekarski wciąż poszukuje swojej tożsamości, tak jak na początku ma kłopoty z samookreśleniem, wypracowaniem pozycji, roli i miejsca w życiu publicznym. – Może warto przyjrzeć się przeszłości i skonfrontować ją z tym, co współczesne, by znaleźć receptę – podsumowuje.

Konstanty Radziwiłł był młodym gniewnym, kiedy po raz pierwszy znalazł się w gronie członków NRL i od razu został rzucony na głęboką wodę. Zaproponowano mu objęcie funkcji sekretarza.

Na głęboką wodę

Konstanty Radziwiłł był młodym gniewnym, kiedy po raz pierwszy znalazł się w gronie członków NRL i od razu został rzucony na głęboką wodę. Zaproponowano mu objęcie funkcji sekretarza. To było mocne wejście, jeszcze mocniejsze było wygranie wyborów na prezesa NRL w IV i V kadencji. Prezesura K. Radziwiłła przypadła na okres likwidacji kas chorych i powołania Narodowego Funduszu Zdrowia, a później wprowadzania ustawy o działalności leczniczej. To były znaczące zmiany, na temat których samorząd ostro się wypowiadał. Po raz pierwszy też zaistniał na arenie międzynarodowej. W 2010 r. został prezydentem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), który zajmuje się wymianą doświadczeń i wspieraniem narodowych organizacji lekarskich oraz lobbowaniem w ich imieniu na rzecz dobrych rozwiązań w ochronie zdrowia wobec instytucji Unii Europejskiej. Prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL w VI i VII kadencji, jest od 2012 r. szefem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). – 80 procent decyzji dotyczących wykonywania naszego zawodu i funkcjonowania medycyny zapada w Brukseli i fakt, że głos samorządu lekarskiego wpływa na te decyzje oznacza, że współtworzymy prawo unijne – tłumaczy Konstanty Radziwiłł. Z Brukseli zawsze jednak jeździł wprost na spotkania z radami izb okręgowych, przemierzając Polskę wzdłuż i wszerz. Mówi, że pozwalało mu to patrzeć na sprawy z punktu widzenia zwykłego lekarza, a nie tylko działacza. Wciąż praktykuje jako lekarz rodzinny, nie chce stracić kontaktu z pacjentem. – To mi daje poczucie, że to, co robię ma konkretne odniesienie do rzeczywistości – zaznacza. W postrzeganiu samorządu lekarskiego jest pryncypialny. Odwołuje się do Konstytucji i ustawy o izbach lekarskich, gdzie jest zapisane, że samorząd powinien reprezentować lekarzy i lekarzy dentystów, sprawować pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów, ale w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. – W tym zawiera się odpowiedź na pytanie, czym jest samorząd, czym powinien być, a także pokazuje NIL jako jego zwornik. Z jednej strony środowisko narzeka, że nie dość mocno je reprezentuje, broni jego interesów, a z drugiej politycy i media

Warto wiedzieć – Metryka Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie

Adres siedziby: Warszawa, ul. Sobieskiego 110
Kontakt: tel. 22 559 13 00; 22 559 13 24; faks 22 559 13 23
e-mail: sekretariat@hipokrates.org
Strona internetowa: www.nil.org.pl
Liczba delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy: 442, w tym 344 lekarzy i 98 lekarzy dentystów
Liczba członków NRL: 75
Prezes: Maciej Hamankiewicz
Wiceprezesi: Romuald Krajewski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Agnieszka Ruchała-Tyszler
Sekretarz: Konstanty Radziwiłł
Zastępca sekretarza: Anna Lella
Skarbnik: Wojciech Marquardt
Członkowie Prezydium: Mariusz Janikowski, Marek Jodłowski, Stefan Sobczyński, Jolanta Szczurko
Prezesi NRL w poszczególnych kadencjach: Tadeusz Chruściel – I kadencja, Krzysztof Madej – II i III kadencja, Konstanty Radziwiłł – IV i V kadencja, Maciej Hamankiewicz – VI i VII kadencja
Naczelni Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej w poszczególnych kadencjach: Stanisław Leszczyński – I i II kadencja, Krystyna Rowecka-Trzebicka – III kadencja, Zbigniew Czernicki - IV kadencja, Jolanta Orłowska Heitzman – V i VI kadencja, Grzegorz Wrona - VII kadencja
Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego w poszczególnych kadencjach: Tadeusz Wencel – I kadencja, Władysław Nasiłowski – II kadencja, Romuald Krajewski – III i IV kadencja, Jerzy Nosarzewski – V kadencja, Wojciech Łącki – VI i VII kadencja
Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej w poszczególnych kadencjach: Michał Kurowski – I kadencja, Bohdan Bzowski – II i III kadencja, Andrzej Bar – IV kadencja, Jarosław Zawiliński – V i VI kadencja, Andrzej Morliński – VII kadencja
Liczba pracowników etatowych: 38,5
Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 7

patrzą na samorząd jak na białą mafię, która kryje własnych kolegów. To rodzi napięcia, z którymi NIL lepiej lub gorzej radzi sobie już 25 lat – konkluduje Konstanty Radziwiłł. Jest jak rzeka, która niezależnie od napięć i okoliczności wciąż płynie. Choć napotyka na wiry i przełomy, jest mocno osadzona w demokratycznych strukturach państwa.

Jak w orkiestrze

Kiedy Maciej Hamankiewicz wygrał wybory na prezesa NRL w VI, a później w VII kadencji, wiadomo było, że nie będzie miał łatwego życia. Do tej pory prezesami były osoby stąd, z Warszawy. Znane z rozległych kontaktów z parlamentarzystami, posiadające silne i wyraziste osobowości. Wprawdzie nowy prezes przyszedł z zewnątrz, ze Śląska, ale z ogromnym doświadczeniem działacza samorządowego i własną wizją sprawowania swojej funkcji. To było nieszablonowe, łamało stereotypy. Od początku dał się poznać jako ktoś bardzo dynamiczny w myśleniu i tego zaczął wymagać od swoich współpracowników. – Mój poprzednik to człowiek z charyzmą, tytan pracy, który sam realizował większość zadań. Moją ideą jest rozdzielanie ich pomiędzy innych pełniących różne funkcje w strukturach NIL, a także pracowników biura – przekonuje prezes Hamankiewicz. Jest zwolennikiem pracy takiej jak w orkiestrze, gdzie wszyscy pracują nad tym, by uzyskać jak najlepsze brzmienie, aby ostatecznie wszystko dobrze zagrało. To pozwoliło już od początku kadencji sprostać niełatwemu wyzwaniu, jakim było uporanie się z opiniowaniem pakietu ustaw wprowadzających rewolucję w wielu segmentach ochrony zdrowia. Taki model funkcjonowania NIL pozwolił też na rozbudowanie działu szkoleń i pozyskanie środków unijnych na ten cel. – System zadaniowy wyzwala inicjatywę, inspiruje i daje możliwość wykazania się w różnego rodzaju aktywnościach. Sprawdził się, o czym świadczy wysoka ocena pracy NRL i NIL przez XII Krajowy Zjazd Lekarzy – tłumaczy. W tej filozofii pracy zespołowej pomaga informatyzacja, możliwość korzystania z internetu, komunikowania się poprzez e-maile, skype. Znakiem obecnych czasów jest szybki przepływ informacji i trzeba umieć poruszać się w tym informacyjnym szumie. Służy nie tylko kontaktom z mediami, ale kształceniu, podnoszeniu kwalifikacji docieraniu z informacją do każdego pojedynczego lekarza. – Kiedy okazało się, że polityka informacyjna stała się jednym z głównych zadań izby, rozbudowałem biuro prasowe i zespół radców prawnych, których pomoc jest niezbędna w dobie zmieniającego się prawa i konieczności odwoływania się w wielu sprawach do Trybunału Konstytucyjnego – mówi prezes. Uważa, że NIL to nie tylko siedziba, biuro, sale, gdzie odbywają się posiedzenia Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej, komisji problemowych, ale to przede wszystkim miejsce, gdzie spotykają się lekarze z całego kraju. NIL jest ich centralą. To właśnie tutaj działa Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, który prowadzi dla nich bezpłatne szkolenia, a także opiniuje wnioski o dotacje dla okręgowych izb lekarskich, które takie szkolenia chcą organizować. To tutaj odbywają się także konferencje organizowane przez komisje problemowe, a bywało, że na posiedzenie NRL przyjeżdżał Minister Zdrowia, by rozmawiać z lekarzami. Niestety, rożnie bywało z obietnicami składanymi przez ministra w NIL. Naczelna Rada Lekarska robi jednak swoje i nie ustaje w opiniowaniu pomysłów rządu. – Nasze pisma, apele, protesty, propozycje nie idą w niebyt. Minister czuje i zawsze będzie czuł na plecach oddech samorządu lekarskiego – podsumowuje Maciej Hamankiewicz. ■

– Mój poprzednik to człowiek z charyzmą, tytan pracy, który sam realizował większość zadań. Moją ideą jest rozdzielanie ich pomiędzy innych pełniących różne funkcje w strukturach NIL, a także pracowników biura. [...] System zadaniowy wyzwala inicjatywę, inspiruje i daje możliwość wykazania się w różnego rodzaju aktywnościach. Sprawdził się, o czym świadczy wysoka ocena pracy NRL i NIL przez XII Krajowy Zjazd Lekarzy – tłumaczy Maciej Hamankiewicz.

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Władysława Sidorowicza

I przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej w latach 1990-1992, współzałożyciela Izby, senatora dwóch kadencji, ministra zdrowia w rządzie Jana Krzysztofa Bieleckiego, uczestnika obrad Okrągłego Stołu, przez całe życie zawodowe związanego z wrocławskimi placówkami ochrony zdrowia.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy najgłębszego współczucia oraz słowa otuchy i wsparcia w trudnych chwilach składają lek. Jacek Chodorski – prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz członkowie DRL

Z wielkim żalem i smutkiem przyjęliśmy informację o śmierci

Władysława Sidorowicza

lekarza psychiatry, działacza „Solidarności" współtwórcy reaktywowania izb lekarskich, delegata na I Krajowy Zjazd Lekarzy, pierwszego Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej we Wrocławiu, byłego Ministra Zdrowia.

Rodzinie i Najbliższym składamy wyrazy współczucia Maciej Hamankiewicz wraz z Naczelną Radą Lekarską

Co z tą składką

Z **Leszkiem Dudzińskim**, przewodniczącym Komisji Finansowo-Budżetowej Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Uchwałą XII Krajowego Zjazdu Lekarzy od 1 lipca tego roku wysokość odpisu finansowego na rzecz NIL wynosi 15 proc. od kwoty składek, które wpłynęły na konta w okręgowych izbach lekarskich w poprzednim miesiącu kalendarzowym. Na czym polega istota tej zmiany i jakie to będzie miało przełożenie na budżet NIL?

Dotychczas odpis na rzecz NIL odprowadzało się od składki należnej, obecnie jest ona częścią składki zebranej w danym miesiącu. Różnica jest więc zasadnicza. Trudno na razie wyrokować, w jakim stopniu nowy mechanizm ustalania składki wpłynie na budżet NIL, ponieważ nie wiemy, o jakich kwotach mówimy i czy sposób ten jest lepszy od poprzedniego, ale na pewno należy liczyć się ze zmniejszeniem środków finansowych w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej. Wszystko stanie się jasne dopiero po kilku miesiącach.

Nowy sposób odpisu na rzecz NIL wzbudza wiele emocji w środowisku lekarskim, także wśród członków Naczelnej Rady Lekarskiej...

I nie ma się czemu dziwić, gdyż jest podszyty dyskusją na temat wysokości składki. Ten temat zawsze był trudny, ale nie uciekniemy od niego. Część środowiska jest za tym, aby podwyższyć składkę do 60 zł, część jest temu zdecydowanie przeciwna. Z decyzją należy poczekać do czasu, kiedy będzie więcej danych na temat skutków wprowadzenia nowego sposobu odpisu finansowego na rzecz NIL. Jest już wyłoniony specjalny zespół wywodzący się z członków Konwentu Prezesów, który wspólnie z Komisją Finansowo-Budżetową NIL przyjrzy się temu bliżej, aby decyzje w tej sprawie były poparte konkretami. W sytuacji, kiedy górę zaczynają brać emocje, jest to najlepsze rozwiązanie. Chodzi o to, aby na ten temat wypowiedzieli się prezesi okręgowych rad, skarbnicy. Trzeba jednak zaznaczyć, że także NIL ma ustawowo określone zadania i żeby je realizować, potrzebuje środków finansowych. Decyzje w sprawie składki muszą być więc wyważone i dalekie od populistycznych podtekstów. Znana jest w środowisku opinia, że samorząd nie robi nic, a tylko „przejada" członkowskie pieniądze i przeciwnikom podniesienia składki tego rodzaju opinie są bardzo na rękę. Trzeba sobie jednak zdawać sprawę z tego, że poszerza się zakres zadań i działań podejmowanych przez NIL i koszty ich realizacji będą rosły. Rzecz w tym, by w transparentny sposób wskazać, na co wzrost przychodów będzie przeznaczony. Na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy delegaci wystosowali apel, aby NRL zajęła się też uproszczeniem zasad zwolnienia ze składki i to także będzie ważne przy opracowywaniu symulacji kosztów. Wiele głosów było za tym, aby procentowo naliczać składkę na samorząd lekarski, ale to jest proste wszędzie tam, gdzie są zawarte umowy o pracę i wynagrodzenia są stałe. W przypadku zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych, sprawa się komplikuje. W takich sytuacjach dochodów się nie ujawnia. Możliwe jest odniesienie do najniższego wynagrodzenia i tego rodzaju rozwiązanie jest brane pod uwagę, ale jeśli w zapisie znajdzie się możliwość waloryzacji składki.

Czy są powody, by się martwić, że w związku z wprowadzeniem zmian w odpisie składki na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej stabilność finansowa izby może być zachwiana?

Samorząd istnieje od 25 lat, zdążył w tym czasie okrzepnąć i zgromadzić majątek, którym dysponują zarówno okręgowe izby, jak i naczelna. Nie ma więc zagrożenia co do płynności finansowej. Jeśli chodzi o NIL, miniony rok zamknął się zyskiem wynoszącym 298 tys. zł. Wprawdzie nie jest to kwota powalająca, pozwala spokojnie spać, realizować codzienne zadania, ale czy planować przyszłość? Można więc powiedzieć, że żadnego załamania nie widać, ale w sytuacji zmian zasad odpisu na NIL trudno będzie nam rozwijać nowe sfery działalności. Dopóki nie ustalimy, co z tą składką, stoimy przed wielką niewiadomą. A trzeba przypomnieć, że czas goni i już musimy opracowywać zasady konstruowania budżetu na rok 2015 i bez ustaleń, jaka będzie składka, to trudne przedsięwzięcie. Na posiedzeniach komisji wyraźnie widać, że oczekiwania środowiska wobec izby są coraz większe, rodzą się nowe pomysły, zadania i potrzeba więcej pieniędzy. To od nich w dużej mierze zależy siła naszej korporacji, kreatywność i rozwój. W moim odczuciu właśnie nadszedł czas, aby te sprawy definitywnie rozstrzygnąć i uregulować. Oczywiście jeszcze wnikliwiej analizując wykonanie ubiegłego budżetu, bo na pewno są jeszcze takie obszary, gdzie można ograniczyć koszty, ale są takie rejony, choćby

Musimy być otwarci na zmiany zarówno te zewnętrzne, jak i w naszych wewnętrznych strukturach, jednocześnie mając zawsze na uwadze, że przede wszystkim jesteśmy lekarzami i decyzje, które podejmujemy, mają służyć wykonywaniu tego wolnego zawodu, umacnianiu jego pozycji w społeczeństwie.

FOTO: Marta Jakubiak

poprawa wizerunku samorządu lekarskiego czy odbudowanie zaufania społeczeństwa do lekarza, gdzie trzeba zainwestować.

Czy zawirowanie wokół odpisu i wysokości składki może pociągnąć za sobą konieczność przebudowania tegorocznego budżetu?

Wprawdzie pojawiły się wydatki nie do końca zaplanowane, mam tutaj na myśli uroczystości związane z jubileuszem 25-lecia samorządu lekarskiego (wciąż dyskutujemy, jak podzielić się jednak kosztami z okręgowymi izbami), nie wydaje mi się, aby mogło dojść do jakiejś zapaści i konieczna była korekta budżetu. Nic nie jest jednak przesądzone, dopiero po podsumowaniu pierwszego półrocza będziemy wiedzieli, na czym stoimy.

Nie obawia się pan ciężaru odpowiedzialności i głosów niezadowolenia?

Zadania Komisji Finansowo-Budżetowej NRL są szczegółowo określone – ocena bieżącego stanu finansów, wykonania budżetu i kształtowanie gospodarki finansowej na przyszłość. Szczególnie to ostatnie zadanie nie jest łatwe, ponieważ nie wszystko, co jest przedmiotem działania NIL, może się bilansować. Dlatego zawsze trzeba będzie rozważyć, co jest ważniejsze – pieniądze czy interes korporacji, za którym zawsze stoi interes każdego pojedynczego lekarza. Od kilku lat zarządzam uniwersyteckim szpitalem w Olsztynie, jestem skarbnikiem w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej, z finansami mam więc do czynienia na co dzień i kwestia próby bilansowania przychodów z kosztami nie jest mi obca. W komisji będziemy więc wypracowywać propozycje, nie wykluczam, że mogą być one nowatorskie, może kontrowersyjne, ale decyzje zawsze będzie podejmowała Naczelna Rada Lekarska. Oczywiście tam, gdzie w grę wchodzą pieniądze, ciężar odpowiedzialności jest duży, ale jestem dobrej myśli. Uważam, że rozstrzygając spory siłą argumentów, można wiele osiągnąć. Jedno jest pewne, trudno dziś sobie wyobrazić sprawnie funkcjonującą izbę bez infrastruktury – sekretarek, odpowiednich działów, prawników... a to są koszty. To funkcjonuje automatycznie, ale tak naprawdę wymaga ciągłej metamorfozy, ponieważ w zarządzaniu wiele się zmienia. Był czas budowania majątku, czas na outsourcing, rozwijania sfery dydaktycznej związanej z ustawicznym kształceniem – to wszystko pozwoliło nam znaleźć się w obecnym punkcie, ale droga była długa i wyboista.

Jaki kierunek działania przyjmie Komisja Finansowo-Budżetowa, jaka będzie jej rola w racjonalizowaniu wydatków na działalność NIL?

Musimy być otwarci na zmiany, zarówno te zewnętrzne, jak i w naszych wewnętrznych strukturach, jednocześnie mając zawsze na uwadze, że przede wszystkim jesteśmy lekarzami i decyzje, które podejmujemy, mają służyć wykonywaniu tego wolnego zawodu, umacnianiu jego pozycji w społeczeństwie. Jesteśmy zobowiązani do tego, aby pomagać kolegom podnosić kwalifikacje, budować ich własne praktyki od początku rozpoczęcia ich kariery zawodowej. Myślę, że w obecnej rzeczywistości jest to najważniejsze. Nie możemy jednak zapominać, że przez ostatnie 25 lat, a więc od początku reaktywowania samorządu lekarskiego, sytuacja geopolityczna znacząco się zmieniła. Wchodząc do Unii Europejskiej, otworzyliśmy się na świat, co jest korzystne dla całego środowiska i dla pojedynczego lekarza również. To dało możliwość skonfrontowania się z kolegami lekarzami wykonującymi ten zawód w świecie. Mam na myśli dostęp do nowoczesnych technologii i materiałów, wiedzy, co jest niezbędne, by rozwijać się naukowo, a także do zarabiania większych pieniędzy. Z satysfakcją należy zaznaczyć, że coraz więcej kolegów lekarzy decyduje się pracować na własny rachunek, a to z jednej strony daje wolność, z drugiej niezależność materialną. Oczywiście są jeszcze miejsca w Polsce, gdzie lekarzom żyje się gorzej, ale z perspektywą na poprawę. Należę do pokolenia, które pamięta jeszcze przychodnie rejonowe i wynagrodzenia, z których nie sposób było się utrzymać. Nasze działania jako komisji powinny więc uwzględniać te aspekty, powinniśmy przewidywać, co przyniesie ze sobą życie i pod tym kątem planować oraz racjonalizować wydatki NIL. Po ostatnich wypowiedziach na posiedzeniach NRL być może jestem odbierany jako ten, który broni składki 40-złotowej, ale chodziło mi tylko o to, aby rada podejmowała decyzje po dogłębnym przeanalizowaniu sytuacji finansowej i okoliczności, które mogą zaistnieć. To są zbyt poważne sprawy, aby decyzje podejmować ad hoc.

A czy nie wydaje się panu, że właśnie zbyt pochopnie podjęto uchwałę na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy w sprawie 15 proc. odpisu na NIL?

Trudno to oceniać, natomiast na pewno nie do końca przewidziano legislacyjne konsekwencje tego zapisu. Dopiero po fakcie, kiedy analizuje się szczegółowo ten zapis, okazuje się, że by go zrealizować, trzeba naginać przepisy. Dlatego jestem zwolennikiem podejmowania wszelkich decyzji, a w sprawie pieniędzy w szczególności, z rozwagą, po wnikliwych analizach problemu, aby wynikające z nich wnioski mogły stanowić merytoryczną wykładnię. Pamiętajmy przy tym, że wykonujemy zawód wymagający ustawicznego kształcenia, pamiętajmy, że w tym zawodzie, aby móc czerpać z jego dokonań, musi istnieć relacja mistrz – uczeń i niezależnie od naszych dochodów, te wartości należy kultywować. ■

Na posiedzeniach komisji wyraźnie widać, że oczekiwania środowiska wobec izby są coraz większe, rodzą się nowe pomysły, zadania i potrzeba więcej pieniędzy.

Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Zrozumieć i zobaczyć

Natura dała nam dwoje oczu, dwoje uszu, ale tylko jeden język po to, abyśmy więcej patrzyli i słuchali, niż mówili.

Sokrates

Słyszymy prawie wszyscy, ale tylko niewielu z nas potrafi słuchać. Słuchanie tego, co mówią inni, wymaga szczególnej umiejętności, którą – jak się okazuje – raczej niewielu z nas posiada, ponieważ głównie lubimy mówić i marzymy o tym, żebyśmy byli słuchani i podziwiani. Zapominamy jednak, że do spełnienia tego marzenia trzeba znaleźć słuchacza, który zechce słuchać ze zrozumieniem tego, o czym mówimy. Tak naprawdę jest coraz więcej słuchających, którzy czekają tylko na moment, aby sami mogli zacząć mówić, żeby popisać się swoją erudycją i wielkim zasobem modnych słów z różnych dziedzin życia. Nie liczy się to, czy inni zrozumieją wypowiedź mówcy, gdyż ważne jest, aby słuchacza zaszokować i pokazać, jakim jest się mądrym, chociaż nie zawsze użyte słowa są właściwe i tak naprawdę niewielu słuchaczy je zrozumie. Jednak to się nie liczy. Ważne jest, aby zabłysnąć na chwilę, przecież później zawsze można powiedzieć, że mówiło się i zaistniało na scenie.

Często mam wrażenie, że nie tylko nie słuchamy siebie nawzajem, ale wręcz mówimy innymi językami, zrozumiałymi tylko dla nas samych. Politycy, posłowie, samorządowcy i pracownicy różnych ministerstw mówią, wierząc uparcie w swoje racje, nie słyszą innych wypowiedzi, bo nie chcą słyszeć, przekonani o swojej nieomylności, są głusi. Podobnie jest z postrzeganiem. Patrzymy, a jednak nie widzimy. Nie dostrzegamy tego, co dzieje się w danej chwili, i tego, co jest ważne zarówno dla nas, jak i dla innych.

Często mam wrażenie, że nie tylko nie słuchamy siebie nawzajem, ale wręcz mówimy innymi językami, zrozumiałymi tylko dla nas samych.

Podczas pobytu w Meksyku kilkakrotnie próbowałam różnymi aparatami zrobić sobie zdjęcie przy słynnym drzewie. Na wielu było drzewo, ale na żadnym nie było mnie. Towarzystwo stwierdziło, że pewnie w kraju Azteków jestem duchem i dlatego nie występuję na zrobionych tam fotografiach. W kulturze Indian byłam niewidzialna, więc mogłam mieć tylko zdjęcia widokówki. No i jak tu pochwalić się, że tam byłam? Sytuacja zmieniła się od pewnego spaceru z indiańską szamanką nad brzegiem oceanu. Nie wszystko, co mówiła, zrozumiałam, ale od tego czasu już nie miałam jedynie widokówek, ale na zdjęciach byłam też ja. Po prostu przestałam być niewidzialna. Również w naszej ojczyźnie zdarzają mi się sytuacje, szczególnie przy wejściach, gdzie drzwi otwierane są na fotokomórki, że mnie nie chcą zobaczyć, a ponieważ u nas nie ma szamanów, to czekam, aż jakaś materialna osoba zechce wejść i wtedy szybko za nią przemykam. Znalazłam dla siebie sposób na polską niewidzialność.

Zastanawiam się, czy celem wszystkich naszych działań ma być stawanie się niewidzialnymi i niesłyszalnymi. W ostatnich czasach to my, lekarze, dla decydentów jesteśmy niewidzialni. Według oświadczenia NFZ, a także Trybunału Konstytucyjnego, nie ma lekarzy, a są świadczeniodawcy, czyli podmioty udzielające świadczeń medycznych. Więc nawet nasz samorząd zawodowy nie może stanąć w obronie lekarzy – świadczeniodawców, gdyż reprezentuje jedynie lekarzy, a nie świadczeniodawców, a przecież świadczeniodawcą może być każdy, nie tylko lekarz. Ponadto dla naszych pacjentów, o przepraszam, świadczeniobiorców, też jesteśmy niewidzialni, oni dla nas także. W gąszczu bzdurnych przepisów ludzie stają się niewidzialni, widoczne są tylko zapisane słowa i nazwy powodujące, że stajemy się niewidzialnymi, pozbawionymi człowieczeństwa produktami i producentami usług zdrowotnych. Już sama nie wiem, kim jesteśmy: czy biorcami i dawcami usług, czy ludźmi – a może przegapiłam wykreślenie z języka polskiego słów lekarz, pacjent, człowiek. Tradycyjnie okres wakacyjny to czas przyspieszonego wprowadzania nowych przepisów legislacyjnych przez polski Parlament. Właśnie z propozycji jednego z ostatnich rozporządzeń Ministra Zdrowia dowiedziałam się, że wprowadza się je dla zbadania stanu zdrowia świadczeniobiorców w celu przygotowania wniosków dla oceny zdrowia społeczeństwa i przygotowania działań profilaktycznych. Nie wiem już, czy się śmiać, czy płakać. Pytam, kim w takim razie jest to społeczeństwo i jak się do niego mają świadczeniobiorcy, czy jeżeli nie jest się biorcą usług, to czy się jest czy nie częścią społeczeństwa?

Szkoda, że w zarządzaniu polską opieką zdrowotną, a szczególnie wśród twórców przepisów prawnych, brakuje indiańskich szamanów, którzy przywróciliby nam, Polakom, materialną powłokę, żebyśmy mogli siebie wzajemnie zobaczyć, usłyszeć i zrozumieć. ■

Specjalistyczne leczenie stomatologiczne ze skierowaniem?

Agnieszka Ruchała-Tyszler

Lekarz dentysta, wiceprezes NRL

Temat ten został wywołany rządowym projektem zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zakładał wprowadzenie takiego skierowania do lekarzy okulistów i dermatologów.

Prześledźmy, jakie byłyby plusy i minusy, a także sens takich skierowań do lekarzy dentystów, specjalistów mających kontrakty z NFZ.

Obecnie dostęp do leczenia stomatologicznego, w tym do specjalistycznego, nie wymaga posiadania skierowania. Pacjent, który chce skorzystać z leczenia, może się udać do wybranego specjalisty stomatologa i skorzystać z jego pomocy.

Opieka stomatologiczna w Polsce realizowana jest głównie przez podmioty prywatne (praktyki zawodowe lub przedsiębiorstwa lecznicze). Część z tych podmiotów ma podpisaną umowę na leczenie w ramach ubezpieczenia powszechnego. Około 1/3 lekarzy dentystów pracuje w tzw. systemie NFZ. W opiece stomatologicznej w ramach ubezpieczenia społecznego nie funkcjonuje tzw. lekarz rodzinny, tak jak ma to miejsce w opiece ogólnolekarskiej. Warto zwrócić uwagę, że pacjent, który korzysta z leczenia w gabinecie nieposiadającym umowy z publicznym płatnikiem, może zostać skierowany do gabinetu realizującego leczenie w ramach NFZ. Odbywa się to na zasadzie informacji ustnej bądź pisemnego skierowania.

Leczenie stomatologiczne, w tym świadczenia specjalistyczne w ramach ubezpieczenia powszechnego, jest określone w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Rozporządzenie to zawiera 10 zakresów świadczeń stomatologicznych, składających się na tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych. Do zakresu świadczeń stomatologicznych, w których wymagane jest posiadanie specjalizacji, należy leczenie z wykorzystaniem znieczulenia ogólnego, świadczenia z chirurgii stomatologicznej i periodontologii, ortodoncji, protetyki stomatologicznej czy leczenie pacjentów po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki. Oczywiście pacjent w ramach leczenia specjalistycznego nie może otrzymać wszelkich świadczeń dostępnych i znanych we współczesnej stomatologii, gdyż zakres leczenia jest ograniczony do danych procedur znajdujących się we wspomnianym „koszyku" usług.

Potrzebę wprowadzenia skierowań należy rozważać w dwóch aspektach. A mianowicie: czy istnieją kolejki do leczenia specjalistycznego, a także jakie byłyby konsekwencje po wprowadzeniu takiego obowiązku.

Ogromna rzesza pacjentów nie wie, że przychodnie lekarskie są już w większości w rękach prywatnych. Stąd długie kolejki w tych jednostkach, które przejęły schedę po jednostkach kiedyś państwowych.

Aspekt kolejkowy...

Problem istnienia kolejek nie jest taki jednoznaczny. Do specjalisty można dostać się bez oczekiwania lub czekać blisko rok. Przykład: w Opocznie, Legnicy, Chełmie, Olkuszu kolejek do chirurga właściwie nie ma. W dużych miastach czas oczekiwania na wizytę jest różny, np. w Szczecinie do specjalisty chirurga są miejsca, gdzie kolejek brak, ale są też takie, gdzie trzeba czekać około 98 dni. Podobna sytuacja jest w pozostałych specjalnościach. Może mieć na to wpływ niedoinformowanie pacjenta, jego przyzwyczajenia do leczenia w danej placówce lub dogodna lokalizacja gabinetu. Paradoksalnie pacjent uważa, że leczenie „za darmo" przypisane jest „przychodniom", które istniały za czasów PRL-u. Ogromna rzesza pacjentów nie wie, że przychodnie lekarskie są już w większości w rękach prywatnych. Stąd długie kolejki w tych jednostkach, które przejęły schedę po jednostkach kiedyś państwowych. Wpływ na długość kolejki ma też fakt, że pacjenci zapisują się do kilku lekarzy równocześnie, stąd wykazywani są w wielu miejscach. Z pewnością po wprowadzeniu rejestrowanych skierowań byłoby to niemożliwe i urealniłoby kolejki.

Aspekt prawny…

W całym katalogu świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ są procedury, które może wykonywać zarówno lekarz ze specjalizacją, jak i bez niej, np. usunięcie zęba czy wykonanie protezy. Należałoby założyć, że do specjalisty byłyby kierowane po wprowadzeniu skierowań tylko najcięższe przypadki, wymagające wiedzy specjalistycznej. W wyniku tego kolejki do specjalisty uległyby skróceniu, a pacjenci zyskaliby szybszy dostęp do leczenia specjalistycznego. A jeśli kolejek nie ma albo są krótkie? Wtedy wprowadzenie takiego wymogu spowoduje sytuację, w której pacjent będzie zmuszony do odbycia większej ilości wizyt. Trzeba też założyć, że wprowadzenie skierowań do specjalisty wydłuży kolejki do niespecjalisty i może tym samym spowolnić system opieki zdrowotnej.

Ze względu na to, że system opieki stomatologicznej znacznie różni się od opieki ogólnomedycznej,

pojawia się kolejna wątpliwość: czy do wystawiania skierowań uprawniony byłby jedynie lekarz posiadający umowę z NFZ? A co ze znaczną liczbą lekarzy dentystów praktykujących prywatnie i ich pacjentami?

Ważnym argumentem jest finansowanie skierowania. NFZ musiałby zapłacić za przeprowadzenie badania zakończonego skierowaniem. Należałoby wtedy zastanowić się, czy po wprowadzeniu takiego rozwiązania zwiększyłyby się nakłady na stomatologię? Czy część środków nie zostanie przeznaczona na zakup płatnych porad niespecjalistycznych kończących się skierowaniem do specjalisty? Czy nie doprowadziłoby to w konsekwencji do zmniejszenia dostępu pacjenta do leczenia specjalistycznego? Obecnie pacjent sam udaje się do specjalisty, gdy uzna, że potrzebuje leczenia specjalistycznego. Aby „nie wylać dziecka z kąpielą", należałoby przeprowadzić jak najdokładniejszą symulację finansową.

Ale nie tylko symulacja kosztów byłaby tu potrzebna, także wiedza, jak taka regulacja wpłynie na możliwość kształcenia kadr medycznych. Możliwym jest bowiem, że przy zmniejszeniu wykonywania zabiegów tzw. specjalistycznych, ich ilość stałaby się niewystarczająca do szkolenia przyszłych specjalistów, gdyż jednostki akredytowane nie miałyby możliwości przeprowadzenia wystarczającej do zaliczenia szkolenia liczby procedur.

Jedno jest pewne – wprowadzenie skierowań stałoby się kolejnym obciążeniem biurokratycznym dla lekarza oraz kolejnym narzędziem kontrolnym w rękach NFZ. A mając na uwadze „łaskawość" NFZ, nie liczyłabym na jego przychylność…

P.S. Serdecznie dziękuję mec. Michałowi Kozikowi z Zespołu Radców Prawnych NIL za opracowanie informacji prawnej. ■

Kontraktowe *déjà vu*

Anita Pacholec

Lekarz dentysta, członek KS NRL, przewodnicząca zespołu ds. współpracy z NFZ i MZ

No i jesteśmy po kolejnym procesie kontraktowania usług stomatologicznych. NFZ pozostał głuchy na nasze uwagi o nietrafności decyzji przeprowadzania go w połowie roku.

Nerwowość po obu stronach i pośpiech, w jakim prowadzono całe postępowanie, potwierdza tylko słuszność naszych sugestii o przeniesieniu kontraktowania na kolejne półrocze. Dałoby to czas obu stronom na spokojne przystąpienie do nowych umów z nowym rokiem. Było jednak, jak zwykle.

We wszystkich oddziałach, które ogłosiły konkurs, czas na złożenie ofert był tak minimalny, jak tylko pozwala ustawa, czyli 14 dni na przełomie lutego i marca. Tylko bydgoski NFZ zaspał i ogłosił konkurs 11 kwietnia. Niektóre oddziały zorganizowały szkolenia dla oferentów, tak było np. w Małopolsce, na Opolszczyźnie czy Śląsku. Jednak wszędzie standardem, poza oddziałem lubuskim, był bardzo utrudniony kontakt z biurami konkursowymi, w których telefony były zawsze zajęte.

Negocjacje nie zaskoczyły nikogo – jak zwykle fikcja. Pozycja monopolisty w takich sytuacjach jest niezwykle satysfakcjonująca. Niestety, pracownicy NFZ również nie ustrzegli się arogancji. W celu poprawy rankingowania oferty zmuszano lekarzy do dużego obniżenia ceny, (zaproponowania dodatkowej, poza wymaganą), popołudniówek lub pracy dodatkowo w soboty, często poza podstawowym harmonogramem. Ciekawostką, przynajmniej w kujawsko-pomorskim, było to, że pośpiech zmusił do prowadzania negocjacji nawet w soboty i niedziele, a telefony z informacją: „Proszę przyjechać za dwie godziny", nie były rzadkością.

W większości województw obniżono wartość tzw. etatu przeliczeniowego, w kujawsko-pomorskim, podkarpackim i wielkopolskim z 15 tys. na 12 tys. pkt. Biorąc pod uwagę, że wymagane jest do niego nadal 30 godz. pracy, to de facto zmniejszono wartość godziny pracy lekarza o 25 proc. Najgorsza sytuacja jest jednak w województwie śląskim, gdzie etat ustalono na 8,5 tys., co daje obniżenie finansowania o 44 proc. Różna jest też wartość uzyskana za punkt w kontrakcie ogólnostomatologicznym: od 0,94 zł w mazowieckim do 1,14 zł w Wielkopolsce. W lubelskim uzależniono wartość punktu od etatu przeliczeniowego: przy 10 tys. – 1,15 zł, przy 12 tys. – 1,05 zł.

Powszechne było również obniżanie części przyznanego etatu. Częściej niż do tej pory przyznawano tylko pół etatu, zwłaszcza w miastach. Przy obniżonym finansowaniu punktu i nieproporcjonalnie wydłużonym czasie pracy (asysta na jego 50 proc.), praca zaczyna być nieopłacalna.

Jak widać, jest coraz trudniej. Kryzys skłania większą liczbę lekarzy do zawierania współpracy z NFZ, który ma przecież pozycję monopolisty. To sprawia, że fundusz zaczyna pozwalać sobie na wolną amerykankę. Bezspornie jedną z przyczyn takiej sytuacji jest nadmiar dentystów w Polsce. Rodzi się więc pytanie o przyszłość, dalsze zmiany i kształt opieki stomatologicznej w naszym kraju. Trudno oprzeć się wrażeniu, że jeśli Ministerstwo Zdrowia nadal będzie postępowało w taki sposób jak do tej pory, to w całkiem niedalekiej perspektywie możliwe będzie wyeliminowanie usług stomatologicznych ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Czy to realne, dobre czy złe, w całości czy w części? Nie wiem i odpowiedź na te pytania wcale nie jest prosta, ale może już teraz powinniśmy zacząć zastanawiać się nad nimi. ■

Lekarz przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Małgorzata Serwach

Uniwersytet Łódzki

Wzorowany na szwedzkim modelu uproszczony system kompensacji szkód medycznych ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego. Lekarz nie jest podmiotem, który ponosi bezpośrednią lub chociażby pośrednią odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego, a wezwany przez Komisję, ma status świadka.

Ustawodawca, wprowadzając nowe regulacje, umożliwił pacjentowi (w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercom) dokonanie swobodnego wyboru, czy skieruje sprawę do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, aby uzyskać odszkodowanie najprawdopodobniej w niższej wysokości niż przed sądem (maksymalnie do wysokości 100 tys. zł), ale:

- pewniej (wystarczy ustalenie niezgodności postępowania lekarza z aktualną wiedzą medyczną),
- szybciej (termin na wydanie orzeczenia przez Komisję wynosi cztery miesiące od chwili złożenia wniosku),
- taniej (niezależnie od kwoty dochodzonego świadczenia wstępna opłata wynosi 200 zł). Wprawdzie koszty te mogą wzrosnąć, ale praktyka dowodzi, że co najwyżej o koszty opinii biegłego w maksymalnej wysokości 450 zł. Natomiast w przypadku uzyskania orzeczenia o zdarzeniu medycznym pacjent jako wygrany uzyskuje zwrot opłaty wstępnej, co czyni to postępowanie de facto bezpłatnym i zwiększa jego „atrakcyjność" dla pacjenta.

Postępowanie przed Komisją nie ma charakteru postępowania sądowego. Możliwość odwołania do sądu mogłoby zniwelować bowiem jego istotę jako postępowania ugodowego. Inną kwestię stanowi fakt, że ze względu na przedmiot sprawy (zdarzenia medyczne), charakter roszczeń pacjentów (odszkodowanie i zadośćuczynienie) oraz odwołanie w zakresie proceduralnym oraz egzekucyjnym do odpowiednich przepisów k.p.c. (orzeczenie Komisji może stanowić tytuł wykonawczy), postępowanie przed Komisją stanowi swoistego rodzaju kopię takiego postępowania.

Postępowanie przed Komisją nie ma charakteru postępowania sądowego. Możliwość odwołania do sądu mogłoby zniwelować bowiem jego istotę jako postępowania ugodowego.

Pozycja lekarza przed Komisją

W praktyce istotne jest, że lekarz nie jest podmiotem, który ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego, a wezwany przez Komisję ma status świadka. Pomimo stanowiska wyrażonego przez NIL we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego nie jest też pozbawiony obrony. Jego argumenty mogą być przywołane w stanowisku szpitala, które w terminie 30 dni od przekazania podmiotowi leczniczemu kopii wniosku powinno być przedstawione Komisji. Na każdym etapie postępowania lekarz może być też wezwany, na wniosek podmiotu leczniczego, w celu złożenia wyjaśnień. Pełnomocnik szpitala może także złożyć Komisji pisemne wyjaśnienia lekarza, z którego zachowaniem łączy się możliwość wystąpienia zdarzenia medycznego. Co najważniejsze, niezależnie od podmiotu leczniczego, a niekiedy samego wnioskodawcy, Komisja może z własnej inicjatywy wezwać lekarza w celu wysłuchania jego argumentów lub umożliwienia mu przedstawienia własnego stanowiska. Niekiedy jest to niezbędne dla prawidłowego wyjaśnienia wszystkich okoliczności rozpatrywanej sprawy. Praktyka pokazuje, że lekarze w wielu przypadkach wzywani są na posiedzenia Komisji. Co ciekawe, doświadczenia wielu Komisji wskazują, że nie tylko lekarze nie wskazują na brak możliwości obrony przed Komisją, ale w ogóle nie są zainteresowani wzięciem udziału w sprawie. Wielokrotnie wzywani, nie stawiają się na posiedzenia, przy czym Komisja ma ograniczone możliwości wyciągnięcia wobec nich sankcji. Nie ma uprawnienia do nałożenia grzywny na lekarza, który uporczywie nie stawia się na posiedzenia w celu złożenia wyjaśnień.

Prawo do odwołania

Najważniejsze jest jednak to, że lekarz, nie ponosząc bezpośrednio materialnej odpowiedzialności z powodu wystąpienia zdarzenia medycznego, nie ma też uprawnienia do złożenia środka odwoławczego. Wątpliwości praktyczne rodziłaby sytuacja, w której na skutek odwołania lekarza szpital, który po raz drugi przegrałby sprawę, ponosiłby z tego tytułu dodatkowe koszty, chociaż sam nie był zainteresowany ponownym jej rozpatrzeniem. Jeszcze więcej zastrzeżeń powstawałoby, gdyby lekarz nie współdziałał z przedstawicielem szpitala lub jego pełnomocnikiem, składając w toku postępowania przeciwne

wnioski lub środki dowodowe. W ten sposób po jednej stronie występowałaby kolejna osoba, a przewidziane obecnie uczestnictwo w sprawie szpitala oraz ubezpieczyciela daje już wiele możliwości powstawania wewnętrznych konfliktów.

Przyznanie lekarzom prawa do wniesienia środka odwoławczego w postaci możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, bez wprowadzenia analogicznego uprawnienia dla innych osób wykonujących zawód medyczny, z których postępowaniem może łączyć się wystąpienie zdarzenia medycznego (pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni), mogłoby też spotkać się z zarzutem naruszenia konstytucyjnej zasady równości, różnicując sytuację prawną różnych podmiotów, które mogły doprowadzić do powstania zdarzenia medycznego.

Odpowiedzialność lekarza

Wprowadzenie do polskiego sytemu opieki zdrowotnej systemu kompensacji szkód medycznych, w sposób – chyba nawet przez ustawodawcę nieprzewidziany – wydaje się być korzystny dla lekarzy oraz innych osób wykonujących zawód medyczny, z których postępowaniem może łączyć się powstanie zdarzenia medycznego. Lekarz, popełniając błąd, nie ponosi bowiem materialnych konsekwencji wyrządzonej przez siebie szkody. Odpowiedzialność ta leży przede wszystkim po stronie podmiotu leczniczego, który zobowiązany jest do złożenia pacjentowi propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, lub ponosi pewne wydatki z góry, zawierając umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych i opłacając składkę. Nawet jednak w tym ostatnim przypadku będzie ponosił konsekwencje wystąpienia zdarzenia medycznego w postaci obowiązku pokrycia kosztów postępowania przed Komisją. Poza tym pacjent, który przyjmie zaproponowaną mu kwotę świadczenia, zrzeka się podnoszenia dalszych roszczeń odszkodowawczych. Lekarz nie musi zatem obawiać się, że pacjent wystąpi do sądu cywilnego o uzyskanie świadczenia uzupełniającego. Przeciwnie, może mieć pewność, że niezależnie od formy wykonywania czynności zawodowych (umowa o pracę, tzw. kontrakt) nie poniesie majątkowych konsekwencji swojego działania lub zaniechania. Gdyby nie wprowadzono uproszczonego systemu dochodzenia roszczeń medycznych, pacjent mógłby skierować roszczenia bezpośrednio do lekarza (jego ubezpieczyciela), co mogłoby w konsekwencji wpłynąć na jego sytuację materialną, nawet w razie wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela. Nie ulega bowiem wątpliwości, że każda wypłata świadczenia powoduje pośrednie konsekwencje dla lekarza poprzez wzrost wysokości składki ubezpieczeniowej. Wyczerpanie sumy gwarancyjnej lub zwolnienie się przez ubezpieczyciela z odpowiedzialności powoduje jeszcze większe zagrożenia dla lekarza w postaci powstania jego osobistej odpowiedzialności. Tego rodzaju niebezpieczeństwo nie występuje w przypadku zaspokojenia roszczeń pacjenta w wyniku postępowania przeprowadzonego przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. ■

Wprowadzenie do polskiego sytemu opieki zdrowotnej systemu kompensacji szkód medycznych, w sposób – chyba nawet przez ustawodawcę nieprzewidziany – wydaje się być korzystny dla lekarzy oraz innych osób wykonujących zawód medyczny, z których postępowaniem może łączyć się powstanie zdarzenia medycznego.

Przejrzystość nowym standardem

Paweł Sztwiertnia

Dyrektor Generalny Związku Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

Współpraca innowacyjnych firm farmaceutycznych ze środowiskiem medycznym jest naturalnym i niezbędnym elementem systemu ochrony zdrowia. Polega ona na wzajemnym przekazywaniu wiedzy i jest niewątpliwie korzystna dla obu stron – bez zaangażowania lekarzy nie byłoby możliwe prowadzenie badań nad nowymi lekami oraz terapiami, a także monitorowanie ich skuteczności.

Mimo pozytywnego wpływu na rozwój medycyny, czasem współpraca ta spotyka się z negatywnymi ocenami. Nie zawsze opinia publiczna w pełni rozumie potrzebę i charakter oraz znaczenie tej współpracy. Nie jest to zjawisko charakterystyczne tylko dla Polski – na całym świecie widzimy, że społeczeństwa oczekują zwiększenia transparentności. Aby to umożliwić, powstał Kodeks Przejrzystości.

Kodeks Przejrzystości to dokument, który został przygotowany przez Europejską Federację Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA). Za jego adaptację i wdrożenie w Polsce odpowiada Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Wszystkie firmy zrzeszone w INFARMIE podpisały dokument jako samoregulację, która określa zasady udostępniania informacji na temat świadczeń, jakie dla firm wykonują przedstawiciele zawodów medycznych oraz organizacje ochrony zdrowia. Sygnatariusze Kodeksu będą od 2015 r. rejestrować świadczenia przekazane w wielu kategoriach, między innymi takich jak: opinie eksperckie, wykłady czy koszty udziału w konferencjach naukowych. Firmy chciałyby, aby świadczenia były przypisane do konkretnego lekarza, tak aby było jasne, jaką kwotą firma wsparła jego udział np. w konferencjach naukowych (bez podziału na konkretne wydarzenia). Oczywiście, aby to nastąpiło, niezbędna będzie dobrowolna zgoda lekarza na upublicznienie danych osobowych. Pierwsza publikacja raportów, zawierających dane za 2015 r., nastąpi do końca czerwca 2016 r. na stronach internetowych firm należących do INFARMY.

W Polsce Kodeks Przejrzystości przyjęło 30 innowacyjnych firm farmaceutycznych, a w Europie około 40. Kodeks ma charakter ogólnoeuropejski – będzie obowiązywał w 33 państwach.

Kodeks Przejrzystości nie jest wyjątkiem. Podobne regulacje prawne już funkcjonują. W Stanach Zjednoczonych czy we Francji są to zapisy ustawowe obowiązujące wszystkie firmy. Komisja Europejska w swoich wytycznych również zachęca państwa członkowskie do zwiększenia przejrzystości, jednak nie na mocy ustaw, ale samoregulacji. Ich przykłady można zobaczyć np. w Holandii czy Wielkiej Brytanii.

W przypadku holenderskiego Kodeksu Przejrzystości mieliśmy już okazję zobaczyć efekty upublicznienia danych osobowych, które miało podobny zakres do dokumentu INFARMY. W Holandii jest centralny rejestr, w którym firmy przedstawiają dane na temat każdego przedstawiciela zawodów medycznych lub organizacji ochrony zdrowia, któremu przekazano min. 500 EUR w skali roku. Wyszukiwanie konkretnych osób w bazie jest możliwe po nazwisku lub numerze wykonywania zawodu. Pierwsze udostępnienie danych, które nastąpiło w marcu 2013 r., spotkało się z umiarkowanym zainteresowaniem. Na stronę z raportem łącznie weszło wtedy ok. 61 000 osób. Później było to kilkaset wejść miesięcznie. Dla społeczeństwa okazał się ważny sam fakt udostępnienia informacji i możliwość sprawdzania ich na bieżąco. W rejestrze znalazło się 2100 przedstawicieli zawodów medycznych. Średnio każdy z nich otrzymał 2000 EUR.

Uważamy, że również w Polsce Kodeks Przejrzystości ma szansę w istotny sposób podnieść standardy współpracy firm ze środowiskiem medycznym. Jest także realną szansą na odbudowanie zaufania opinii publicznej, czyli głównie pacjentów, do tej współpracy.

Kluczową rolę dla powodzenia tej samoregulacji ma dobrowolna zgoda przedstawicieli zawodów medycznych na upublicznienie ich danych osobowych. Kodeks nie jest ustawą, która narzuca odgórnie rozwiązania. Wiedząc, że dotyczy on kwestii wrażliwych, zdecydowaliśmy się na rozłożenie w czasie wdrażania nowych zasad. Chcielibyśmy, aby jego stopniowe wprowadzanie opierało się na dialogu przede wszystkim ze środowiskiem medycznym, organizacjami pacjentów oraz organizacjami branżowymi i niezależnymi autorytetami z dziedziny etyki. Razem będziemy mogli skuteczniej radzić sobie z nieetycznym zachowaniem oraz walczyć ze szkodliwymi mitami.

Informacje o Kodeksie Przejrzystości i lista firm, które przyjęły Kodeks, znajdują się na stronie internetowej INFARMY (www.infarma.pl). Jego europejski wymiar można poznać, odwiedzając stronę internetową EFPIA (www.transparency.efpia.eu). ■

- Kodeks Przejrzystości został przyjęty przez firmy zrzeszone w INFARMIE w grudniu 2013 r.
- Od 2015 r. firmy zaczną rejestrować wszystkie świadczenia, jakie realizują dla nich eksperci medyczni i organizacje ochrony zdrowia.
- W 2016 r. na stronach firm nastąpi pierwsza publikacja raportów.
- Dane osobowe ekspertów, którzy współpracują z firmami farmaceutycznymi, będą udostępniane wyłącznie za ich pisemną zgodą.
- Kodeks Przejrzystości jest samoregulacją ogólnoeuropejską, wprowadzaną równocześnie przez 33 krajowe stowarzyszenia członkowskie EFPIA, jego zasad będzie przestrzegać ok. 40 innowacyjnych firm farmaceutycznych.

Kodeks Przejrzystości EFPIA/INFARMA – komentarz

Romuald Krajewski

Wiceprezes NRL

W medialnej świadomości społecznej współpraca przemysłu medycznego z lekarzami i innymi zawodami jest często postrzegana negatywnie. Jednak jest ona niezbędna dla rozwoju medycyny i tak jak wszystkie sprawy związane ze zdrowiem powinna cieszyć się zaufaniem.

Jawność jest jednym ze sposobów rozwiązywania konfliktu interesów i budowania zaufania. Lekarze nie muszą współpracy z przemysłem ukrywać. 2/3 naszego środowiska opowiada się za ujawnianiem korzyści otrzymywanych od przemysłu, ale inicjatywa INFARMY budzi także wątpliwości.

Informacje o korzyściach wynikających ze współpracy będą zbierane od 2015 r., a publikowane od połowy 2016 r. Firmy stosujące Kodeks Przejrzystości będą nakłaniały osoby otrzymujące korzyści do wyrażenia zgody na publikację.

Czy jest to działanie adekwatne do potrzeb? Czy publikowanie informacji o korzyściach byłoby naruszeniem prywatności? Czy wspólne działania w zakresie jawności zmienią społeczny odbiór współpracy? Prowadzimy na ten temat rozmowy w naszym środowisku, z INFARMĄ i z licznymi partnerami. Co myślą o tym Czytelnicy „Gazety Lekarskiej”? ■

Pijaryzm i medyczna demagogia

Józef Dolanowski

Lekarz rodzinny

Myśl do rozważań nad tym tematem poddał mi jeden z lekarzy wypowiadający się na forum znanego portalu medycznego. Apelował o zaangażowanie wszystkich organizacji lekarskich, a zwłaszcza izby lekarskiej, w budowanie pozytywnego wizerunku medialnego lekarza.

Pomysł nie jest nowy. Bodajże w 2003 r. nasz samorząd zastanawiał się nad profesjonalną kampanią medialną będącą odpowiedzią na jedną z fal wszechobecnej nagonki na ludzi pracujących w ochronie zdrowia. Tytuł „pijana karetka” gwarantował wtedy czytalność, tak jak dzisiaj liczy się głównie klikalność, więc tę samą sprawę można pokazać w momencie zaistnienia, potem ścigania, wyjaśniania, procesu sądowego. Tylko osoby dobrze zorientowane w temacie widzą, że tak naprawdę negatywnych zdarzeń jest bardzo mało, ale kreowanie ich obecności w mediach w ten sposób rozmnaża negatywny przekaz.

W pierwszej chwili pomyślałem, że toczenie walki medialnej jest niegodne stanu lekarskiego, że „cnota obroni się sama”, bo przecież znakomita większość z nas po prostu „tylko” ciężko pracuje w gąszczu absurdalnych przepisów, starając się pomóc chorym. Ale niestety, coraz dobitniej przekonujemy się, że przegrywamy, nie stosując się do zasad obowiązujących w mediokracji. Codzienna praca lekarska jest niemedialna, nasze zawodowe sukcesy nie nadają się na newsa, a kiedy będziemy próbowali wytłumaczyć, co to takiego jest EBM, przerwą nam w pół pierwszego zdania.

Miałem napisać, że decydentami polskiego systemu ochrony zdrowia rządzi medializm, ale natknąłem się na określenie pijaryzm, użyte chyba przez Igora Zalewskiego. Pijaryzm, czyli metoda przedstawiania sytuacji tak, żeby dobrze wyglądała lub odpowiednio została przekazana i wyjaśniana, jest olbrzymim zagrożeniem. Cytowany wyżej autor chciał zakazać politykom korzystania z usług firm public relations i specjalistów od wizerunku politycznego. Absolutnie nie chcę deprecjonować tych gałęzi nauk socjologicznych, ale źle się dzieje, gdy dyskusja o zdrowiu jest podporządkowana zasadom rządzącym w mediach.

Każda kolejna tragedia jest przedstawiana jako wina konkretnej osoby. Bo przecież mógł... skierować, wysłać, zlecić, wykonać. A kiedy już coś się wydarzy, to nakaże się wykonanie kontroli, która stwierdzi powszechnie znane w środowisku fakty. Oczywiście nikt nie wini istniejących regulacji prawnych i organizacyjnych, bo są tworzone tak, aby kwestia interpretacji zapisów należała do interpretującego, a jeszcze lepiej – kontrolującego. Każda racjonalna, ale źle brzmiąca medialnie opinia, jest natychmiast skrytykowana bez merytorycznej dyskusji.

Peadar de Burca, aktor, dramatopisarz z Irlandii, znający polskie realia, nazwał samobójczą polityką

demonizowanie negatywnego wpływu lekarzy. Opisał obecną sytuację jako podobną do działań mediów i polityków w Irlandii w latach siedemdziesiątych. Skutkiem jest niedobór lekarzy dzisiaj, wysokie ceny usług oraz lekarze z Litwy i Estonii w irlandzkiej armii.

Do prasy przekazano z Ministerstwa Zdrowia bardzo niepokojącą opinię w sprawie mających nastąpić zmian. Otóż ministerstwo (bo autora tych słów nie udało się ustalić) uważa, że będzie można wprowadzić teraz każde, nawet bardzo niepopularne dla nas zmiany organizacyjne, bo lekarze mają w społeczeństwie najgorsze od lat notowania. Hasła „lekarzu bądź człowiekiem" lub „dla podania szklanki wody nie trzeba zmieniać systemu" są chwytliwe pijarowsko. My nie zawalczymy tą samą bronią, chociaż notowania polityków są nieporównanie gorsze niż lekarzy.

Słyszymy i oglądamy wiele reklam typu: brak substancji X może wywoływać problem zdrowotny, który może prowadzić do poważnych konsekwencji; aby im zapobiec, kup nasz preparat. W tym momencie każdy próbujący wytłumaczyć brak badań naukowych na skuteczność suplementacji substancji X jest skazany na porażkę, bo przecież reklama mówi prawdę.

Podobną argumentację stosuje się w marketingu niektórych usług medycznych, szermując szeroko pojęciem profilaktyki. Niewykonanie procedury Y może doprowadzić do niewykrycia choroby, więc należy ją wykonywać jak najczęściej. I trudno jest tłumaczyć, że wiele badań, które nazywa się profilaktycznymi, nie daje efektów populacyjnych, a temat profilaktyki czwartorzędowej jest dopiero zgłębiany.

I moim zdaniem, źle się dzieje, gdy takich argumentów z pogranicza demagogii używają lekarze. Polskie Towarzystwo Pediatryczne zapytało, bodajże telefonicznie, 1000 osób, czy chciałyby, aby dzieci w podstawowej opiece zdrowotnej były przyjmowane przez pediatrów. Był to jeden z argumentów mających przekonać posłów i senatorów do zmiany ustawy wprowadzającej internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Jestem pewien, że procent twierdzących odpowiedzi dla podobnej ankiety wykonanej przez geriatrów w odniesieniu do osób starszych czy kardiologów dla chorujących na nadciśnienie będzie równie wysoki. Tylko czy to jest realne przy tak drastycznym i narastającym w szybkim tempie niedoborze lekarzy? Zresztą komentarze na forach internetowych nie pozostawiają złudzeń co do efektów. Równie dobrze możemy zapytać ludzi, czy chcą, aby lekarz był dostępny całą dobę w promieniu 500 m od miejsca zamieszkania lub jeszcze lepiej – na każde wezwanie przyjeżdżał do domu.

Jest oczywiście duża grupa lekarzy, którzy starają się przedstawiać swoje racje bez stosowania medialnych chwytów. Mam dużo szacunku do pani prof. Lidii Brydak. Jej wypowiedzi o grypie i szczepieniu są spokojne i merytoryczne. Mimo napastliwości dziennikarzy, maniery wkładania w usta chwytliwych wypowiedzi, pani profesor potrafi zachować wysoki poziom i powiedzieć to, co uważa za stosowne. Chciałoby się tak częściej.

Mimo że nie mam do tego żadnego mandatu, jestem tylko zwykłym lekarzem rodzinnym, apeluję o zaniechanie stosowania pijaryzmu, populizmu i medycznej demagogii w dyskusji o zdrowiu. Demagog to w pierwotnym znaczeniu „prowadzący lud". Niestety, szybko to pojęcie ewoluowało w kierunku pejoratywnego odbioru.

Marzy mi się, że to jednak lekarze „poprowadzą lud" do zdrowia, bo przecież to zbyt poważna sprawa, aby ją zostawić politykom. Aż korci, żeby dopisać na końcu ostatniego zdania: nawet, jeśli są lub byli kiedyś lekarzami. ■

Do prasy przekazano z Ministerstwa Zdrowia bardzo niepokojącą opinię w sprawie mających nastąpić zmian. Otóż ministerstwo (bo autora tych słów nie udało się ustalić) uważa, że będzie można wprowadzić teraz każde, nawet bardzo niepopularne dla nas zmiany organizacyjne, bo lekarze mają w społeczeństwie najgorsze od lat notowania.

Pokonać ból i uprzedzenia

Marta Jakubiak

Eksperci twierdzą, że ulgę w bólu można osiągnąć u 90 proc. chorych, a może nawet u wszystkich. Niestety, w Polsce sytuacja wygląda tak, że obecnie aż 40 proc. chorych nie osiąga satysfakcjonującej pomocy w tym zakresie.

Gdy WHO wprowadziła w 1986 r. tzw. drabinę środków przeciwbólowych, za pomocą których miał być uśmierzany ból u pacjentów nowotworowych, łączna globalna konsumpcja opioidów na świecie znacząco wzrosła, jednak stało się tak tylko w ograniczonej liczbie państw, głównie uprzemysłowionych. Szacuje się, że około 80 proc. ogólnej populacji wciąż nie ma dostępu do morfiny jako środka leczniczego.

Wskaźniki europejskie podają, że jeden na pięciu dorosłych Europejczyków cierpi z powodu chronicznego bólu, 35 proc. doświadcza bólu każdego dnia, 16 proc. deklaruje syndromy myśli samobójczych, a jedna czwarta deklaruje, że ból, z którym muszą żyć, miał istotny wpływ na ich kariery życiowe. Ponadto jedna trzecia pacjentów negatywnie ocenia kompetencje swoich lekarzy w zakresie skuteczności leczenia bólu: 28 proc. twierdzi, że lekarze nie wiedzieli, jak kontrolować ból. Tylko 2 proc. cierpiących zostało skierowanych do specjalistów zajmujących się zarządzaniem bólem. Odpowiedniej kontroli nad bólem nie osiągnęło 40 proc. chorych, u 21 proc. zdiagnozowano depresję, a 19 proc. straciło pracę z powodu bólu.

Jak sytuacja wygląda w Polsce? Do jakości leczenia bólu zastrzeżenia mają zarówno pacjenci, jak i sami lekarze, a stosowanie opioidów w naszym kraju jest na poziomie jednym z najniższych w Europie. Według International Narcotics Control Board „World Health Organization population data" pod względem zużycia na osobę oksykodonu Polska znajduje się 26. miejscu (poniżej średniej europejskiej i światowej), fentanylu – na 28., hydromorfonu – na 25., metadonu – na 35., petydyny – na 12. (i w tym jednym przypadku plasujemy się powyżej średnich), morfiny – na 18.

Do jakości leczenia bólu zastrzeżenia mają zarówno pacjenci, jak i sami lekarze, a stosowanie opioidów w naszym kraju jest na poziomie jednym z najniższych w Europie.

Ograniczony dostęp do leczenia

Raporty WHO wskazują, że utrudniony dostęp do nowoczesnej farmakoterapii przeciwbólowej ma przyczyny kulturowe oraz prawnolegislacyjne. Najbardziej istotną barierą w przypadku tych terapii są jednak zjawiska natury społecznej, przede wszystkim nieuzasadnione lęki i obawy przed stosowaniem przeciwbólowych leków opioidowych, często nieprawidłowo nazywanych lekami narkotycznymi, co generuje złe skojarzenia i rodzi niezasadne obawy przed uzależnieniem.

– Prawdziwą przeszkodą w stosowaniu leków opioidowych jest narkofobia – zarówno wśród lekarzy, jak i wśród pacjentów. W Polsce grupa osób uzależnionych od opioidów jest grupą malejącą i starzejącą się – to osoby w wieku 50-60 lat – mówi Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. To zaledwie 15-20 tys. osób, co stanowi bardzo niski odsetek w 38-milionowej populacji. Z kolei dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, podkreśla, że w aptece są wyłącznie leki – narkotyki są w bramach.

Rpw nie są lepsze od różowych

Recepty na leki analgetyki opioidowe, wystawiane wcześniej na różowych blankietach recept z wtórnikiem, od 30 grudnia 2012 r. mogą być wystawiane na receptach w kolorze białym Rpw, bez wtórnika. Mimo tej zmiany wciąż jedną z głównych barier pozostają wymogi proceduralne. – Kiedy lekarz chce wystawić receptę na lek opioidowy, wszystkie dawki musi wpisać słownie, zawartość każdego składnika w danym preparacie, dawkę dobową, dawkę jednorazową. O błąd nietrudno. Nawet bardzo doświadczonym specjalistom medycyny paliatywnej sposób przepisywania recept na opioidowe leki przeciwbólowe sprawia trudności, dla niespecjalistów jest wręcz karkołomny, co skutecznie odstrasza ich od przepisania właściwego leku. Dlaczego opioidy nie mogą być przepisywane jak każdy inny silny lek? Przecież niejednokrotnie są dużo mniej niebezpieczne niż niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane w dużych dawkach. To zapewne jedyne leki, które nie mają dawki maksymalnej – zauważa dr n. med. Tomasz Dzierżanowski z Pracowni Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – Nie chodzi o sam proces wypisywania recepty. Pacjenci w szpitalach także nie dostają leków opioidowych – mówi wiceminister zdrowia, Igor Radziewicz-Winnicki. Uważa, że lekarze boją się ich stosowania. Zapowiada jednocześnie, że w najbliższym czasie wejdą w życie nowe przepisy, które upraszczają sposób umieszczania dodatkowych danych na recepcie, zniknie konieczność przeliczania dawek. Następnym krokiem będzie wprowadzenie recept elektronicznych, co jednoznacznie zniesie obawy przed fałszerstwem i błędami ordynacji.

NLP dużo bardziej niebezpieczne

Polska jest w czołówce nadużywania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLP). – Nie ma niemal dyżuru w Klinice Gastroenterologii, na którym nie mielibyśmy pacjenta z krwawieniem z przewodu pokarmowego po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych – mówi dr Dzierżanowski. Chory nie pogodzi się z bólem. Jeśli nie dostanie właściwego leczenia przeciwbólowego, np. silnych opioidów w małych dawkach, będzie nadużywał niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Refundacja hierarchizuje

– Jeśli pacjent ma to „szczęście", że choruje na nowotwór, może liczyć na refundację leczenia bólu lekami opioidowymi. W przypadku wszystkich chorób nienowotworowych, np. stwardnienia zanikowego bocznego, przysługuje mu jedynie refundacja częściowa – zauważa dr Dzierżanowski i dodaje, że zapisy refundacyjne zawężające leczenie bólu tylko do „bólu nowotworowego" są niezgodne z zaleceniami Rady Europy.
– Kwota refundacji na leki przeciwbólowe nie jest najwyższa, przekracza 100 mln zł, czyli ok. 1 proc. budżetu. Zgadzam się, że należałoby pomyśleć o jednej formie odpłatności i nowelizacji ustawy w tym zakresie – deklaruje Artur Fałek, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji. I dodaje, że wprowadzenie e-recepty może znacznie uprościć wystawianie recept Rpw.

Edukacja, edukacja i raz jeszcze edukacja

– Najważniejszym problemem dotyczącym właściwego uśmierzania bólu przewlekłego jest niewystarczający poziom edukacji przeddyplomowej i podyplomowej – uważa prof. Jan Dobrogowski, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Lekarze mają zbyt małą wiedzę, ponieważ w procesie autonomizowania uczelni i wprowadzania nowych europejskich planów nauczania medycyna paliatywna zniknęła z programu dla wydziału lekarskiego (zachowano ją tylko na wydziale pielęgniarskim). Obecnie można mówić o szkoleniach w zakresie leczenia bólu jedynie w dwóch specjalizacjach: anestezjologii i medycyny paliatywnej. – W każdym bloku specjalizacyjnym oraz w każdym podstawowym i szczegółowym module powinien znaleźć się co najmniej tygodniowy program 40 godzin obejmujących medycynę bólu i medycynę paliatywną. Dopiero wtedy będzie można rozmawiać, dlaczego lekarze nie stosują opioidów – uważa dr Jadwiga Pyszkowska.

Prof. dr hab. n. med Grzegorz Wallner, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, dziekan Wydziału Lekarskiego UM w Lublinie, podkreśla, że przeciętny lekarz ma wiedzę przede wszystkim o leczenia bólu ostrego, w przypadku bólu przewlekłego jego wiedza jest znikoma. On również jest zdania, że niezbędna jest edukacja całego środowiska medycznego w zakresie zwalczania bólu, bo o dostępności

do takiego leczenia decydują przede wszystkim lekarze. Prof. Wallner podkreśla, że temat leczenia bólu należy umieścić w standardach nauczania przeddyplomowego (studentów), jako element obowiązujący programów nauczania studentów medycyny, oraz w programach specjalizacji wszystkich dyscyplin zabiegowych i niezabiegowych.

Jak poinformowało Ministerstwo Zdrowia, we wszystkich nowych programach specjalizacji, które obowiązują od najbliższej sesji jesiennej, znalazło się obowiązkowe szkolenie z zakresu leczenia bólu.

Kij i marchewka

NFZ planuje wprowadzić do systemu oceny jakości w szpitalach ocenę jakości leczenia bólu. Pewne standardy narzuca istniejący już system akredytacji szpitali, jest to jednak kropla w morzu potrzeb. – Szpitali w Polsce jest około 600, z czego 12-15 proc. z nich to szpitale akredytowane, w których procedura leczenia bólu jest ustalona. Znaczna większość jednostek nie jest jednak akredytowanych, gdzie poziom wiedzy lekarzy o standardach leczenia bólu jest zdecydowanie niewystarczający – twierdzi prof. Grzegorz Wallner.

Nieco innego zdania na temat standardów w szpitalach akredytowanych jest Helsińska Fundacja Praw Człowieka. – Poprosiliśmy 16 szpitali wojewódzkich i 32 oddziały chirurgiczne w szpitalach powiatowych o przesłanie procedur, które określają uśmierzanie i mierzenie bólu. Odpowiedziało nam zaledwie 15 placówek – informuje Elżbieta Czyż z HFPC. Sześć placówek zadeklarowała, że posiada procedury; jeden, że istnieją, ale nie ma zgody na ich udostępnienie; kolejny odesłał na swoją stronę WWW. Jedynie trzy szpitale przesłały HFPC procedury obowiązujące w tych placówkach, przy czym jeden dokument zawierał instruktaż dla pacjentów, jak mają upominać się o mierzenie i leczenie bólu – mówi Elżbieta Czyż, która również jest zdania, że w szpitalach panuje narkofobia. Helsińska Fundacja Praw Człowieka zapytała również o to, jaka jest dostępność do opioidów. Sześć placówek deklarowało, że każdy lekarz ma dostęp do recept, pozostałe, że jest tylko jeden upoważniony lekarz lub wyłącznie ordynator, w niektórych placówkach recepty są zamknięte w sekretariacie pod ścisłą kontrolą.

Wprowadzenie standardów w zakresie terapii bólu i pilnowanie ich przestrzegania to zadania dla Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Co resort i fundusz zamierzają w tej sprawie zrobić? – Ministerstwo Zdrowia planuje płacić świadczeniodawcom za efekt leczenia, a nie za samo leczenie. Tworzone są już ankiety, na podstawie których oceniana będzie jakość terapii i satysfakcja pacjenta w tym zakresie – informuje minister Radziewicz-Winnicki.

Czynniki ekonomiczne

Zamykane są kolejne poradnie leczenia bólu, bo to placówki wysoce nierentowne. – Moja poradnia miesięcznie generuje 9 tys. zł strat. Dla szpitala jestem deficytowa, ale jeszcze jakoś trwam – mówi dr Pyszkowska. Tak być nie powinno. W polskim systemie opieki zdrowotnej lekarze nie są rozliczani ze skuteczności leczenia bólu. Gdyby źle leczyli np. cukrzycę, dość szybko zauważono by nieprawidłowości. Nie wiedzą, że pacjent, u którego ból przewlekły nie jest leczony właściwie, szybciej zapadnie na chorobę, która doprowadzi go do leczenia paliatywnego i śmierci. – Nie ma zgody Ministerstwa Zdrowia na medycynę pełną bólu. Będziemy rozliczać szpitale i lekarzy z wykonywania procedur – zapowiada minister Radziewicz-Winnicki. – Motywacja ekonomiczna to bardzo skuteczne narzędzie. Pacjenci sami pokażą, gdzie można się leczyć humanitarnie, bez bólu. Skoro można było usunąć bol z gabinetów dentystycznych, tym bardziej można uwolnić inne dziedziny medycyny od bólu – dodaje. ■

NFZ planuje wprowadzić do systemu oceny jakości w szpitalach ocenę jakości leczenia bólu. Pewne standardy narzuca istniejący już system akredytacji szpitali, jest to jednak kropla w morzu potrzeb.

Skuteczne zwalczanie bólu – apel Prezydium NRL

11 sierpnia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej skierowało apel do lekarzy i lekarzy dentystów o zapewnienie pacjentom skutecznego zwalczania bólu.

„Dane o dostępności i używaniu leków przeciwbólowych, szczególnie leków o silnym działaniu przeciwbólowym, wskazują na niedostateczną ochronę pacjentów przed bólem w Polsce. Na problem ten zwracają uwagę specjaliści leczenia bólu, organizacje pozarządowe, organizacje pacjentów, lekarskie towarzystwa naukowe i Ministerstwo Zdrowia.

Skuteczne zapobieganie bólowi i jego zwalczanie jest jednym z podstawowych obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów. Pacjenci oczekują od nas profesjonalizmu oraz zrozumienia i pomocy, a współczesna farmakoterapia i inne metody leczenia umożliwiają skuteczne uśmierzenie bólu.

Dlatego Prezydium apeluje do Koleżanek i Kolegów lekarzy i lekarzy dentystów o zdobywanie i doskonalenie umiejętności w zakresie leczenia bólu oraz aktywne podejście do rozpoznawania problemów bólowych u pacjentów, a wszędzie tam, gdzie to potrzebne, nieodwlekanie wdrażania leczenia odpowiadającego przyczynie, charakterowi i nasileniu bólu, zgodnie ze współczesnymi wytycznymi postępowania.

Prezydium apeluje także o zgłaszanie do organów samorządu lekarskiego oraz do administracji ochrony zdrowia problemów organizacyjnych, utrudnień wynikających z finansowania i innych przeszkód w zapewnieniu pacjentom skutecznego zapobiegania bólowi i jego leczenia.

Prezydium wyraża jednocześnie poparcie dla inicjatyw zmierzających do podniesienia jakości leczenia przeciwbólowego w Polsce podejmowanych przez organizacje pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, a także przez administrację i apeluje do Koleżanek i Kolegów lekarzy i lekarzy dentystów o aktywne uczestnictwo w tych działaniach.”

Po pierwsze… posiadać receptę Rpw

dr n. med. Marcin Janecki

Opioidy są podstawą farmakoterapii bólu nowotworowego według zasad WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), a także stanowią istotny element farmakoterapii bólu przewlekłego nienowotworowego. W polskich warunkach prawnych przepisanie opioidu pacjentowi wymaga posiadania odrębnych recpt - Rpw. Trudno sobie wyobrazić aby można było należycie i etycznie prowadzić praktykę lekarską nie posiadając tych recept, gdyż jest to odbieranie pacjentom prawa do odpowiedniego leczenia na samym wstępie…

Kto ma uprawnienia do wystawiania recept na leki o kategorii dostępności Rpw? Każdy bez wyjątku lekarz i lekarz dentysta, w tym:

• lekarz posiadający umowę z NFZ upoważniającą do wystawiania recept na leki refundowane,

• lekarz wykonujący zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

• lekarz nie posiadający umowy z NFZ – wnioskuje o uzyskanie recept do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.

Uzyskanie bloczka recept Rpw jest – na szczęście – łatwe. Wszystko co musimy zrobić to pozwolić sobie na 10 minut surfowania w sieci:

1. Wchodzimy na stronę internetową właściwego nam oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz-<oddział>.pl)
2. Wyszukujemy na liście odnośników hasło: SNRL System Numerowania Recept Lekarskich lub Portal Świadczeniodawcy / Personelu (każdy oddział ma ten link w innym miejscu zatem cierpliwości)
3. Na stronie Systemu lub Portalu logujemy się przy użyciu swojego kodu i hasła
4. Postępujemy zgodnie ze wskazówkami pamiętając aby zaznaczyć typ recepty jaki chcemy uzyskać – recepty Rpw czy Rp
5. Uzyskane wzory recept możemy wydrukować samodzielnie

Powyższy schemat działania dotyczy recept wydawanych przez NFZ. Proszę pamiętać, że lekarze bez umowy z NFZ nadal mogą uzyskać recepty Rpw – powinni skontaktować się w tym celu z Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym, jednak refundację leków uzyskuje się tylko przez umowę z NFZ.

Skoro posiadamy już bloczek recept Rpw to teraz przychodzi czas na jej wypisanie. Niestety nie mogę entuzjastycznie zapewnić, że jest to łatwe zadanie. Wypisanie recepty Rpw wymaga biegłości w matematyce, znajomości danych z Farmakopei oraz pewnej ręki przy stawianiu wielokrotnych podpisów. Wprawdzie Minister Zdrowia zapowiedział uproszczenie zasad ordynacji leków opioidowych ale do tego czasu poniższe porady, mam nadzieję, pomogą zrozumieć receptę Rpw.

Metodologię wypisu recepty Rpw opisuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje. Podstawowe rzeczy, o których musimy pamiętać wypisując receptę to:

1. Jedna recepta – jeden lek opioidowy

2. Jedna recepta – ilość leku na 1 miesiąc terapii

3. Znajomość maksymalnych dawek jednorazowych i dobowych opioidów to podstawa dla postawienia odpowiedniej ilości podpisów i pieczątek (często jest to więcej niż jeden zestaw!)

Zanim przystąpimy do pisania recepty musimy policzyć ile substancji czynnej potrzebnej na miesiąc terapii przepiszemy pacjentowi, np.

• jedno opakowanie oksykodonu w dawce a' 40 mg, zawierające 60 tabletek to w sumie „dwa gramy i czterysta mg (dwa tysiące czterysta mg) oksykodonu"

• 10 plastrów fentanylu transdermalnego w dawce a' 50mcg/h to „osiemdziesiąt cztery mg fentanylu".

- taki zapis musi się znaleźć pod nazwą leku i wielkością zapisanego opakowania

Dawkowanie należy napisać w prosty sposób np. „1 tabl. co 12h" lub „1 pl co 3 dni"

Z trudniejszą sytuacją, z powodu restrykcyjnych przepisów, mamy do czynienia w sytuacji jeśli przepisana dawka jednorazowa lub dobowa przekraczają wartości opisane w Farmakopei* lub w ChPL (charakterystyce produktu leczniczego) - będziemy musieli pisać dodatkowe dane. Jeśli przekroczona jest farmakopealna maksymalna dawka jednorazowa lub dobowa, to należy napisać słownie wartość przepisanej dawki jednorazowej i dobowej postawić wykrzyknik „!", uzupełniając swoim czytelnym podpisem i pieczątką obok.

Przykłady:

- dla oksykodonu farmakopealna dawka jednorazowa wynosi 10 mg zatem przepisując oksykodon w dawce 20 mg 2x dobę przekraczamy tę wartość i piszemy „dwadzieścia miligramów na dawkę!"<czytelny podpis><pieczątka lekarza>;

- dla oksykodonu farmakopealna dawka dobowa wynosi 40 mg zatem przepisując oksykodon w dawce 40 mg 2x dobę już przekraczamy tę wartość i piszemy „osiemdziesiąt miligramów / dobę !"<czytelny podpis><pieczątka lekarza>;

W razie wątpliwości można skorzystać z konsultacji eksperta na portalu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej lub właściwego dla miejsca pracy lekarza Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

* Informacji o maksymalnych dawkach jednorazowych i dobowych opioidów udziela Departament Farmakopei w Urzędzie Rejestracji Leków tel. 22 49 21 271.

Inicjatorem serwisu jest firma Mundipharma

Tropiki w opałach?

Lidia Sulikowska

W ostatnim czasie zaszły pozytywne zmiany systemowe w zakresie rozwoju medycyny morskiej i tropikalnej. Jednocześnie otrzymujemy sygnały, że podejmowane są działania, które mogą zahamować ten trend. Czy jesteśmy i będziemy przygotowani na walkę z chorobami tropikalnymi?

Dziedzina medycyny morskiej i tropikalnej przez wiele lat funkcjonowała samodzielnie, aż do 1999 r., kiedy to włączono ją, podobnie jak medycynę lotniczą i kolejową, w struktury nowo utworzonej medycyny transportu. Z perspektywy czasu okazało się jednak, że zamysł połączenia tych wszystkich specjalności nie powiódł się ze względu na duże różnice programowe. Zaczęto więc podejmować próby ponownego ich oddzielenia.

Nowe możliwości, stare problemy

Po kilku latach starań pojawiło się zielone światło dla dalszego rozwoju medycyny morskiej i tropikalnej jako odrębnie działającej specjalności. W 2013 r. weszło w życie rozporządzenie, dzięki któremu udało się w końcu oddzielić medycynę lotniczą od morskiej i tropikalnej, a medycynę kolejową wchłonęła medycyna pracy. Dodatkowo udało się stworzyć, z inicjatywy m.in. Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni i Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Krajową Sieć Certyfikowanych Centrów Medycyny Podróży, w których są udzielane profesjonalne porady wybierającym się w rejony potencjalnie zagrożone lub z nich powracających. Mogą je prowadzić lekarze różnych specjalności, po odbyciu odpowiedniego cyklu szkoleń.

Od października br. wchodzą też nowe, modułowe programy specjalizacyjne, w których zakłada się możliwość zrobienia specjalizacji z tej dziedziny medycyny (okres trwania – dwa lata, po wcześniejszym zaliczeniu trzyletniego modułu z zakresu interny). – Wydawałoby się, że wszystko idzie w dobrym kierunku, ale istotnym problem na chwilę obecną jest brak wystarczającej liczby specjalistów. Powstała luka pokoleniowa i potrzeba czasu, aby ją wypełnić – mówi dr Wacław Leszek Nahorski, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej.

Już teraz zapotrzebowanie na lekarzy zajmujących się medycyną tropikalną jest spore i będzie wzrastać, bo coraz więcej Polaków wyjeżdża okresowo do krajów, gdzie występują choroby tropikalne, zarówno w celach biznesowych, jak i turystycznych, a z drugiej strony coraz więcej cudzoziemców odwiedza Polskę. – Same Centra Medycyny Podróży nie wystarczą. Potrzebujemy specjalistów z medycyny morskiej i tropikalnej. Aby jakoś temu zaradzić, warto stworzyć krótką ścieżkę specjalizacyjną. Byłaby to ciekawa propozycja między innymi dla lekarzy medycyny pracy, specjalistów chorób zakaźnych czy rodzinnych. Pracujemy nad tym i liczę, że uda się osiągnąć konsensus w tej sprawie – wyjaśnia Wacław Leszek Nahorski.

Jesteśmy dziedziną niszową, a generujemy duże koszty, z uwagi na drogie procedury diagnostyczne, które są niedoszacowane przez NFZ.

Lokalne bariery

Tymczasem lekarzy z tą specjalnością jest mało, a na dodatek w Polsce działa obecnie tylko kilka ośrodków referencyjnych w zakresie medycyny tropikalnej (Gdynia, Warszawa, Poznań). – To za mało. Są plany utworzenia podobnych placówek w Szczecinie, Białymstoku, Lublinie, Wrocławiu i Krakowie, ale jest to trudne, bo brakuje pieniędzy. Jesteśmy dziedziną niszową, a generujemy duże koszty, z uwagi na drogie procedury diagnostyczne, które są niedoszacowane przez NFZ. O braku przychylności do takich inicjatyw świadczy choćby fakt, że na całą Polskę tylko jedno województwo zdecydowało się aktualnie na powołanie konsultanta z medycyny morskiej i tropikalnej – uważa Wacław Nahorski.

Nawet te ośrodki referencyjne, które istnieją, muszą walczyć o przetrwanie. – Niedawno zlikwidowano samodzielną działalność Kliniki Chorób Tropikalnych i Odzwierzęcych, która istniała na bazie IX Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie i pozostawiono ją tylko w strukturach WUM. Z kolei władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego planują przeniesienie poszczególnych jednostek Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej z Gdyni do Gdańska, z tym że oddziały kliniczne gdzie indziej niż zakłady teoretyczne IMMiT, a przychodnia ma zostać w Gdyni.

Obecnie działamy w ramach jednego kompleksu i możemy szybko pomóc pacjentom. Gdyby doszło do przeprowadzki, pacjent musiałby najpierw jechać do Gdyni po wstępną diagnozę, a na hospitalizację do Gdańska. Trudno też sobie wyobrazić efektywną pracę zakładów teoretycznych w takich warunkach – alarmuje Agnieszka Wroczyńska, lekarz pracujący w IMMiT w Gdyni. O przyszłości Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni zdecyduje jej właściciel, czyli Gdański Uniwersytet Medyczny. Z wypowiedzi władz tej uczelni publikowanych w mediach lokalnych wynika, że chcą przeprowadzki ze względów ekonomicznych oraz lokalizacyjnych, argumentując, że studenci GUM nie będą musieli jechać na zajęcia do Gdyni. – To jest myślenie krótkowzroczne, w dłuższej perspektywie rozwiązanie to może być wybitnie niekorzystne dla całej polskiej medycyny morskiej i tropikalnej, bazującej na wieloletnim doświadczeniu i odpowiednim zapleczu diagnostyczno-leczniczym naszej jednostki – uważa Agnieszka Wroczyńska.

Pamiętać o zagrożeniu

Okazuje się także, że nie zawsze udaje się na czas pomoc pacjentom cierpiącym na choroby tropikalne, bo nie są odpowiednio zabezpieczeni przed wyjazdem oraz zostają zbyt późno zdiagnozowani. – Zawodzi zarówno profilaktyka, jak i rozpoznanie. Tylko około 10-20proc. podróżujących do tropików z Polski stosuje właściwie środki profilaktyki przed wyjazdem. Według naszych badań co dwudziesty Polak chorujący na malarię po podróży umiera, podczas gdy wskaźnik ten w krajach europejskich nie powinien przekraczać 1proc.. Niestety wielu lekarzy nie jest wyczulonych na problem chorób tropikalnych, a tu o uratowaniu człowieka decyduje czas. Trzeba mieć w pamięci, że jeśli zgłasza się pacjent z gorączką, który w ciągu ostatnich miesięcy był w tropikach, to powinno się go skierować do najbliższego szpitala zakaźnego. Oczywiście gorączka to nie wszystko. Istnieje wiele chorób z tropików wywołujących np. problemy skórne. Kiedyś zgłosił się do nas pacjent, u którego przez około pięć miesięcy leczono nieskutecznie owrzodzenie podudzia, podczas gdy dopiero właściwe rozpoznanie leiszmaniozy skórnej pozwoliło na efektywną terapię. Jednak, żeby łączyć odpowiednie fakty, trzeba posiadać wiedzę na temat chorób tropikalnych – ocenia Agnieszka Wroczyńska i dodaje, że temat ten powinien być poruszany już na etapie kształcenia przeddyplomowego.

– Niepokojące w tym wszystkim wydają się dochodzące do nas informacje, że władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego planują wycofać medycynę tropikalną z programu nauczania dla studentów Wydziału Lekarskiego – dodaje Agnieszka Wroczyńska.

Choroby tropikalne to rzadkość, ale jak się przydarzą, to stwarzają olbrzymie niebezpieczeństwo, nie tylko dla chorującego, ale też ogółu społeczeństwa. Polacy, podążając za trendem światowym, są coraz bardziej mobilni, także coraz więcej osób odwiedza nasz kraj. Malaria, denga i inne zagrożenia Polski nie omijają i dobrze by było mieć pewność, że jesteśmy bezpieczni. ■

Dr Andrzej Ignaciuk

Prezes PTMEiA-A

Medycyna estetyczna

Pojawiła się w Europie pod koniec lat 70. i poprzez prewencję, terapię i korekcję defektów estetycznych pragnie kontrybuować w osiąganiu dobrostanu psychofizycznego i zapobieganiu przedwczesnemu starzeniu z jego wszystkimi aspektami.

W Polsce w 1993 r. powstaje Sekcja Medycyny Estetycznej PTL (SME PTL) i dwa lata później zostaje przyjęta do L'Union Internationale de Médecine Esthétique w Paryżu. Początkowa działalność SME PTL polega głównie na wyjaśnianiu społeczeństwu, czym jest medycyna estetyczna, na jej promocji w środowisku medycznym oraz na kształceniu intersujących się nią lekarzy.

W 1996 r. w Warszawie zostaje zorganizowany pierwszy kongres Medycyny Estetycznej, w którym brało udział ok. 200 lekarzy. Od kilku lat nasze kongresy (było ich 13) są w Polsce i w naszej części Europy najważniejszym wydarzeniem w tej dziedzinie. Bierze w nich udział średnio ok. 800 lekarzy.

Kongresy, szkolenia i współpraca z szeroko pojętym środowiskiem zajmującym się estetyką – lekarskim i nielekarskim – uzmysławiają zarządowi SME PTL, że najważniejszym problemem pod koniec lat 90. było zorganizowanie systemu szkolenia opartego na schematach zaczerpniętych z kształcenia specjalizacyjengo.

W 2002 r. powstała przy PTL Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej, która początkowo w dwuletnim, a od kilku lat w trzyletnim trybie, kształci lekarzy medycyny estetycznej. Aby uzyskać dyplom, trzeba zdać egzamin testowy i obronić pracę dyplomową. Wykładowcami są eksperci z Polski i liczni z zagranicy. Ukończyło ją już ok. 445 lekarzy z Polski i zagranicy.

Zwiększająca się liczba członków SME PTL i pojawiające się nowe wyzwania stają się powodem zmiany organizacyjnej i powołania do życia Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (PTMEiA-A). Aktualnie należy do niego 1180 lekarzy wszystkich specjalności i jest to najliczniejsze tego typu towarzystwo w Europie.

Od wielu lat każdego roku organizowane są dla członków PTMEiA-A dwie konferencje. Podczas jednej z nich po raz pierwszy w Polsce odbyła się sesja Anti-Aging. Od 10 lat wydajemy też kwartalnik „Academy of Aesthetic and AntiAging Medicine", rozsyłany do wszystkich lekarzy należących do PTMEiA-A. Wielu kolegów publikowało prace naukowe w recenzowanych periodykach medycznych.

Przed kilku laty wprowadziliśmy system certyfikujący lekarzy medycyny estetycznej dla tych, którzy mogą pochwalić się poważną edukacją w tym zakresie i akceptują m.in. jej zasady. Jako organizacja staramy się współpracować ze wszystkimi środowiskami estetyki medycznej oraz z kolegami nielekarzami respektującymi obowiązujące w Polsce prawo.

Ja i wielu moich kolegów jesteśmy zapraszani do uczestnictwa w kongresach na całym świecie i do prowadzenia wykładów na zagranicznych uczelniach medycznych oraz w Szkołach Medycyny Estetycznej. W ostatnich dniach stanowisko naszego Towarzystwa dotyczące wykonywania zabiegów medycyny estetycznej przez nielekarzy zostało poparte przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Medycyna estetyczna rozwinęła się w ciągu ostatnich 20 lat w sposób trudny do określenia liczbowo. Powstały tysiące gabinetów, wykonuje się dziesiątki tysięcy zabiegów, setki firm i tysiące pracujących w nich ludzi egzystuje dzięki medycynie estetycznej. Odgrywamy ważną rolę w promocji zdrowego trybu życia dzięki mediom chętnie podejmującym tematy związane z urodą. Mamy też niestety problemy. Można by je podzielić na te, na które mamy wpływ, i na te, które są od nas niezależne. Do tych pierwszych i najważniejszych należy fakt, że medycyna estetyczna nie jest specjalizacją i to pozwala na swobodną „autokreację" (zwłaszcza w mediach i internecie) niektórych lekarzy zapominających czasami, że obowiązują ich lekarskie kryteria zachowań. Osobnym i trudnym problemem jest brak u niektórych kolegów chęci kształcenia się w tej dziedzinie. Druga, niezależna od nas grupa problemów dotyczy nas i nieświadomych pacjentów. Chodzi o wykonywanie wielu zabiegów medycyny estetycznej (bardzo często z użyciem leków) przez osoby nieposiadające tytułu lekarza – najczęściej są to kosmetyczki i kosmetolodzy. Powstała cała „gałąź" szkoleniowa dla tych osób i niestety nierzadko przy aktywnym udziale lekarzy. Jest to nielegalne, sprzeczne z prawem i z kodeksem lekarskim.

Medycyna estetyczna na trwałe wkroczyła do polskiej medycyny, uprawiają ją tysiące lekarzy, korzystają z niej setki tysięcy pacjentów i pomimo pewnych problemów jest uznanym elementem naszego życia. ■

50-lecie Koła PTL w Śremie

17 maja uroczyście obchodzono Złoty Jubileusz śremskiego Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W „Gajówce", w Zbrudzewie koło Śremu, pośród ponad 150 uczestników spotkania gośćmi honorowymi byli: prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – prezes PTL, prof. Tadeusz Maliński – dziekan Uniwersytetu Ohio (USA), honorowy członek PTL, prof. Krzysztof Linke – prezes Zarządu Okręgu PTL w Poznaniu, profesor Andrzej Wojtczak – były wiceminister zdrowia, prof. Józef Orczyk z Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM w Poznaniu, prof. Włodzimierz Starosta – światowy ekspert antropokinezjologii i prezydent Międzynarodowego Stowarzyszenia Motoryki Sportowej, a także wiele innych znakomitych osobistości.

Tego dnia zasłużeni członkowie PTL otrzymali dyplomy i odznaczenia. Z ogromnym entuzjazmem przyjęto też propozycję, by „Pieśń lekarzy" stała się hymnem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

„W majowe popołudnie, dnia 17., w zbrudzewskiej „Gajówce" odbyła się uroczystość Złotych Godów – 50-lecia śremskiego Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dorobek tego półwiecza został spisany i podsumowany w czterech kolejnych wydawnictwach. Czwarte z nich każdy z gości dostał do rąk. W wolnej chwili będzie można przyjrzeć się temu wszystkiemu, czego dokonano i co się działo w ostatniej dekadzie. Witając gości, pani prezes Barbara Siwińska przedstawiła zatem tylko zarys całej tej 50-letniej historii, dając czas na wystąpienia gości. A było tego wiele. Stawili się nie tylko członkowie Koła, których jest aż 115, ale także przedstawiciele środowisk z całej Polski i liczni przyjaciele. Bez których, jak podkreśliła pani prezes, nic by się nie udało. A tak dzięki skupianiu wokół siebie przyjaznych ludzi dr Siwińska z sukcesem przewodzi Kołu już 28 lat! Jest trzecim prezesem, po doktorze Antonim Paulu i doktorze Tadeuszu Służewskim". [...] ■

Obszerną relację z tego wydarzenia przygotowaną przez Barbarę Siwińską, prezes Zarządu Koła PTL w Śremie oraz członka Prezydium ZGPTL, publikujemy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**" na www.gazetalekarska.pl.

Premium

Transgraniczna opieka medyczna

Maria Domagała

Obywatel Unii, który zachoruje w podróży albo który w swoim kraju nie może uzyskać niektórych świadczeń lub są one gorszej jakości, może leczyć się w innym kraju i uzyskać refundację. Są jednak przeszkody i ograniczenia.

Unia Europejska gwarantuje swobodny przepływ osób, towarów i usług – a więc także świadczeń medycznych. To jeden z jej fundamentów. Prawo europejskiego pacjenta do leczenia za granicą i refundacji zawarte jest w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z 1971 r. Zgodnie z nim przebywający za granicą pracownicy i ich rodziny zachowują zdobyte we własnym kraju uprawnienia do ochrony socjalnej, staż pracy, prawo do świadczeń emerytalnych itd. Jedynym warunkiem uzyskania refundowanego świadczenia za granicą jest posiadanie prawa do refundowanych świadczeń zdrowotnych (ubezpieczenia) we własnym kraju, co potwierdza europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego EKUZ. Co więcej, jeżeli dane leczenie jest składnikiem koszyka świadczeń w jego kraju, lecz nie może być tam wykonane w czasie medycznie bezpiecznym, pacjent – nawet nieprzebywający za granicą – może, za zgodą odpowiednich instytucji (wniosek na formularzu E 112), uzyskać bezpłatne świadczenie w innym kraju, nawet wyższej jakości, a rozliczenia odbywają się między krajami.

Uzyskanie refundacji leczenia za granicą nie zawsze więc jest łatwe. Zwrotu kosztów czasem trzeba dochodzić w sądzie. Takie sprawy rozstrzyga Europejski Trybunał Sprawiedliwości.

Powszechność ograniczona

Swobodne korzystanie ze świadczeń medycznych napotyka jednak na ograniczenia. Bo choć wszystkie systemy ochrony zdrowia oferują zbliżony zestaw usług, to realizują je w różny sposób: inne są źródła finansowania i katalogi świadczeń refundowanych, zasady dostępności, sposób organizacji, instytucje. I mimo że w teorii świadczenia medyczne oferowane w UE powinny być refundowane tak jak we własnym kraju, to w praktyce z powodu różnych krajowych rozwiązań zakres powszechności bezpłatnej opieki jest różny. I tak np. w Irlandii (finansowanie publiczne) powszechne ubezpieczenie zdrowotne pokrywa świadczenia szpitalne; by bezpłatnie uzyskać inne świadczenia, konieczne jest dodatkowe ubezpieczenie (ta zasada nie dotyczy niektórych grup ludności). W części krajów w koszykach usług refundowanych są tylko drogie procedury, zaś zabiegi tańsze pozostają nierefundowane. Trudności mogą wynikać z różnych definicji świadczenia, np. przy tak rutynowym zabiegu, jak wymiana stawu biodrowego, rehabilitacja może być częścią świadczenia, a może być odrębną usługą z własną wyceną.

Są też inne kryteria: obowiązek posiadania kontraktu przez świadczeniodawcę, skierowania od lekarza ogólnego (gatekeepera) – ale niektóre systemy (np. francuski) tego nie wymagają. W większości krajów koszyk pozytywny nie obejmuje terapii niekonwencjonalnych, leków bez recepty, wydawania świadectw medycznych. W innych część ogólnych wyłączeń z refundacji nie odnosi się do pewnych grup (dzieci, niepełnosprawni, chorzy przewlekle). Niektóre świadczenia są nierefundowane albo niedostępne w całej UE, inne, jak np. aborcja – różnie (w Irlandii zabroniona, w Wielkiej Brytanii refundowana). Wiele krajów stosuje opłatę za poradę lekarza POZ – bardzo zróżnicowaną: od 0,5 euro w Słowacji i na Łotwie do 22 euro w Szwecji i Finlandii. Dopłaty do leków są niemal wszędzie – ale ich wysokość różna.

Także prawo do wyboru świadczeniodawcy – w tym zagranicznego – w każdym kraju jest inne. Holandia refunduje opiekę za granicą (nawet bez uprzedniej zgody płatnika) do poziomu własnej refundacji. Duńczycy mogą wybierać usługi POZ i ambulatoryjne (nie wszyscy – w zależności od typu ubezpieczenia) w całym Europejskim Obszarze Gospodarczym i są one refundowane. Dania i Portugalia pokrywają leczenie w zagranicznych szpitalach, gdy brak możliwości w krajowych albo oczekiwanie jest zbyt długie. Ale nawet gdy prawo krajowe ułatwia leczenie za granicą, to i tak są ograniczenia, np. świadczeniodawca musi mieć kontrakt lub akredytację w swoim systemie, a pacjent – zgodę ubezpieczyciela na zagraniczne leczenie itd.

Uzyskanie refundacji leczenia za granicą nie zawsze więc jest łatwe. Zwrotu kosztów czasem trzeba dochodzić w sądzie. Takie sprawy rozstrzyga Europejski Trybunał Sprawiedliwości. Zbiór jego orzeczeń (jak np. w sprawie Decker-Kohll z 1998 r. i inne) potwierdza prawo pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy i zwrotu kosztów świadczeń. Zasada ogólna mówi: autoryzacji (i refundacji) zagranicznego świadczenia można odmówić tylko wtedy, gdy takie świadczenie może być uzyskane we własnym kraju bez zbędnego oczekiwania.

Dyrektywa ułatwia współpracę

Główną przeszkodą w uzyskaniu opieki medycznej za granicą pozostaje zróżnicowanie systemów ochrony zdrowia w różnych krajach. Konieczna stała się więc regulacja pozwalająca zredukować ograniczenia i umożliwić współpracę między różnymi systemami. Najważniejsze przeszkody i rozbieżności prawne zebrano w komunikacie Komisji Europejskiej z 2006 r. „Consultation regarding Community action on health services". Na jego podstawie powstała dyrektywa 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, która zaleca krajom członkowskim objaśnienie prawa obywateli do leczenia za granicą i zwrotu kosztów. Odnosi się ona do wszystkich usług medycznych niezależnie od sposobu ich finansowania, organizowania i dostarczania. Kładzie nacisk na zapewnienie bezpieczeństwa i jakości świadczeń, praw pacjenta, w tym jasnej procedury odszkodowawczej oraz ochrony danych osobowych. Zaleca wypracowanie zasad świadczenia usług oraz zadbanie o informację dla pacjentów; zajmują się tym krajowe punkty kontaktowe ds. transgranicznej opieki zdrowotnej (w Polsce są to wojewódzkie oddziały NFZ). Udzielają one informacji o świadczeniodawcach, o normach jakości i bezpieczeństwa, o prawach pacjentów i procedurach reklamacyjnych oraz o prawach pacjentów w opiece transgranicznej i warunkach zwrotu kosztów leczenia. Refundacja, czyli zasady rozliczania się kraju zamieszkania pacjenta z krajem udzielającym terapii, ma się odbywać na zasadach obowiązujących w kraju zamieszkania. Uzyskiwanie zgody na leczenie za granicą jest wskazane tylko w przypadku leczenia szpitalnego lub z użyciem drogich procedur. Dyrektywa zakłada też szeroką współpracę w zakresie leczenia wysokospecjalistycznego, w tym chorób rzadkich, uznawania recept, programów z użyciem telemedycyny, gromadzenia danych, a także kooperację instytucji oceniających procedury i sprzęt.

Wdrożenie dyrektywy do systemów krajowych miało nastąpić do października 2013 r. Dyrektywa dopuszcza rozwiązania lokalne. Niektóre kraje otwierają więc swoje rynki zdrowotne jeszcze szerzej, inne przeciwnie; np. Hiszpania chciałaby ograniczenia refundacji tylko do procedur „życiowo niezbędnych" i odmowy autoryzacji innych, Dania jest niechętna uznawaniu zagranicznych recept (poza szwedzkimi i fińskimi), Słowacja odmawia refundacji świadczeń zagranicznych.

W Polsce ustawę mającą implementować dyrektywę skierowano do Sejmu dopiero w kwietniu 2014 r. Obecnie trwa nad nią burzliwa dyskusja. NFZ zapowiada, że nie będzie zwracać kosztów leczenia za granicą, bo skoro Polska jeszcze nie przyjęła dyrektywy, to nie ma do tego podstaw. Ale prawnicy twierdzą, że świadczy to o nieznajomości prawa: refundację zagranicznego leczenia zapewnia obywatelom UE wspomniane wcześniej rozporządzenie Rady z 1971 r. i potwierdzają orzeczenia ETS.

Wymiana dwustronna mimo różnic

Możliwość podjęcia leczenia za granicą może też być wynikiem międzynarodowych umów lub kontraktowania usług. Taka współpraca trwa od dawna. Ubezpieczyciele lub władze aranżują przepływ pacjentów, wymianę profesjonalistów medycznych i usług, a także transfer funduszy i wiedzy. Świadczeniodawcy dzielą się umiejętnościami, uczestniczą we wspólnych inicjatywach edukacyjnych albo projektach badawczo-medycznych. Usługi wędrują przez granice w postaci diagnoz, konsultacji, wyników badań lub obrazów (np. przez internet) – mimo różnic systemowych, finansowych czy organizacyjnych. I tak np. szpital w szwedzkim Lund kontraktuje leczenie kardiologiczne w Gentofte w Danii, a Wielka Brytania kieruje na przeszczep stawu biodrowego lub kolanowego do Belgii. Współpraca między Niemcami (Schleswig-Holstein) a Danią (południowa Jutlandia) w zakresie onkologii trwa od 1998 r.; obecnie obejmuje także m.in. ratownictwo, położnictwo, neurochirurgię. Malta, zbyt mała, by utrzymać pełny wachlarz usług, współpracuje z Wielką Brytanią w zakresie opieki wysokospecjalistycznej. Holenderscy ubezpieczyciele kontraktują usługi medyczne w Belgii, a fundusze niemieckie w szpitalach holenderskich i hiszpańskich. Sąsiadujące przez granicę szpitale francuskie i belgijskie uzupełniają swoją działalność, a dwie blisko położone placówki w Austrii i Niemczech mają wspólne zespoły terapeutyczne i lotnisko. Programy umożliwiające przepływ ekspertyz i konsultacji realizują Finlandia i Estonia, Łotwa i Szwecja. Zorganizowana wymiana informacji, eksperckiej wiedzy, diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, dokumentacji przez internet odbywa się w całej Europie. Od 2004 r. rozwijają się regionalne projekty między Austrią, Czechami, Słowacją i Węgrami, Polską i Niemcami. Projekt Telemedycyna w Euroregionie Pomerania od 2007 r. łączy 29 szpitali polskich i niemieckich.

Powstają też wspólne inwestycje: fińsko-szwedzka klinika dentystyczna na północy Skandynawii, duńsko-niemiecki szpital onkologiczny we Flensburgu, hiszpańsko-francuski szpital w Pirenejach.

Transgraniczna ochrona zdrowia ma różne oblicza, skutki finansowe i organizacyjne, wpływa na dostępność oraz jakość usług i w ogóle funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Są obawy, że może np. utrudniać planowanie szpitalom i zaburzać ich budżet. Efekty pozytywne są jednak niewątpliwe: tworzenie nowych rodzajów działalności, rozwijanie usług wysokospecjalistycznych, większa konkurencyjność, łatwiejsze pozyskiwanie europejskich funduszy. ■

Wdrożenie dyrektywy do systemów krajowych miało nastąpić do października 2013 r. Dyrektywa dopuszcza rozwiązania lokalne. Niektóre kraje otwierają więc swoje rynki zdrowotne jeszcze szerzej, inne przeciwnie; np. Hiszpania chciałaby ograniczenia refundacji tylko do procedur „życiowo niezbędnych" i odmowy autoryzacji innych, Dania jest niechętna uznawaniu zagranicznych recept (poza szwedzkimi i fińskimi), Słowacja odmawia refundacji świadczeń zagranicznych.

Korzystałam z: Cross-border health care in the European Union. Observatory Studies Series 2011, ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/, www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-opieka-zdrowotna, www.rynekzdrowia.pl, www.termedia.pl

Joanna Sokołowska

Udało się!

Szczęśliwie dla większości z nas minął okres urlopowy. Można odetchnąć, wrócić do przewidywalnej codzienności naszych lekarskich gabinetów, przeliczyć szeregi, oszacować straty.

Przegląd wakacyjnej prasy kobiecej, dla poprawności politycznej zwanej lifestylową, utwierdził mnie po raz kolejny w przekonaniu, że wypoczynek nie jest wcale ani sprawą łatwą, ani nie należy do przyjemności oczywistych. Okazuje się, że aby uzyskać stan urlopowego samozadowolenia, nie wystarczą miłe okoliczności przyrody, przyjazne środowisko i stosowane z rozsądkiem używki. Wakacje to prawdziwa szkoła przetrwania. Wyrwani z codziennej rutyny, rzuceni całodobowo na łono rodziny, a niejednokrotnie i na łono natury, narażamy się mniej lub bardziej świadomie na potężny stres. Według badań dra Calvina Fredericka z amerykańskiego National Institute of Mental Health, u piętnastu procent wypoczywających (sic!) pojawiają się symptomy wymagające pomocy lekarskiej. Pocieszające dla nas, stąpających twardo po prawie wschodnich rubieżach Starego Kontynentu, że badania te dotyczą tylko populacji amerykańskiej. Z drugiej jednak strony, wszak żyjemy w McLuhanowskiej globalnej wiosce, więc i wśród nas mogą znaleźć się ofiary urlopowego stresu bojowego.

Jak więc wypoczywać, by wypocząć?! Decyzja nie jest łatwa… Bo można albo aktywnie, albo „na lenia". Zwierzęca strona naszej natury podpowiada, że leżak w przydomowym ogródku z szybkim dostępem do ulubionego programu telewizyjnego i możliwość wyspania się we własnym łóżku zaspokoi nasze – wprawdzie niskie, ale jakże niezaspokojone – potrzeby. Superego nowoczesnego Europejczyka podpowiada jednak, że trzeba podróżować, poznawać, smakować, wspinać się lub zanurzać. Decyzja wydaje się więc oczywista i teraz wystarczy tylko… wybrać kierunek. Tu sprawa się komplikuje. Jak bowiem powszechnie wiadomo, zasadniczo kierunki są cztery: mroźna północ, upalne południe, dziki wschód i zgniły zachód. W połączeniu z wariantem „bliżej" (zatłoczone Krupówki) lub z opcją „dalej" (zatłoczona La Rambla) powstaje nieskończona liczba kombinacji, z których przynajmniej kilka weźmie pod uwagę nasza wesoła wakacyjna drużyna. I nie ma się co oszukiwać – niezależnie, jak liczne jest to grono, zawsze ktoś będzie niezadowolony! Ten zaś, kto jest autorem scenariusza urlopu, automatycznie weźmie na siebie wszelką odpowiedzialność za zaistniałe w podróży zjawiska meteorologiczne i niefortunne sploty wydarzeń. W najgorszej sytuacji są więc bezdzietne pary. Dla nich wakacje to prawdziwy test związku!

Na naszej turystycznej drodze czyhać będą prawdziwe Scylle i Charybdy! Wielogodzinna podróż

Superego nowoczesnego Europejczyka podpowiada jednak, że trzeba podróżować, poznawać, smakować, wspinać się lub zanurzać. Decyzja wydaje się więc oczywista i teraz wystarczy tylko... wybrać kierunek. Tu sprawa się komplikuje. Jak bowiem powszechnie wiadomo, zasadniczo kierunki są cztery: mroźna północ, upalne południe, dziki wschód i zgniły zachód.

FOTO: SXC

samochodem, podczas której złośliwa samochodowa nawigacja ciepłym głosem Hołowczyca zwodzi na manowce, korki na autostradach lub, co gorsza, lot samolotem tanich linii lotniczych połączony z biwakowaniem na lotnisku w Pyrzowicach – to tylko preludium do tego, co ma nastąpić potem. To „potem" to konfrontacja marzeń z rzeczywistością. To mieszkanie w ciasnym hotelowym pokoju bez klimatyzacji lub (już nie wiem, co gorsze) z klimatyzacją skolonizowaną przez jakiegoś zabójczego mikroba (możliwy jest również wariant z klimatyzacją skolonizowaną i niedziałającą). To rozwrzeszczane dzieciaki (własne lub obce) i jeszcze paskudniejsi od nich rozwrzeszczani dorośli (znajomi lub obcojęzyczni). Do tego suchy prowiant albo dziwne lokalne jedzenie, które musimy polubić dla utrzymania się w wakacyjnej konwencji. To kamienista plaża bez piasku lub piasek wciskający się w każdy zakamarek ciała ubranego i/lub nieubranego. To absurdalnie długa kolejka do muzeum, zawsze stojąca po tej bardziej nasłonecznionej stronie ulicy. To kieszonkowcy, komary, kleszcze, sinice, odciski, zakwasy, oparzenia słoneczne, nieprzewidziane w katalogu biura podróży opady. Gwałtowność tych ostatnich jest zresztą zawsze wprost proporcjonalna do odległości od pozostawionego samochodu lub jakiegokolwiek schronienia. To choroby tropikalne i zwykła poczciwa biegunka podróżnych – i wszystko za własne, ciężko przecież zarobione pieniądze! Będzie o czym wspominać w trakcie długich jesiennych dyżurów...

Czy można oszukać wakacyjne przeznaczenie? Remont – oto słowo zaklęcie, które pozwoli pozostać w domu tym, którzy chcą uniknąć łatki domatora-dziwaka, oglądającego po raz kolejny „Grę o tron", zamiast przemierzać górskie szlaki. Trzeba oczywiście pozorować jakieś działania, najlepiej o trudnym do określenia efekcie końcowym, jak na przykład malowanie jakiegoś domowego zakamarka czy sprzątanie garażu. Co sprytniejsi koledzy, bo to oni w tej kwestii wykazują się kreatywnością, pozbywają się na czas remontu rodziny – mają wówczas dom tylko dla siebie. Ten wariant wakacji łączy się jednak z ryzykiem kontaktu z fachowcami – budowlańcami, a tutaj już, moim skromnym zdaniem, bilans zysków i strat nie jest jednoznaczny.

Trzeba sobie powiedzieć wprost: odpoczywanie może być niezwykle męczące. Kiedy więc będziecie już ze zbolałą miną wracać do pracy, nie ignorujcie pytania życzliwych kolegów o to, czy urlop był udany. Oni też tam byli i doskonale wiedzą, że pełne ulgi po-urlopowe „udało się" ma też inny aspekt.

Ku pokrzepieniu! Badania wspomnianego przeze mnie na wstępie pana Fredericka wskazują, że najtrudniejszy do przetrwania, w zdrowiu i dobrym samopoczuciu, jest urlop związany ze świętami Bożego Narodzenia. Możemy być więc dobrej myśli – do najgorszego zostało nam jeszcze parę miesięcy. A zresztą jesteśmy przecież w tej komfortowej sytuacji, że zawsze możemy zaplanować na ten okres kilka, działających terapeutycznie, dyżurów! ■

Trzeba sobie powiedzieć wprost: odpoczywanie może być niezwykle męczące. Kiedy więc będziecie już ze zbolałą miną wracać do pracy, nie ignorujcie pytania życzliwych kolegów o to, czy urlop był udany. Oni też tam byli i doskonale wiedzą, że pełne ulgi po- urlopowe „udało się" ma też inny aspekt.

Sławomir Pietras

Dyrektor polskich teatrów operowych

Kąpiel w basenie

Pływanie w pięknym zabytkowym lądeckim basenie Wojciech to prawdziwa rozkosz, zwłaszcza że każdorazowo jest się najmłodszym z kąpiących.

Pływanie to jest wprawdzie niewskazane z powodu niewielkich rozmiarów owalnego kąpieliska, ale zakaz jest nader często łamany. Czynią to głównie opasłe błyskawice, które wyzwoliwszy się na czas sanatoryjnego turnusu spod kurateli wieloletnich małżonek, próbują imponować wdziękiem i tężyzną fizyczną zapoznanym niedawno, równie leciwym kuracjuszkom.

Innym nieprzestrzeganym zakazem są głośne rozmowy prowadzone przez damskie korpulencje, na ogół o niczym: „Czy można utopić się, mimo że głębia sięga zaledwie do obfitych piersi? Czy to prawda, że popijanie ukradkiem wody kąpielowej przyspiesza chudnięcie? Podobno ciecz fiołkowo-radonowa ma takie właściwości odmładzające, że pewna pani po kilku kąpielach sama siebie nie poznała w lustrze. A jeśli człowiek nie wytrze się ręcznikiem, tylko kropelki aż do wyschnięcia pozostawi na powierzchni skóry, to straci apetyt, ale za to nabierze większych ciągot do erotycznych figlów”.

Lądeckie wodolecznictwo ma wielowiekową tradycję. Tu, gdzie obecnie rozkoszujemy się ablucjami, przed ośmiuset laty pewien pastuszek przepędzał swe owieczki i jedna z nich wpadła do grzęzawiska. Rzuciwszy się za nią wpław, poczuł otaczające go nadzwyczajne ciepło krystalicznej wody z delikatnym mułem na dnie. Dowiedzieli się o tym ludzie z pobliskich wsi i zaczęli moczyć w niej swe niemyte członki. Z czasem zaobserwowali ustępowanie wszelkich dolegliwości, takich jak świerzb, franca, bóle w różnych miejscach ciała, szybkie zrastanie kości, zanik garbów, platfusów, prostowanie się krzywych kończyn oraz natychmiastowe ustępowanie kaca, jąkania, zeza i zaniku pamięci.

Tak rozpoczęła się sława przyszłego lądeckiego kurortu. Podobno Marysieńka Sobieska po dogłębnym wymoczeniu swej żartownicy pozbyła się przywiezionej z Francji wstydliwej dolegliwości i niezwłocznie szczęśliwie porodziła jeszcze kilku następców tronu. W tej samej sprawie do Lądka przywozili swe połowice cesarze niemieccy i rosyjscy, a nawet któryś z prezydentów Stanów Zjednoczonych. Tutaj kurował się sędziwy Johann Wolfgang Goethe i siedząc w basenie, wołał: „Trwaj chwilo, chwilo jesteś piękna!”.

W naszych czasach, poza licznymi stacjonującymi tu generałowymi radzieckimi, Lądek-Zdrój chętnie nawiedzały Zofia Gomułkowa i Stanisława Gierkowa z małżonkami. Bywał tu również Jerzy Waldorff, aby pławiąc się w Wojciechu, usunąć niesprawności bioder, jakich nabawił się przez lata, patrząc na tańczące coraz starsze baleriny. Ich fizycznej sprawności i dobrze zaleczanym kontuzjom lądecki kurort zawdzięcza swą renomę. Artyści baletu pierwsze dolegliwości odczuwają już w łonie matki. Potem bóle, kontuzje i niesprawności towarzyszą im przez wszystkie lata nauki, kariery i emerytury, nie ustępując nawet po śmierci. Ale tancerki kąpiące się w Wojciechu są praktycznie nieśmiertelne. Niektóre z nich spotykam ciągle w moim ulubionym basenie, a mówią o nich, że pamiętają najazd uciekających spod Legnicy Tatarów.

W tutejszych wodach można pławić się o każdej porze roku. Doznawane wrażenia uzupełnia codzienne solo skrzypcowe, odgrywane z przejęciem przez niegdysiejszego profesora konserwatorium lwowskiego Oresta Prestisimo. Najlepiej wychodzi mu adagio z „Jeziora łabędziego”, „Aria na strunie G”, obie „Ave Maryja” Schuberta i Gounoda, „Marzenie” Schumana, „Menuet” Paderewskiego, a z lżejszego repertuaru „Wiedeńska krew”, „Gdybym był bogaczem” i „Lecą świetliki, lecą, lecą...”.

Żyć, nie umierać, przez okrągłe 12 miesięcy. Jeśli oczywiście – przeczytawszy ten felieton – Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” zaczną przepisywać swym pacjentom te niezapomniane lądeckie kuracje. ■

Prof. dr hab. med. Ryszard Tomaszewski

Madonna University / West Africa

Współczesna głupota a Hipokrates

Na przestrzeni dziejów greckiej sztuki lekarskiej występuje aż siedmiu lekarzy o imieniu Hipokrates. Ojciec medycyny, Hipokrates z wyspy Kos, był współczesny Demokrytowi z Abdery, Platonowi i nauczycielowi tego ostatniego – Sokratesowi. Urodził się około 460 r. przed Chrystusem i zmarł 75-85 lat później. Był synem Heraklidesa z koskiej szkoły lekarskiej związanej z tamtejszym sanktuarium Asklepiosa – asklepiejonem z wyspy Kos. Ojciec Hipokratesa był zarazem nauczycielem medycyny dla swego syna.

Sam Hipokrates, aczkolwiek odnoszący się z szacunkiem do medycyny starożytnej – zdominowanej przez magię, w istocie stał się praktykiem i propagatorem sztuki lekarskiej opartej na obserwacji, a więc na wskroś nowoczesnej.

Do naszych czasów przetrwało 60-70 pism, w części autorstwa samego ojca medycyny, częściowo napisanych już przez jego dzieci i wnuki, które zebrano w jedną całość jako „Corpus Hippocraticum” i przekazano Bibliotece

Dermatolog Extra

To już inwazja! Tak zacząłbym, gdyby to był tekst kierowany do miłośników literatury militarnej lub science fiction. Zacznę inaczej.

Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki", konferansjer i satyryk

To już epidemia! Bezmyślnie zmieniając kanały telewizyjne, jednego dnia, o tej samej porze (zanotowałem sobie – 5.06.2014, godz. 12.38), trafiłem na cztery programy ze służbą zdrowia w roli głównej: TVP2 – „Na dobre i na złe", TVN – „Szpital", Polsat – „Pielęgniarki", TVP Warszawa – „Strzeż się kontuzji". Media elektroniczne pełnymi garściami czerpią z atrakcyjności tego tematu i bezczelnie, już od czasów „Doktor Ewy", „Szpitala na peryferiach", a nawet „Znachora", podnoszą sobie oglądalność, pokazując kobiety i mężczyzn w białych kitlach (teraz, jak zauważyłem, coraz częściej zielonych… czy jakichś takich… proszę się nie pastwić nad typowym dla mężczyzny upośledzeniem w rozpoznawaniu kolorów).

A czy to nie powinno działać też w drugą stronę? Czy służba zdrowia nie mogłaby wykorzystywać doświadczeń telewizji w celu „uatrakcyjniania swojej oferty"? Coś podpowiem.

Najnowszą modą w prawie wszystkich stacjach telewizyjnych jest „program po programie". Taki dalszy, niby jeszcze lepszy ciąg tego, co się teraz widzi. „Fakty po Faktach", „Uwaga po Uwadze", prowadząca „Panoramę" odsyła do programu „Po przecinku", w którym zobaczyć będzie można dalsze losy bohatera jakiegoś materiału, lektor „Teleexpressu" po prawie każdej informacji informuje, że „znacznie więcej na ten temat, już za chwilę w Teleexpressie Extra". Powoli zaczynam się zastanawiać, czy jest jakikolwiek sens oglądać główne wydania tych programów, czy nie lepiej od razu nastawić się na ten „po"? No i teraz moja propozycja wykorzystania tego pomysłu: dlaczego nie wprowadzić w przychodniach i szpitalach „Internisty po interniście", „Neurochirurga po neurochirurgu" czy „Ginekologa po ginekologu"? W leczenie jednego pacjenta angażuje się dwóch lekarzy. Jeden diagnozuje, drugi ustawia leczenie. Albo nawet dzielą się diagnozą. Jeden stwierdza:

– To zapalenie, ale czego, dowie się pan w gabinecie numer 12 u „Laryngologa Extra".

Albo jeden bada i zaczyna wypisywać receptę, nagle przerywa i mówi:

– Antybiotyk przepisze panu „Geriatra po przecinku".

Już słyszę marudzenie: „A skąd niby na to pieniądze?". Opłaca się telewizjom, nawet tej publicznej, więc może i w systemie ochrony zdrowia się sprawdzi? Spróbować warto. Na pewno na naszą służbę zdrowia zadziała to dobrze wizerunkowo, nie mówiąc już o psychologicznym oddziaływaniu na pacjentów. Każdy będzie miał poczucie ekskluzywności leczenia i wyjątkowego traktowania. Oczywiście, po jakimś czasie, ta akcja spowszednieje i zacznie się znowu narzekanie, ale wtedy wpadniemy na jakiś nowy pomysł. Zaczerpniemy też z mediów albo ze świata kultury. O! Nawet już mam pewną propozycję. Zobaczyłem plakat 10. Międzynarodowego Festiwalu „Chopin i jego Europa". To wydarzenie opatrzone zostało hasłem: „Od Chopina i Griega do Panufnika". Domyślam się, że autorowi tego sloganu chodziło o zasygnalizowanie potencjalnym odbiorcom, że program będzie różnorodny i atrakcyjny. No więc, gdyby tak raz w roku organizować coś podobnego w przychodniach na terenie całej Polski? I na przykład w Rzeszowie niech się to nazywa Podkarpacki Festiwal Badań Profilaktycznych: „Od pani Marzenki w rejestracji i doktor Kowalskiej do doktora Spychalskiego"?

Mam nadzieję, że ktoś się odważy moje śmiałe pomysły wprowadzić w życie. A w razie katastrofy finansowej systemu ochrony zdrowia w Polsce, proszę całą odpowiedzialność zrzucić na mnie. Ja się wybronię, bo mam odpowiednie zaświadczenie od „Psychiatry po psychiatrze". ■

Aleksandryjskiej. Pisma te cechuje niezwykły realizm i zwięzłość, połączone ze znacznym obiektywizmem i prostotą.

Ogólne poglądy ojca medycyny odnoszące się do sztuki lekarskiej, zawodu lekarza i jego postępowania nie straciły nic na znaczeniu do dziś. Według Hipokratesa lekarz musi spełniać sześć następujących warunków:

1) posiadać naturalne zdolności (talent),
2) mieć dobre wykształcenie zawodowe,
3) cechować się dobrymi zasadami moralnymi,
4) zacząć studiować dostatecznie wcześnie (we wczesnej młodości),
5) mieć zamiłowanie do pracy,
6) dysponować czasem.

Słynna przysięga Hipokratesa, po odniesieniu do Asklepiosa (Eskulapa), kładzie nacisk na oświadczenie: „O rzeczach, które zobaczę lub o których usłyszę, wykonując mój zawód (...) zamilczę, traktując je jako nienaruszalny sekret".

Przysięga zawiera ponadto istotny kanon nakazujący, że lekarz nie ma prawa zabijać: „Będę zalecać dietę korzystną dla chorych zgodnie z moimi możliwościami i moim przekonaniem; (...). Nikomu nie podam środka trującego, nawet jeżeli ktoś o to poprosi, ani nie wykażę inicjatywy zmierzającej w tym kierunku; ▸

podobnie nie podam żadnej kobiecie żadnego środka wywołującego poronienie. Będę prowadzić moje życie i wykonywać mój zawód w czystości i prawości".

W powszechnie dostępnych dziś podręcznikach medycyny znajdujemy dwie fundamentalne informacje:

1) już w 18. dniu rozwoju istoty ludzkiej w fazie zarodkowej powstają pierwsze wysepki krwiotwórcze, a w 3. tygodniu tego rozwoju kształtuje się zawiązek serca i powstaje pierwszy gruczoł wydzielania wewnętrznego – szyszynka. Są to oczywiste znamiona życia;
2) determinacja płci u zarodka ludzkiego dokonuje się w momencie zapłodnienia.

Genderowsko-lewacko-libertyńskie podejście zarówno do prawd naukowych, jak i do norm etycznych polega wyłącznie na próbie ich ordynarnego podeptania, co jasno ilustrują działania wymierzone w Pana Prof. dra hab. med. Bogdana Chazana. ■

Zapomniany grób Józefa Babińskiego

Eugeniusz Józef Kucharz, Anna Kotulska

Nazwisko Józefa Babińskiego jest znane w światowej neurologii, głównie dzięki opisanemu przez niego objawowi świadczącemu o uszkodzeniu drogi korowo-rdzeniowej, nazwanemu jego imieniem. Pamięć odkryć dokonanych przez Józefa Babińskiego (1857-1932) jest w jakimś stopniu kultywowana w Paryżu, czego wyrazem może być nowy budynek oddziału nagłych stanów udarowych w szpitalu Pitié-Salpêtrière, noszący nazwę „Babinski" (fot. 1).

Celem niniejszego szkicu jest zwrócenie uwagi na zapomniany i zaniedbany grób Józefa Babińskiego. Znany lekarz, syn emigrantów z Polskim, urodził się w Paryżu i mieszkał tam z rodzicami, a po ich śmierci z bratem Henrykiem (1855-1931; autorem znanego podręcznika dietetyki), który był też osobą samotną i bezdzietną. Wszyscy wymienieni są pochowani na polskim cmentarzu Les Chapeaux w Montmorency – miejscowości oddalonej o około 17 km od Paryża. Grób Babińskich odnaleźć można już tylko dzięki wykazowi polskich grobów, umieszczonemu przy cmentarnej bramie. Konstrukcja grobu trzyma się jeszcze jako-tako (fot. 2), ale napisy są już prawie nieczytelne (fot. 3). Kontrastuje to z większością innych grobów.

Nie ulega wątpliwości, że Józef Babiński zasługuje nie tylko na pamięć, ale pewną troskę o grób, a listem tym chcemy zwrócić na to uwagę lekarzy i stowarzyszeń medycznych polskich, polonijnych, francuskich lub międzynarodowych, z nadzieją, że dzięki nim grób wielkiego neurologa nie popadnie w zapomnienie i nie ulegnie całkowitemu zniszczeniu. ■

Fot. 1. Oddział nagłych stanów udarowych w Paryżu nazwany imieniem Józefa Babińskiego

FOTO: Archiwum prywatne

Fot. 2. Grób Józefa Babińskiego

Fot. 3. Pozostałości napisu na płycie nagrobnej

Napisz do redakcji
Jeśli masz informacje o grobach lekarzy spoczywających poza granicami Polski, napisz do nas. Ocalmy ich od zapomnienia, wspólnie przygotowując publikację do listopadowego wydania „Gazety Lekarskiej".

Wspomnienie o śp. Władysławie Sidorowiczu

2 sierpnia pożegnaliśmy na cmentarzu we Wrocławiu kol. dr. Władysława Sidorowicza – psychiatrę, senatora RP, byłego ministra zdrowia, pierwszego prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, członka Naczelnej Rady Lekarskiej I kadencji.

Włodzimierz Bednorz

FOTO: Archiwum prywatne

Urodził się 17 września 1945 r. w Wilnie, był synem lekarza. Już na studiach (AM Wrocław) rozpoczął działalność opozycyjną. Brał czynny udział w strajkach studenckich w marcu 1968 r., wyróżniał się wówczas talentem organizacyjnym, zaangażowaniem, niezłomnymi przekonaniami politycznymi. Represje były dotkliwe – więzienie, relegowanie z uczelni, dwuletni zakaz studiów. Dopiero w 1971 r. władze zezwoliły mu na ukończenie nauki (AM w Łodzi). Uzyskał specjalizację I i II stopnia z psychiatrii.

Od chwili powstania NSZZ „Solidarność" z pełnym zaangażowaniem włączył się do pracy organizacyjnej – był m.in. przewodniczącym Regionalnej, a następnie wiceprzewodniczącym Krajowej Komisji Koordynacyjnej Pracowników Służby Zdrowia, delegatem na I Zjazd Krajowy. W stanie wojennym internowany do czerwca 1982 r. W latach następnych nie zaprzestał działalności politycznej m.in. jako członek Rady Politycznej „Solidarności Walczącej", co w emocjonalnym przemówieniu na pogrzebie podkreślił jej twórca Kornel Morawiecki. Brał także czynny udział w pracach podziemnej „Solidarności", wspólnie m.in. z kol. Aliną Pieńkowską i Elżbietą Seferowicz.

Uczestniczył w obradach Okrągłego Stołu w Zespole ds. Zdrowia. Współtworzył zręby Ustawy o Izbach Lekarskich (uchwalonej w maju 1989 r., jeszcze przed wyborami 4 czerwca!), a następnie czynnie włączył się w tworzenie struktury Izb Lekarskich, pracując w Krajowym Komitecie Założycielskim. Jako niekwestionowany lider i autorytet całego środowiska lekarskiego Dolnego Śląska został pierwszym Przewodniczącym Rady Lekarskiej DIL.

W 1991 r. został ministrem zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jana Krzysztofa Bieleckiego. Brał czynny udział w tworzeniu „Kodeksu Etyki Lekarskiej" na pamiętnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku. Był jednym z niewielu ministrów zdrowia, który cenił sobie konsultacje z organami Naczelnej Izby Lekarskiej.

Po zakończeniu pracy na stanowisku ministra był m.in. dyrektorem Miejskiego Wydziału Zdrowia we Wrocławiu, radnym Sejmiku Województwa Dolnośląskiego, senatorem VI i VII kadencji z listy Platformy Obywatelskiej, przewodniczącym Komisji Zdrowia w Senacie. Został także wiceprzewodniczącym Komisji Politycznej Zgromadzenia Parlamentarnego NATO w Brukseli.

Kol. Władysław Sidorowicz z pasją angażował się w działalność polityczną i społeczną, zawsze był odważny w prezentowaniu swoich przekonań. Umiał spoglądać na problemy szeroko, z perspektywy całego kraju. Lata pracy w strukturach „Solidarności" uwrażliwiły go nie tylko na sprawy organizacyjne opieki zdrowotnej, ale także na problemy socjalne i pracownicze. Był prawdziwym politykiem w najlepszym znaczeniu tego słowa, uczynnym wspaniałym kolegą. Zmarł 24 lipca 2014 r. po kilku latach zmagania się z ciężką chorobą, pozostawiając żonę i sześcioro dzieci. ■

Kol. Władysław Sidorowicz z pasją angażował się w działalność polityczną i społeczną, zawsze był odważny w prezentowaniu swoich przekonań. Umiał spoglądać na problemy szeroko, z perspektywy całego kraju.

Agata Morka

Historyk sztuki

Na piedestale

Piedestał to miejsce tak pożądane, jak i zdradliwe. Można na niego trafić w wyniku uwielbienia mas, postać z gracją godną greckich bogów, ale też niewiele trzeba by z niego spaść. Piedestał to miejsce zarezerwowane dla bohaterów i pięknych tego świata. Czy aby na pewno?

Autor francuskiej ryciny zabiera nas na dość szczególny pokaz. Oto na piedestale właśnie postawiono, ubraną niezwykle skąpo, postać kobiecą. Jej obecność wzbudza duże emocje wśród zgromadzonych widzów. Uczestniczymy w tak zwanym freak show – paradzie odmieńców, wstydliwej, acz częstej rozrywce popularnej tak na Starym Kontynencie, jak i w Stanach Zjednoczonych, szczególnie w XIX w. Na pokazach tych na piedestale ustawiano ludzi cierpiących na rzadkie choroby, o zdeformowanych ciałach, które ku uciesze tłumu można było w czasie takiego spektaklu obejrzeć z bardzo bliska.

I tak na rycinie kobieta-widz podchodzi bliżej, by dokładnie obejrzeć wystawianą. Mężczyzna z lewej ledwo walczy z chęcią dotknięcia „odmiennego" ciała, a jego pragnienie zdaje się powstrzymywać tylko ustawione obok krzesło. Obserwator z prawej jako jedyny jest w stanie zachować pozycję pionową, nadrabiając jednak wyciągnięciem binokli w celu lepszej inspekcji wystawianej na pokaz. Ostatkiem sił powstrzymuje on zwierzęcą niemal ciekawość, której bez problemu poddają się inni.

Brutalność tego zaciekawienia zaznaczona jest nie tylko poprzez łuki pochylonych w kierunku kobiety ciał, ale i ich ciasną kompozycję, okalającą centralną postać, ujmując ją w ciasny krąg. Wypowiadane przez nich słowa, ułożone w dynamiczne linie, prawie dotykają ciała kobiety, ostre jak chłosty.

Ona sama stoi wyizolowana, górując nad innymi na ironicznym piedestale, na który wyniesiono jej inność. Coś w ułożeniu jej ciała sugeruje wyobcowanie. Nie patrzy w kierunku publiczności. Zamiast tego, jej oczy godzą prosto w kierunku widza.

Jaka cecha jej ciała, uznawana w XIX w. za abnormalną, tak mocno absorbuje publiczność?

Pytanie bonusowe:
kim była kobieta przedstawiona na rycinie? ■

I tak na rycinie kobieta-widz podchodzi bliżej, by dokładnie obejrzeć wystawianą. Mężczyzna z lewej ledwo walczy z chęcią dotknięcia „odmiennego" ciała, a jego pragnienie zdaje się powstrzymywać tylko ustawione obok krzesło.

a

b

„La Belle Hottentot", Francja, XIX w.

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

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

W temacie maila należy wpisać GL08.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju** ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

NAGRODZENI Z „GL" 06/2014

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Katarzyna Kalbarczyk ze Szczecina**
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL" 06/2014

Obraz oryginalny: b

DIAGNOZA
Diabeł cierpi na trąd. Choroba ta, na którą zapadł już sam biblijny Hiob, niezwykle często widziana była jako kara za grzechy lub wręcz jako fizyczny objaw nieczystości chorego. Nie dziwi zatem, że chory z ryciny przybiera postać samego diabła.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dzwonek w prawej ręce diabła.
Artysta umieścił w ręce diabła nie dzwonek, ale kołatkę. Przedmiot ten składał się z kilku kawałków drewna, które wprawione w ruch wydawały charakterystyczny dźwięk. Jednak w czasach współczesnych artyście ludzie dotknięci trądem nosili ze sobą najrozmaitsze przedmioty, które dźwiękiem właśnie miały ostrzegać innych o obecności chorego, zapobiegając tym samym rozprzestrzenianiu się choroby.

2. Skierowanie czapki w drugą stronę.
Sposób skierowania czapki diabła wskazywać mógł na kierunek wiatru, co było zresztą sprawą kluczową dla trędowatych. Musieli oni bowiem ustawiać się stosownie do ewentualnych podmuchów, tak aby mieć pewność, że wiatr nie przeniósłby choroby na przechodzących obok zdrowych mieszkańców.

3. Umieszczenie cieczy (krwi) w naczyniu, w którym artysta umieścił monety.
Obecność monet w naczyniu miała sugerować najprawdopodobniej żebracze praktyki, którym oddawał się chory/diabeł. Gdyby jednak artysta zdecydował się umieścić w naczyniu krew, byłoby to odwołanie do jednej z legend dotyczących rycerza pochodzącego ze średniowiecznej Szwabii, dotkniętego trądem, a któremu powiedziano, że pomoże mu tylko wypicie krwi z serca dziewicy.

4. Dodanie sakiewki z pieniędzmi u stop diabła.
W XVI i XVII w. ulice średniowiecznych miast zaludniać zaczęli fałszywi trędowaci. Proceder ten starano się ukrócać, wydając certyfikaty i prowadząc skrupulatne ewidencje wydawanych przez miasta dzwonków i kołatek dla trędowatych. Wyczuwając w żebraniu o litość przechodniów niezły interes, niektórzy starali się jednak oszukać prawo, ubiegając się o fałszywe certyfikaty od lekarzy, potwierdzające ich pozorną chorobę.

„Je suy le poure Diable", anonim, Rijksmuseum, Amsterdam

Janusz Czarnecki

Laureat I miejsca w kategorii proza Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza” (2014)

Gamoń [fragmenty]

Mieszkali w Monachium od 1880 r., a to już było równe pięć lat. Tutaj urodziła im się córeczka, której dali imię Maria. Jej matka Paulina wyglądała z okna na ulicę, oczekując bardzo ważnej osoby, która się spóźniała. Okno było szeroko otwarte i świeże powietrze masywnie dostawało się do pokoju. Paulina pomyślała, że wolałaby, aby sąsiedzi nie widzieli wchodzącego mężczyzny, a już na pewno, by nie wiedzieli, kim on jest.

Było cicho, gdy nagle z korytarza doszedł dźwięk upadku jakiegoś przedmiotu i krzyk kobiety:

– Gamoń.

– Nie nazywaj go tak i nie krzycz tak głośno. Ludzie tu wszystko słyszą.

Służąca weszła do pokoju i powiedziała na swoje usprawiedliwienie:

– Nie mogę pozwolić na jego ekscesy i napady złego humoru. Kilka dni temu Albert rzucił krzesłem w nauczyciela i jak pani wie, od tego czasu nauczyciel jeszcze się u nas nie pojawił. A wie pani, jak on przy tym się złości, aż całą twarz ma bladą, a zwłaszcza koniuszek nosa.

– Proszę uspokoić dziecko, tym bardziej, że mamy dzisiaj wizytę ważnego gościa.

Służąca wyglądała na zmartwioną, opuściła głowę i rzekła:

– Ja nie przygotowałam dodatkowej kolacji dla tego gościa, tylko dla państwa…

– Nieważne…, nieważne… To nie jest taki gość. To jest konsultant i nie chcę bliżej o tym mówić, aby to się nie rozniosło pośród sąsiadów w kamienicy. No, proszę iść do dziecka i zająć się nim tak, aby było grzeczne, zwłaszcza jak przyjdzie dzisiaj ten gość. Zrozumiałaś?

Służąca kiwnęła głową, zrobiła lekki dyg i wyszła. Po jej wyjściu do salonu wszedł mężczyzna i zapytał Paulinę:

– I co, ciągle go nie ma?

– Jeszcze nie przyszedł – odpowiedziała Paulina z niepokojem w głosie.

– Jak myślisz: weźmie duże honorarium? – zapytał mężczyzna.

– Nie potrafię powiedzieć. Czy on jest taki dobry?

– No, wiesz jest najlepszym psychiatrą dziecięcym w Monachium – rzekł mężczyzna o imieniu Herman i dodał: – Nasze małżeństwo jest takie udane, a z kłopotów wychodziliśmy najczęściej bez szwanku. Chociaż gdyby nie twoi rodzice i ich pomoc finansowa, byłoby nam trudno.

– To, że splajtowałeś na sprzedaży pierza, tego można było się spodziewać. Teraz sprzedaż tych urządzeń elektrycznych i wodno-kanalizacyjnych jest, trafiliśmy w dziesiątkę. Interes idzie bardzo dobrze.

Mąż odwzajemnił się komplementem:

– Twój ojciec zbił pokaźny majątek jako kupiec zbożowy. Odziedziczyłaś po nim zmysł praktyczny do pieniądza. Za to mały Albert chyba po dziadku odziedziczył sarkastyczny humor, potrafiący zranić prawie każdego.

Pan Herman skrzywił głowę i przez chwilę przysłuchiwał się uważnie:

– Chyba ktoś idzie po schodach.

– Może to jest on.

Po chwili usłyszeli dzwonek do drzwi i szybki tupot nóg służącej, która oczekiwała przyjścia gościa.

Pani Paulina pomyślała z lekkim strachem o tej wizycie. Postanowili z mężem dać ich synowi Albertowi to, co jest możliwe, zwłaszcza w okresie, kiedy jest jeszcze dzieckiem, bo gdy dojrzeje, będzie sobie musiał radzić sam. Zanim jeszcze zobaczyła człowieka, który za moment przekroczy próg, zastanowiła się, czy dobrze zrobiła, zapraszając na konsultację najbardziej renomowanego profesora psychiatrii z Monachium.

Właśnie wszedł i popatrzył przenikliwie na gospodarzy. Był to średniego wzrostu mężczyzna, po sześćdziesiątce, o siwiejących włosach, niebieskich oczach i z bliznami na twarzy po przebytym trądziku.

– Witam szanowną panią – powiedział, podchodząc do pani Pauliny i podając jej rękę.

Poczuła lekki uścisk chłodnej dłoni, ale obyło się bez wylewności, bez całowania ręki. W taki sam sposób przywitał się z panem Hermanem, po czym chwilę rozglądał się po salonie.

– Panie profesorze, jesteśmy zaszczyceni pańską wizytą. Mam nadzieję, że pan nam pomoże – rzekł gospodarz.

– Postaram się – odrzekł z uśmiechem doktor.

– Proszę, niech pan siada, może tutaj na kanapie.

Lekarz pokręcił przecząco głową:

– Nie, dziękuję. Wolałbym na krześle.

– Proszę, niech pan doktor siada.

Doktor usiadł, wyciągnął z teczki duży notes, okulary, pióro i położył to na stole. Pan Herman przyglądał się uważnie lekarzowi i przez chwilę się zastanawiał, jak dużo psychiatra zarabia. Był przygotowany na wysokie honorarium i wyciągnął dodatkowe pieniądze z konta bankowego. Marzył, aby w przyszłości Albert po ukończeniu odpowiednich handlowych szkół objął jego przedsiębiorstwo i jeszcze je rozbudował, a najlepiej powiększył o firmy w innych miastach. Ale cóż, na razie były to tylko marzenia, bo chłopiec miał trudności z mówieniem. Budowanie prostych zdań sprawiało mu kłopoty, a już zupełnie nie potrafił się płynnie wypowiedzieć. Nie umiał się bawić z dziećmi, separował się od innych, oddając się rozmyślaniom, nie wiadomo o czym i dlatego guwernantka sąsiadów nazywała go „nudziarzem”, a służąca wykrzykiwała na niego w ciągu dnia kilkakrotnie „gamoń”. Uzmysłowił sobie, że kocha swojego syna i pragnął mu pomóc w życiu, tak aby on przeżył je szczęśliwie, bogato i długo.

– Czy zawołać dziecko? – zwrócił się do lekarza.

Doktor podniósł przecząco dłoń i rzekł: [...] ■

Pełna wersja nagrodzonej pracy w Gazecie Lekarskiej **PREMIUM** na www.gazetalekarska.pl

Premium

Przez „wziernik” aparatu

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem: PRZEZ „WZIERNIK” APARATU. Realizację tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów.

Tegorocznej edycji wystawy towarzyszył będzie konkurs, w którym prace oceni profesjonalne jury. Wernisaż planowany jest na 19 października (niedziela, godz. 17.00), zaś ekspozycję będzie można oglądać jeszcze przez kilka kolejnych dni – do 24 października.

Zapraszamy do zaprezentowania swoich zdjęć nie tylko Koleżanki i Kolegów z OIL w Łodzi, ale także ze wszystkich okręgowych izb lekarskich w Polsce.

Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 6 października. Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja, miejscowość zamieszkania autora i ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelewa, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (42) 683 17 01.

Rajd Górski „Bieszczady 2014”

Premium

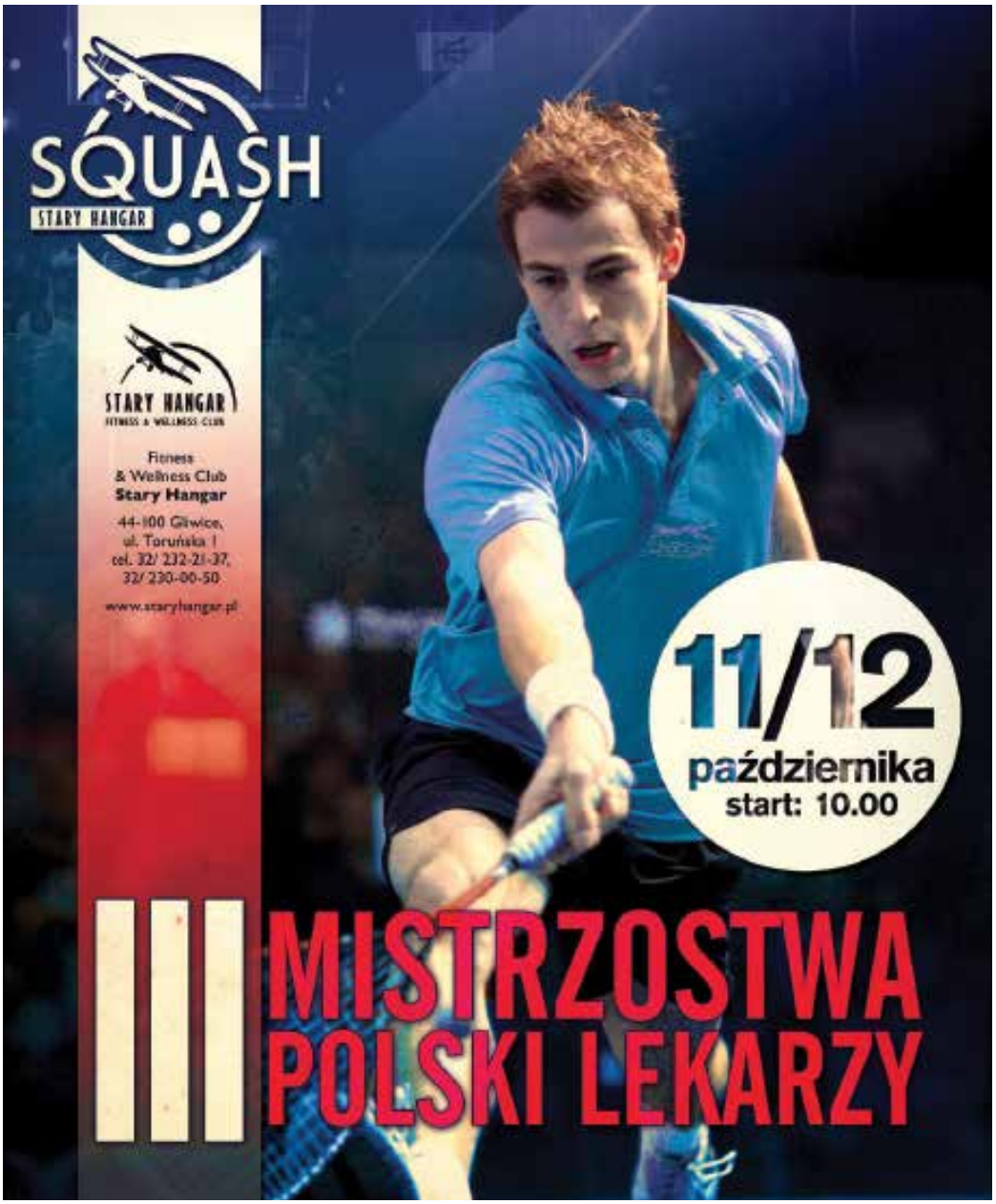
Obszerną relację z tego wydarzenia publikujemy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.

W dniach 2-10 sierpnia odbył się kolejny Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2014” zorganizowany przez Komisję Turystyki i Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie. Wsparcia udzieliła jak zwykle Komisja Sportu i Rekreacji Naczelnej Rady Lekarskiej. Funkcję komandora rajdu pełniła niezastąpiona Maria Szuber z OIL w Rzeszowie.

Wzięło w nim udział ponad 170 uczestników, a rozpiętość wieku była duża: najmłodsze uczestniczki miały kilka miesięcy, a najstarszy uczestnik 80 lat. Przewodnikami na górskich szlakach byli: Hubert Skuza i Michał Chruściel.

Dariusz Tuleja

FOTO: Dariusz Tuleja



VII MPL w Piłce Nożnej 6-osobowej

W dniach 14-15 czerwca odbyły się VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej, organizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie. Wzięło w nich udział 13 drużyn, reprezentujących okręgowe izby lekarskie z Polski.

Zmagania na murawie trwały dwa dni, a mecze rozgrywano w dwóch grupach. W tym roku mistrzostwo wywalczyła drużyna Medyk Zabrze, II miejsce zajęła reprezentacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, III – drużyna Klub PPMK. Drużyna z Częstochowy zajęła V miejsce.

Indywidualne nagrody dla zawodników przyznano w kilku kategoriach: najlepszy bramkarz – Paweł Cybulski z Poznania, najlepszy strzelec – Paweł Flis z Łodzi. Najlepszym piłkarzem został Maciej Pozowski z Zabrza, który otrzymał z rąk Dawida – brata Kuby Błaszczykowskiego – jego koszulkę.

Na uroczystość otwarcia mistrzostw przybyli m.in.: zastępca prezydenta Miasta Częstochowy – Ryszard Stefani, przeor Klasztoru Jasnogórskiego – o. Marian Waligóra oraz o. Faustyn Muir, a także przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie – Lesław Rudziński. Gości przywitali organizatorzy: Piotr Janik i Przemysław Klimas.

Zdjęcia z Mistrzostw publikujemy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl

Premium

Zaproszenie na XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB
20 września w Wieleniu nad Notecią
Początek zawodów o godzinie 10.00
tytuły Mistrza Polski
lekarze będą rywalizować
na dystansie Mega 57km
odpowiednich
kategoriach
wiekowych
Odbędzie się również
klasyfikacja
na dystansie
Mini 34km
Pozostali Medycy czyli:
pracownicy z dyplomami medycznymi oraz
studenci kierunków medycznych rywalizować
będą w klasyfikacjach open na dystansach MINI i MEGA
lekarze i Medycy niezależnie od branżowych kategorii
biorą udział w ogólnej klasyfikacji Michałków 2014
Wszelkie informacje na temat trasy, regulamin, program zawodów, lista zgłoszeniowa itp. na www.maraton.wielen.pl

Rodzinne mistrzostwa na plaży

Już po raz ósmy w gościnnym Niechorzu odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej. Rywalizacja sportowa odbyła się w czterech kategoriach: open, panów +45, pań oraz par mikstowych.

Wśród pań złoto zdobyły Ewa Buszkiewicz-Nowak (Poznań) i Dagmara Ziemska (Słupca). Turniej seniorów zdominowali lekarze Łódzkiej OIL: złoto dla Tomasza Chejchmana i Piotra Stachlewskiego (obaj z Koluszek). W turnieju open, w którym uczestniczyło 20 drużyn, zwyciężyli debiutanci Peter Kanyion i Bartosz Kuta (stażyści OIL w Gdańsku). W turnieju mikstów kolejne złote medale były dla Elżbiety Buszkiewicz-Nowak i Petera Kanyiona.

Krzysztof Makuch

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Ringo

26 września (piątek), w godz. 14.00-17.00, na Stadionie Klubu Sportowego „Spójnia-Warszawa" przy ul. Wybrzeże Gdyńskie 2, zostaną rozegrane XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo. Będzie to impreza towarzysząca Kongresowi Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej i obchodom 30-lecia kwartalnika „Medycyna Sportowa" (26 i 27 września, Centrum Olimpijskie, ul. Wybrzeże Gdyńskie 4).
Zgłoszenia i informacje: dr Krystyna Anioł-Strzyżewska, przewodnicząca Lekarskiego Klubu Ringo, tel. 600-362-792 lub 22-638-87-15, a także KKSiT OIL, tel. 668-356-102.

Więcej w Aktualnościach
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności

Białe barykady

Od 1989 r. mieliśmy dziewiętnastu ministrów zdrowia, a piętnastolatka systemu ubezpieczeń zdrowotnych zakręciła na karuzeli prezesów NFZ dziesięciorgiem menedżerów.

Każdy z tej blisko trzydziestki decydentów był sympatyczny przed wyborami, nieco oschły od czasu namaszczenia, rozmowny po wyrzuceniu lub rotowaniu i znów sympatyczny przed kolejnym rozdaniem przy urnach. Każdy prezentował inny pomysł na ratowanie systemu, ale w praktyce żaden nie myślał o białym personelu. Jedna z czterech „wielkich reform" zapowiadała poprawę bytu lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale docelowo doprowadziła do wzrostu emigracji zarobkowej. Inne „reformy" właśnie się sypią: przyszłych emerytów znów czaruje ZUS; w szkołach mają nowy pomysł, jak uczyć czytania ze zrozumieniem, a samorządy stały się niejednokrotnie bastionem partyjnych walk o rząd dusz ze wsi i miast.

Z tego zapewne powodu historia protestów nie ominęła polskich lekarzy. W zbiorowej pamięci zostało jednoznaczne przekonanie, że gdyby nie aktywne działania na rzecz poprawy warunków pracy i lepszych zarobków, nadal byłyby one polityczną obietnicą na przyszłość. Od 1990 r. nieustannie piszemy petycje, stanowiska, uchwały, składamy pozwy do sądu, prosimy o pomoc Rzecznika Praw Obywatelskich i tracimy cierpliwość. 25 maja 1996 r. lekarze tłumnie wyszli na ulice Warszawy – z flagami, transparentami, okrzykami. Kolejne przemarsze były raz liczniejsze, innym razem mniej liczne, ale konsekwentnie walczyły o godność lekarza i pacjenta – dwóch sierot zmieniającego się państwa.

Różne były formy i pomysły, aby nas wysłuchano. Ciąg zdarzeń był długi: protest anestezjologów i chirurgów, zawiązywanie związków zawodowych i stowarzyszeń kas chorych, komitetów obrony reform, bunt wypisywania zwolnień lekarskich, zamykanie przychodni na przełomie roku, popieranie białych miasteczek i szczytów, złość na przymiarkę wojskowych kamaszy, urlopy na żądanie, grożenie masowymi wypowiedzeniami z pracy, niedalekie odejścia od łóżek chorych i zawieszanie zabiegów planowych. W tym czasie wyzywano nas od terrorystów, przystawiano alkomaty do ust, szukano marek aut w lekarskich garażach, montowano kamery.

Władza konsekwentnie parła na swoją modłę do reform, które wydłużały kolejki, obiecując ich skrócenie, obniżały koszty leczenia, wciąż je podnosząc, wprowadzały systemy elektroniczne, które do dzisiaj nie widzą części ubezpieczonych, w tym konstytucyjnie uprawnionych do bezpłatnego leczenia dzieci.

Reformy zdrowia zawsze przychodziły w pakietach. Czasem trudno zorientować się, w której paczce pod choinką zamontowano bombę wybuchającą w Nowy Rok. Czasem trudno nanieść poprawki do ustaw, które trzeba byłoby pisać od nowa, bo są tak bez sensu, jak szpital nazwany przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego.

Na białą barykadę rzuciliśmy już prawie wszystko! Podpisy pod obywatelskimi ustawami, pieczątki z odsyłaczem do Narodowego Funduszu Zdrowia, brak woli wystawiania refundowanych recept w gabinetach prywatnych, gardła pełne wołaczy, wykrzykników, pytajników i złamanego głosu. Są tacy, którzy na stos rzucili karierę i tacy, którzy na barykadzie tę karierę rozpoczęli, szybko zapominając o jej korzeniach.

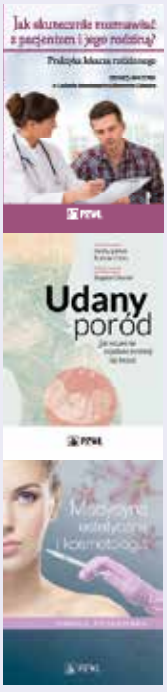
We współczesnym świecie za najlepszy oręż uznaje się działania wizerunkowe. Nasze postulaty mogłyby trafić na billboardy, nieść się echem fal radiowych i cyfrowo odbijać w pamięci telewizyjne ogłoszenia, które obronią prestiż lekarskiego zawodu. Ta barykada jest wątła, czuła na każdą nutę hipokryzji i prywaty, ale może stać się ostatnią deską ratunku. Niestety przerzuca odpowiedzialność za postrzeganie środowiska wyłącznie na jego reprezentantów i dobrane przez nich narzędzia medialnego oddziaływania, co przy dużej różnicy zdań między nami może doprowadzić do poczucia gry do przeciwległych bramek.

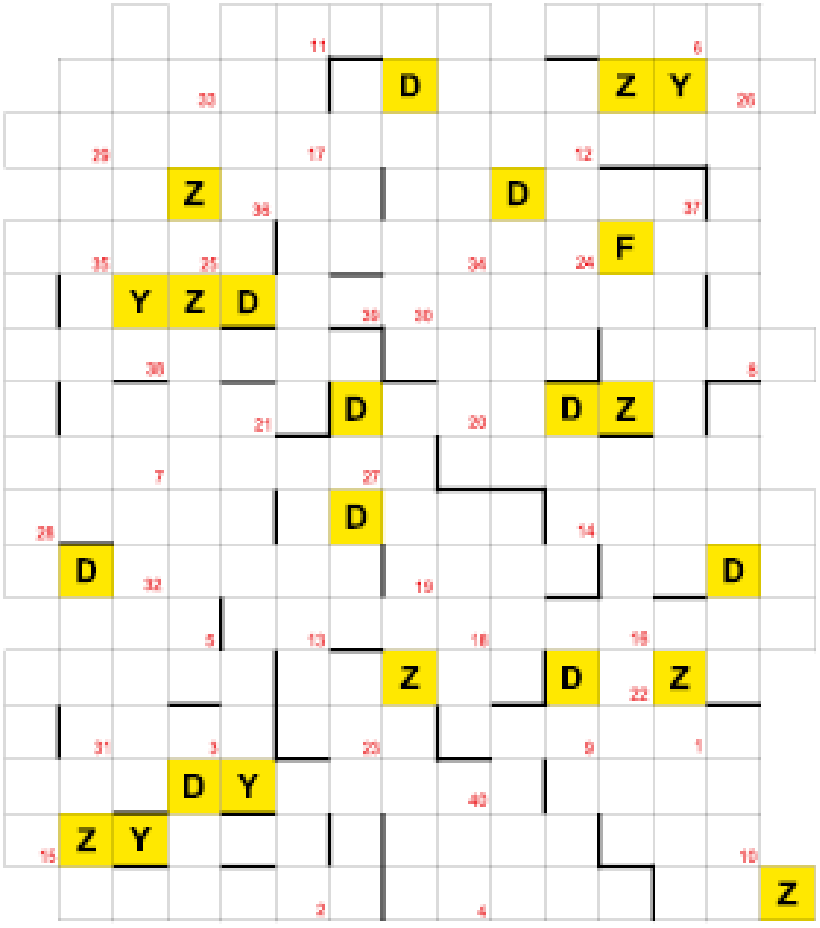
Na koniec. Zawsze myślałem, że drogą do zwycięstwa jest pacjent. Ale, tak jak ja nie interesuję się losem nauczycieli, listonoszy czy górników – tak i oni po wyjściu z gabinetu mają za nic moje problemy. Oczywiście pod warunkiem, że nie są jednocześnie ich problemami, kolejkami i drożyzną w aptekach, o których trzeba im spokojnie opowiedzieć. To ważna, zwielokrotniona barykada każdego ze 178 tysięcy spośród nas. ■

Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL"

Jolka lekarska 200





Objaśnienia 76 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: D, F, Y i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na kartcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 października 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

* nauka o chorobach uszu * terytorium ze Stepanakertem * kapłani Celtów * miłośnik Talii i Melpomeny * skóra (ang.) * atrybut Terpsychory * schizma * starofrancuski taniec z Bretanii * pętla bakteriologiczna * niezwykła historia, wesołe widowisko * patron mięśni podtrzymujących cewkę moczową, pochwę i odbytnicę * japońska złotówka * stolica Tamilnadu * rywale Dakotów i Czarnych Stóp * imię Jurka * implantacja * imię Dymnej * Lach * kamień ozdobny z wypukłym reliefem * zespół ogniw lub armat * zrzucanie sierści * najpopularniejsza opera kryminalna Pucciniego * japońska mniszka buddyjska * stan z Boise * rywal Pumy * skóra na rękawiczki * powietrze w jamie ciała * malec, smyk * Perć z Granatami * kolorowy ołówek * biały kwitnie dla zakochanych * stolica Asyrii * pseudo Toeplitza * spiekota, gorąco * minicząstka filmu * 6-aminopuryna * z rubryczkami * bronił jej Raginis * przyjęcie do pracy * rano bez niej człek niemrawy * plakat * Sankurfa krzyżowców * Wilhelm i Paul, konstruktorzy broni palnej * zamyka od góry kadłub statku * okres rozkwitu umysłu po 40-ce u Greków * dwoistość * hydroksosiarczan potasu i żelaza * kanton z Altdorf * dawny neseser * dorosła postać owada * kraina z Kolonią i Moguncją * defensywa * Czesław, dobry duch TdPologne * dawka * Stefan, ojciec Wacka, z duetu z Markiem * topór, tomahawk * mają dziób ze skórzastym workiem * parlament Rosji * kulminacja górna * wyżyna ze źródłami Benue * Big ..., śpiewa w Kiepskich * matka Izaaka * adenina z rybozą * stolica dep. Aisne * wprowadzenie w życie * poemat Słowackiego z 1938 r. * padlinożerca o upiornym śmiechu * kąt do orientowania pomiarów geodezyjnych * imię Weissfloga, poprzednika Małysza * białko paznokci (łac.) * ścieżka cmentarna * rzeka norwesko-szwedzka (dł. 450 km) * płynie w Bernie * odzyskiwanie długów * gród * resanatio

BJER

PZWL

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 198 („GL" nr 5/2014)
Będziesz smutny jeśli będziesz sam. Owidiusz

Nagrody otrzymują: Hanna Konopińska (Poznań), Stanisław Podsiadło (Bisztynek), Beata Kasprowicz (Świebodzin). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Wydawca:

Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 164 460 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
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 Sokołowska (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.tarczynska@gazetalekarska.pl

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

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