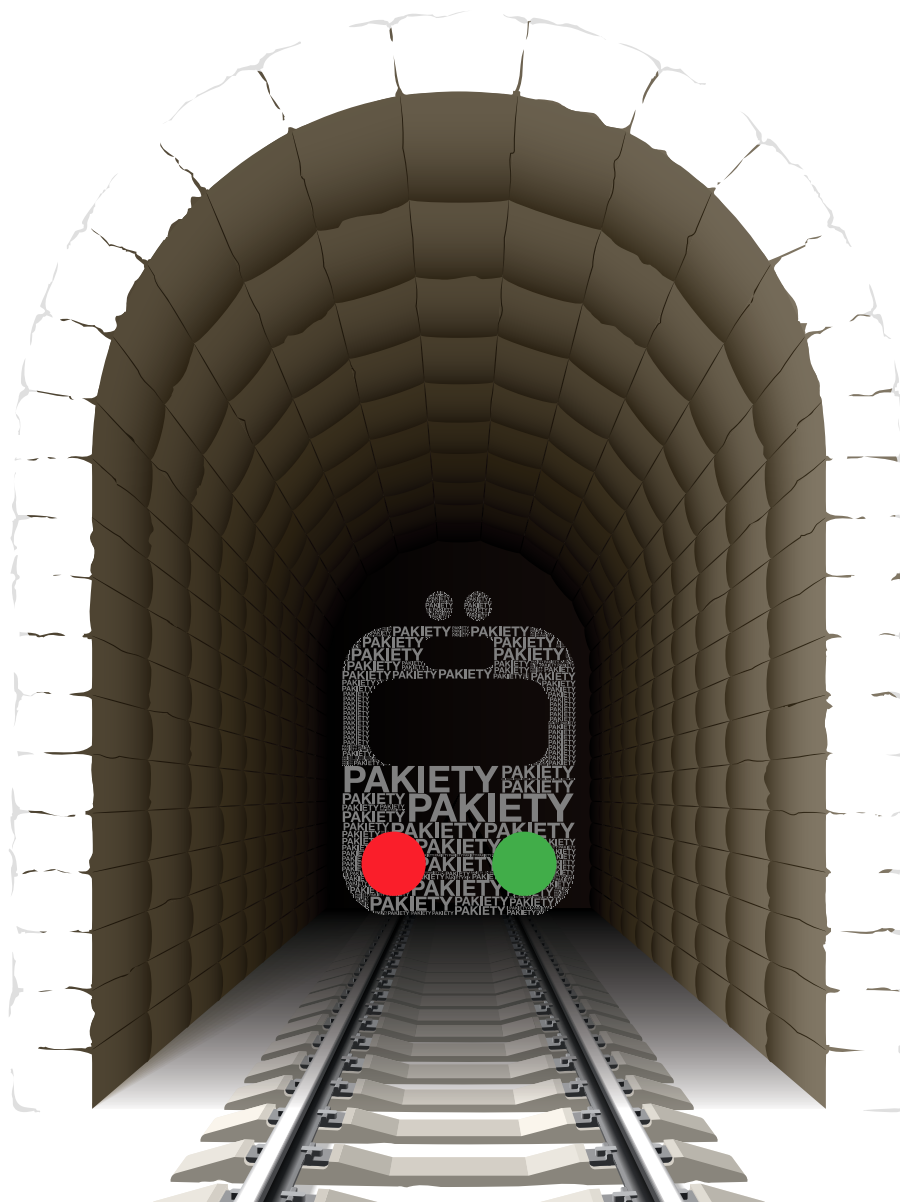


Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



12

Temat miesiąca

Kolejki i onkologia:
sprawdzamy pakiety

24

Samorząd

Jeśli nie my,
to kto?

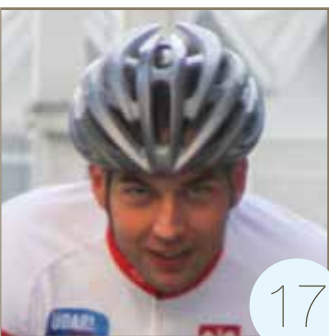
46

Ochrona zdrowia na świecie

Jak wygrywa się
z próchnicą

Spis treści

28.02



17



28



35



48

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** O rzetelności i etyce zawodowej
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Gorący początek roku
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Sądny dzień Sylwester
- 12 **Temat miesiąca:** Kolejki i onkologia: sprawdzamy pakiety
- 16 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:** Nowy komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności Unii Europejskiej
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Sport pomaga odreagować
- 20 **Samorząd:** Zaufanie do zawodu lekarza
a substancje psychoaktywne
- 22 **Samorząd:** Sam pełnomocnik nie załatwi sprawy
- 24 **Samorząd:** Jeśli nie my, to kto?
- 28 **Historia:** Odprawa posłów i senatorów lekarzy
- 31 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Teleportacja
- 32 **Stomatologia:** Specjalista potrzebny od zaraz
- 35 **Stomatologia:** Amalgamat i wizja roku 2020
- 38 **Kultura/Sport:** Kalendarz imprez kulturalnych i sportowych 2015
- 40 **Prawo i medycyna:** Uchylenie tajemnicy zawodowej
- 42 **Praktyka lekarska:** Lekarze w badaniach
opinii społecznej w 2014 roku
- 44 **Praktyka lekarska:** Homeopatia dołem
- 46 **Ochrona zdrowia na świecie:** Jak wygrywa się z próchnicą
- 48 **Indeks korzyści:** Jak syrop malinowy
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Recepta na smutek
- 51 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Na szczęście jest odwrotnie
- 52 **List do redakcji:** Kilka słów o zakazie reklamy
- 53 **List do redakcji:** Najstarsi pacjenci powinni mieć szansę
leczenia w oddziale geriatry
- 54 **Błąd malarski:** Pod wiatr
- 56 **Kultura:** Wysłuchani
- 57 **Kultura**
- 58 **Sport**
- 60 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (48) / J. Wanecki:** Suplement
- 66 **Jolka lekarska**

Do tego dnia należy złożyć sprawozdanie o pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych i grupowych (formularz MZ 88) oraz sprawozdanie o specjalistach pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych (formularz MZ 89).

28.02

Mija termin składania sprawozdań: o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc (formularz MZ 13), o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej (formularz MZ 14) oraz z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (formularz MZ 15).

25.04

OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z całej Polski na siedmiodniową pielgrzymkę do Fatimy. Poprowadzi ją Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia. Kontakt: tel. 22 542 83 30, email: praca@warszawa.oil.org.pl.

Przypominamy!

Od stycznia obowiązują nowe zasady dotyczące odbywania kształcenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Szczegóły w Aktualnościach na www.gazetalekarska.pl w zakładce prawo.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

O rzetelności i etyce zawodowej

Jestem przekonany, że większość z Państwa po przeczytaniu powyższego tytułu jest pewna, że rzecz będzie o lekarzach. Nie dziwię się.

Gdybym sam przeczytał taki tytuł w prasie, zwłaszcza zaś, gdybym zobaczył go na monitorze, tak bym pomyślał. Nasze skojarzenie to owoc przenikania do naszej świadomości i podświadomości tonu i sposobu informowania społeczeństwa o przedstawicielach naszego zawodu. Lekarze z całą pewnością są tymi, którym najczęściej media i politycy przypominają o zawodowej etyce i konieczności rzetelnego wykonywania zawodu. W moim głębokim przekonaniu, w zdecydowanej większości są to wysiłki kompletnie zbędne. Odsetek lekarzy, którzy są w swojej ciężkiej pracy rzetelni i etyczni, jest odwrotnie proporcjonalny do obrazu naszego zawodu w mediach. Lekarz w telewizorze to albo oszust wyludzający pieniądze z zacnej instytucji, jaką jest NFZ, albo pijak, który ma 2,1 promila, przyjmując pacjentów w poradni. W najlepszym przypadku jest to jegomość reklamujący pastę do zębów, oczywiście tę najlepszą na świecie. Jednak pierwsze Państwa skojarzenie jest błędne. Nie o lekarskiej rzetelności i etyce zawodowej chcę pisać, ale o... dziennikarzach. Jestem trochę w niezręcznej sytuacji, bowiem od kilkunastu lat jestem dziennikarzem amatorem. Najpierw w piśmie izby okręgowej, a od lat pięciu w „piśmie izb lekarskich”, jak stoi w podtytule „Gazety Lekarskiej”. Będę zatem pisał o swoich kolegach, o tym, jak piszą, jak pokazują, jak traktują moich kolegów lekarzy. Prawie każdy z nas miał okazję przekonać się na własnej skórze, jak potrafi różnić się obraz przedstawiony w mediach od rzeczy-

wistości. Wystarczy, że zostanie opisane wydarzenie, którego uczestnikami byliśmy. Jeszcze bardziej irytuje nas przeinaczona, a nie autoryzowana wypowiedź. Ponieważ zawsze przypisuję ludzkim działaniom dobre intencje, długo trwałem w przekonaniu, że te pomyłki i przeinaczenia to skutek pośpiechu, bałaganiarstwa, w najgorszym razie – niekompetencji. Przy okazji: ilu palców potrzebują Państwo, aby wymienić dziennikarzy kompetentnie oraz rzetelnie mówiących i piszących o medycynie? Zarówno w mediach lokalnych, jak i ogólnopolskich? W ostatnich latach, szczególnie w ostatnich miesiącach, mamy do czynienia, przynajmniej w moim przekonaniu, z działaniami świadomymi i ewidentnie tendencyjnymi. Nie jestem wyznawcą teorii spiskowych. Oponuję, kiedy ktoś z moich kolegów mówi: „wiadomo, kto za tym stoi”, „wiadomo, komu jest to na rękę”. Ja nie dopatruję się w tych działaniach inspiracji pozadiennikarskiej. Boli mnie tym bardziej to, jaką krzywdę wyrządza się lekarzom, a co gorsza, pacjentom, podważając ich zaufanie do lekarzy. Niby wszyscy wiedzą, że zaufanie chorego do lekarza jest równie ważne jak tegoż wiedza merytoryczna, ale tak wiele ostatnio się robi, aby to zaufanie podważyć, że zaczyna to być niebezpieczne. Niebezpieczne nie dla lekarzy, bo ci swoją rzetelną pracę się obronią, ale dla procesu leczenia. Prywatnie wielu dziennikarzy przyznaje, że zna wspaniałych doktorów, ale obraz stworzony w mediach w jaskrawy sposób temu przeczy. ■

Migawka

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uchylił decyzję Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznając wydanie przez NRL stanowiska w sprawie stosowania metod o niepotwierdzonej skuteczności terapeutycznej homeopatii za zмовę monopolową. Więcej na ten temat pisze sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł (str. 44).



FOTO: Wikipedia.org



Czas pracy lekarzy

Rubryka ta była już dwukrotnie poświęcona zagadnieniom czasu pracy lekarzy. W tym wydaniu zajmujemy się tą kwestią już po raz trzeci, ponieważ mamy nowe orzeczenia w tej sprawie, które warto są analizy i komentarza.

Omawiane były odmienne poglądy różnych składów Sądu Najwyższego na uregulowane w ustawie o działalności leczniczej zasady wynagradzania lekarzy za czas pełnienia dyżuru medycznego. W jednych orzeczeniach uznawano, że za dyżur przysługuje odrębne wynagrodzenie jak za godziny nadliczbowe (wynagrodzenie z dodatkiem) – nawet jeśli dyżurując, lekarz nie wypracował normy etatowej – a godziny pracy raz zaplanowane jako dyżur muszą takimi pozostać i nie można po przepracowaniu zaliczać ich do nominalnego czasu pracy. W innych przyjmowano, że lekarz, który dyżuruje tyle godzin, że korzystając z przysługującego mu odpoczynku, nie ma możliwości wypracowania swojego nominalnego czasu pracy, nie może być wynagrodzony za czas nieprzepracowany w normalnym czasie pracy, bo nie był wtedy gotowy do świadczenia pracy.

Dostrzegając pewną niezręczność takiej sytuacji, kolejny skład Sądu Najwyższego, któremu przyszło zmierzyć się z rozstrzygnięciem sporu wynikłego na tle praktycznie identycznego stanu prawnego, postanowił przekazać sprawę powiększonemu do siedmiu osób składowi orzekającemu. Wyraził przy tym swoje zapatrywanie na tę kwestię, wskazując, że trudno jest stwierdzić, że lekarz nie jest gotowy do pracy w umówionym wymiarze, bo przeszkadza w tym planowanie przez pracodawcę takiej liczby dyżurów, że niemożliwie jest wypracowanie etatu.

Siedmiu sędziów Sądu Najwyższego w uchwale z 6 listopada 2014 r. przedstawiło zupełnie nowe argumenty na rozstrzygnięcie tego problemu.

Sąd wskazał, że jeśli praca nie przekracza wartości, jaką jest norma czasu pracy, to nie może być pracą ponadnormatywną. Powołując się na treść przepisów dopuszczających możliwość planowania dyżuru również ponad tygodniową normę czasu pracy, sędziowie uznali, że dyżur odbywać się będzie zarówno w ramach normy, jak i ponad nią – dopełniać ją i ją przekraczać. To z kolei przesądza o tym, że dyżur medyczny nie może być w całości kwalifikowany w kategoriach pracy ponadnormatywnej czy

pracy nadliczbowej. Zauważyli oni również, że definiując w ustawie o działalności leczniczej pojęcie dyżuru medycznego, ustawodawca nie odniósł się do norm czasu pracy czy wymiaru czasu pracy (jak to zrobił w kodeksie pracy), ale do wykonywania czynności zawodowych „poza normalnymi godzinami pracy”. To również oznacza, że dyżur nie jest wyłącznie wykonywaniem pracy ponad przeciętną normę tygodniową. Normalne godziny pracy to dla lekarza godziny wyznaczone mu w harmonogramie w ramach dobowej normy czasu pracy, a dyżur to czas przypadający poza takimi normalnymi godzinami pracy. Zdaniem powiększonego składu Sądu Najwyższego odpowiednie stosowanie przepisów kodeksu pracy do wynagradzania za dyżury musi odnosić się do przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy, a nie do normy dobowej. Czas dyżuru musi być wobec tego zestawiony z przeciętną tygodniową normą czasu pracy z wyróżnieniem godzin dopełniających tę normę i przekraczających ją.

Kodeksowe wynagrodzenie za pracę nadliczbową składa się z normalnego wynagrodzenia za pracę i dodatku – normalną stawkę godzinową dopełnia dodatek za pracę nadliczbową. Zgodnie z omawianym orzeczeniem umówione wynagrodzenie lekarza odpowiada nakładowi jego pracy w obowiązujących go normach czasu pracy. Dlatego jeśli dyżur medyczny uzupełnia przeciętną tygodniową normę czasu pracy lekarza, to otrzymuje on za to wynagrodzenie określone umową i nie można tego wynagrodzenia niejako „podwajać”. Należy mu tylko za ten czas wypłacić dodatek, jaki przepisy przewidują za pracę w godzinach nadliczbowych. Wyznaczenie dyżurów nie może doprowadzić do wyłączenia pracy w pełnym normalnym wymiarze czasu i dopuszczalne jest dopełnienie dyżurem obowiązującej lekarza przeciętnej normy tygodniowej. Nie ma więc problemu wynagradzania za czas nieprzepracowany w ramach normy.

Uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego została podjęta 6 listopada 2014 r. w sprawie sygn. akt I PZP 2/14.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Gorący początek roku

Nowy rok przywitaliśmy nie tylko hukem fajerwerków,
ale i fajerwerkami pomysłów Ministerstwa Zdrowia.

Publiczne zapewnienia Bartosza Arłukowicza, składane przed sejmową Komisją Zdrowia 18 grudnia, a kierowane bezpośrednio do mojej osoby zapewniające, że „chaosu nie widać i że pakiet jest przygotowany zarówno legislacyjnie, jak i organizacyjnie”, nie sprawdziły się niestety. Sprawdziły się za to zapewnienia pana ministra, że „jest zdeterminowany, aby pakiet wprowadzać”, mimo że zarzuty względem pakietu składali prawie wszyscy przedstawiciele środowisk medycznych oraz posłowie – nie tylko opozycji. Mamy chaos i nie zmieni tego fakt podpisywania porozumień z grupami lekarzy rodzinnych. Sytuacja nie jest stabilna ani dla nas lekarzy, ani tym bardziej dla pacjentów.

Przed wszystkim istnieje ogromne niedoinformowanie, co ile w systemie kosztuje. Problem również w tym, że nikt nie chce powiedzieć pacjentowi prawdy, że pieniędzy jest i tak za mało. Pan minister rzucał kwotę 40 zł na badania, nie informując, że to rocznie i że to niewiele ponad 3 zł miesięcznie i nie podając, że koszt prześwietlenia klatki piersiowej to 40 zł, a z profilem bocznym – 50 zł, USG jamy brzusznej – 50 zł, tarczycy – 50 zł, gruczołu krokowego – 50 zł i tak dalej. Pan minister nie zaproponował rozwiązania polegającego na pokrywaniu kosztów badań niezbędnych w diagnostyce skriningowej przez NFZ, oddzielając je od pokrywania lekarzom rodzinnym kosztów osobowych i lokalowych ich funkcjonowania. Wołał powiedzieć: „Lekarz ma wreszcie zbudowany system motywacji do tego, żeby badać”. Wygląda na to, że do tej pory wszyscy szli na medycynę z przekonaniem, że nie będą badać pacjentów, bo nie mają motywacji. Pan minister nie wytłumaczył, że pominięto w pakiecie onkologicznym bezlimitowe świadczenie usług przez hospicja onkologiczne i finansowanie opieki paliatywnej pacjentów tych hospicjów. Ale potrafił powiedzieć: „Musiałem się zająć pacjentami, i to zrobiłem”. Pan minister nie miał obiektywności, aby mówić, że lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego to są „ludzie, którzy pogubili się w ocenie tego, jaki jest cel, jakie są środki, którymi dysponują”, ale nie odważył się powiedzieć, jaka jest ocena rządu, jaki jest cel w ochronie zdrowia i jakie są środki, którymi państwo na całość systemu dysponuje.

Ochrona zdrowia nadal pozostaje w centrum zainteresowania mediów, co jest świadectwem na to, że organizacja systemu opieki zdrowotnej budzi wiele wątpliwości w społeczeństwie. Aktywizują się zarówno sami

lekarze, którzy coraz częściej zwracają się do izb, wskazując niedoręczności systemu, opierając się na własnym doświadczeniu czy dzieląc się obserwacjami kolegów. W mediach z kolei pojawiają się przejmujące, autentyczne listy i komentarze lekarzy opisujących, w jaki sposób naprawdę funkcjonują: „Każdego roku dochodzi nowa praca. Część jest widoczna dla wszystkich, bo większą część czasu patrzę w monitor i stukam w klawiaturę [...] Lekarze i tak nie są w stanie prowadzić kartotek w sposób zgodny z przepisami i bezpieczny dla siebie, bo starają się wypełnić swoje podstawowe zadanie leczenia pacjentów” – napisała lekarka z 30-letnim stażem, a jej list spotkał się z uznaniem internautów wielu portali. Zdarzają się także niestety programy, w których dziennikarze celowo i wręcz z premedytacją wykorzystują sytuację w ochronie zdrowia do antagonizowania pacjentów i lekarzy oraz niesłusznego oczerniania całego środowiska. Pozostaje mi mieć nadzieję, że autorzy tych pełnych manipulacji programów, zrezygnują w końcu z pogoni za sensacją na rzecz pogoni za rzetelnym dziennikarstwem. I że pomoże im w tym Rada Etyki Mediów, do której zwrócę się z prośbą o skrupulatną ocenę materiałów, w których redaktorzy wręcz naginają rzeczywistość do zaplanowanej tezy.

Z radością przyjąłem wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, dotyczący homeopatii. Czekamy na pisemne uzasadnienie wyroku i mam nadzieję, że przekona ono UOKiK do słuszności podjętej przez sąd decyzji i nie będzie apelacji. Przypomnę tylko, że istotą sprawy jest brak naukowych dowodów potwierdzających terapeutyczną skuteczność produktów homeopatycznych. Z faktu dopuszczenia do obrotu produktu homeopatycznego nie można bowiem w żaden sposób wnosić o jego skuteczności. Szczególna – uproszczona – procedura dopuszczania tych środków do obrotu nie przewiduje konieczności wykazania ich działania terapeutycznego. W tej kwestii prowadziłem również korespondencję z wiceministrem zdrowia Igiem Radziejewiczem-Winnickim, który napisał między innymi, że „postrzeganie zdrowia w kategoriach konsumerycznych staje się niepokojącym zjawiskiem, stając się łatwym obiektem działań marketingowych, stymulujących konsumpcję dóbr złudnie obiecujących pozytywny efekt zdrowotny”. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Noworocznie o pakiecie

„Minister Zdrowia, mimo ostrzeżeń licznych ekspertów i środowisk medycznych, wprowadza coraz liczniejsze utrudnienia i ograniczenia, które uniemożliwiają lekarzom sprawowanie właściwej opieki nad pacjentami. Rozbudowywana sprawozdawczość, co raz to nowe formularze, karty i wskaźniki mają ukryć brak środków i pomysłów na poprawę systemu, z którego niezadowolona jest ogromna większość społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia. Jednocześnie niedoszacowanie wartości świadczeń zdrowotnych prowadzi często do nadmiernych oszczędności organizacyjnych, co uderza w jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów” – napisało prezydium NRL w stanowisku z dnia 3 stycznia 2015 r. Stanowisko było poprzedzone wystosowanym cztery dni wcześniej przez prezesa NRL Macieja Hamankiewicza listem otwartym, w którym stanowczo sprzeciwia się antagonizowaniu przez ministra zdrowia, Bartosza Arłukowicza, lekarzy i chorych, którzy „są w równym stopniu ofiarami niekompetencji urzędników, arogancji władzy w zakresie przedstawiania niespójnych informacji na temat wdrożeń oraz propagandy politycznej, która ma ukryć niedoskonałości systemowe”. Pełne treści stanowiska i listu znajdują się na stronie www.nil.org.pl, a ich treści były wielokrotnie prezentowane w mediach.

Samorząd lekarski od początku krytycznie odnosił się do złych pomysłów reformowania systemu ochrony zdrowia autorstwa ministra Arłukowicza. Jeszcze na początku grudnia 2014 r. Naczelna Rada Lekarska apelowała o wstrzymanie wejścia w życie chaotycznie i pośpiesznie przygotowanych przepisów.

Wspólna konferencja

– Oczywiście samorząd lekarski popiera tych lekarzy, którzy dzisiaj stanęli wobec niezwykle trudnych decyzji, a także stali się obiektem obraźliwej kampanii nienawiści. Są straszeni, naciskani w sposób, który nie licuje z zasadami państwa prawa. Będziemy ich bronić, ale jednocześnie zwracamy się do polityków, także do

wszystkich obywateli o to, aby spokojnie porozmawiać, jak powinien wyglądać polski system ochrony zdrowia – mówił Konstanty Radziwiłł, sekretarz NRL, podczas konferencji prasowej zorganizowanej 5 stycznia br. przez Porozumienie Zielonogórskie z udziałem Naczelnej Rady Lekarskiej, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Polskiej Federacji Pracodawców Prywatnych.

Rezygnacja konsultanta

„Jestem oburzony działaniami decydentów, którzy swoją postawą doprowadzają znakomitości świata medycyny do tak stanowczych decyzji” – napisał prezes NRL do prof. Adama Windaka w związku z jego decyzją o rezygnacji z funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, spowodowanej wprowadzanymi zmianami systemowymi. Prof. Windak w liście skierowanym do lekarzy rodzinnych napisał, że wdrażane w ostatnich miesiącach zmiany systemowe nigdy nie spotkały się z jego akceptacją, a dużą część z nich uważa za niebezpieczne zarówno dla medycyny rodzinnej, jak i całego systemu ochrony zdrowia w Polsce, przede wszystkim pacjentów powierzonych opiece lekarzy. Zwrócił też uwagę, że w gronie konsultantów wojewódzkich wypracowane zostały rozwiązania kompromisowe, stanowiące próbę stabilizacji systemu kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych, ale zostały one zanegowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Czas na opinię?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wpłynął do biura Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 29 grudnia br. Tego samego dnia upływał wyznaczony przez Ministerstwo Zdrowia termin zgłaszania uwag do przedmiotowego projektu rozporządzenia,



**Konferencja prasowa zorganizowana 5 stycznia przez
Porozumienie Zielonogórskie z udziałem m.in. Naczelnej Rady Lekarskiej.**

co w praktyce czyniło niemożliwym zapoznanie się z treścią proponowanych rozwiązań legislacyjnych i odniesienie się do nich. Co więcej, w dniu 29 grudnia br. o godz. 14.52 Ministerstwo Zdrowia rozesłało pocztą elektroniczną pismo wiceministra zdrowia Piotra Warczyńskiego informujące post factum, że ww. termin zgłaszania uwag ulega skróceniu do godz. 12.30 tego dnia. Taki sposób prowadzenia konsultacji społecznych przez Ministerstwo Zdrowia został skrytykowany przez prezesa NRL jako kolejny przypadek „urządzania przez Ministerstwo Zdrowia farsy z konsultacji społecznych”.

Kasy fiskalne – co należy wiedzieć?

„Czy, jeśli prowadzę działalność – praktykę w miejscu wezwania oraz w podmiocie leczniczym, ale świadczę w rzeczywistości usługi TYLKO dla przedsiębiorstw i wystawiam faktury, i nie świadczę faktycznie usług dla osób fizycznych (pomimo takiej możliwości), to także muszę obligatoryjnie posiadać kasę fiskalną?” – takie i wiele innych pytań pojawia się w związku z obowiązkiem stosowania przez lekarzy kas fiskalnych. „Gazeta Lekarska” na swoim portalu www.gazetalekarska.pl przygotowała specjalny poradnik, w którym na bieżąco, w porozumieniu z Ministerstwem Finansów, odpowiada na zadawane pytania. Na to pytanie otrzymaliśmy odpowiedź MF, że podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz innych niż wymienione w art. 111 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług podmiotów nie mają obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kasy rejestrującej, co oznacza, że nie mają również obowiązku posiadania takiej kasy. Dotyczy to również przedstawionej w zapytaniu sytuacji, gdy lekarz świadczy usługi medyczne tylko dla przedsiębiorstw (przedsiębiorców).

W poradniku – oprócz zadawanych pytań, znajdują się też elementy dotyczące m.in. zgłoszenia do Urzędu Skarbowego, fiskalizacji kasy, oznakowania numerem ewidencyjnym i wiele innych.

Prawo farmaceutyczne

Do NIL wpłynął poselski projekt ustawy o zmianie ustawy „Prawo farmaceutyczne”. Prezydium NRL zaznaczyło, że choć istnieje konieczność nowelizacji ustawy „Prawo farmaceutyczne”, to minister zdrowia i rząd, a nie grupy posłów, są odpowiedzialne za zapewnienie niezbędnej dostępności do leków wszystkim chorym.

Przy okazji projektowanej nowelizacji ustawy „Prawo farmaceutyczne”, Prezydium przypomniało o wielokrotnie zgłaszanej przez samorząd lekarski konieczności zmiany przepisów gwarantujących produktom homeopatycznym tzw. uproszczoną procedurę dopuszczania ich do obrotu – szczególnie w zakresie braku obowiązku podmiotu odpowiedzialności dostarczenia dowodów skuteczności i bezpieczeństwa.

Projekt dotyczący lekarzy dentyistów

W ocenie Prezydium NRL praca lekarza dentyisty w każdą sobotę nie powinna być dodatkowo punktowana, a m.in. taka propozycja pojawiła się w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezydium wskazało, że poza leczeniem stomatologicznym w świadczeniach ambulatoryjnych nie występuje kryterium rankingujące pracę w soboty. „W przypadku, gdy lekarz dentyista wykonuje zawód w formie indywidualnej praktyki, która ze swej istoty opiera się na jego osobistej pracy, a nie na pracy zatrudnionego personelu, konkurowanie pracą w każdą sobotę jest nadmiernie utrudnione” – stwierdza.

Ponadto w projekcie zarządzenia pojawił się plan zwiększenia dodatkowo ocenianego kryterium posiadania pozostałego personelu z dotychczasowych 50 proc. czasu poradni do pełnego wymiaru czasu pracy poradni, co spotkało się z postulatem Prezydium, aby zostawić to dodatkowo oceniane kryterium na dotychczasowym poziomie.

Kolejne zapropo-
nowane rozwiązanie
przewiduje dodatko-
we punkty za jeden
dzień pracy lekarza
dentyisty do godz.
18.00 przypadający
na każde 0,5 etatu
przeliczeniowego.
Prezydium zapro-
ponowało obniżenie
tego wymogu po-
przez przyjęcie, że
premiowany jest je-
den dzień pracy leka-
rza dentyisty do godz.
18.00 na każdy cały
etat przeliczeniowy. ■



Tego samego dnia prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz minister zdrowia Bartosz Arłukowicz byli gośćmi specjalnego wydania programu „Tak czy Nie” w Polsat News.



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Ostatni Sylwester to kolejna odsłona z długich dziejów bałaganu w ochronie zdrowia. I znów – przynajmniej w mediach – gorąco, nerwowo i groźnie. I jak zwykle dzielny w oczach mainstreamu minister zdrowia, który ani myślał ugiąć się przed szantażystami w białych fartuchach, gotowych – dla kasy – zamknąć drzwi gabinetów przed pacjentami.

Sądny dzień Sylwester

Tu i ówdzie słyszę, że takiego bałaganu w ochronie zdrowia jeszcze nie było. Rzecz względna i praktycznie niemierzalna. Jedno jest pewne: bałagan to jedna z najtrwalszych cech systemu, który od zarania jest jedną wielką prowizorką. Do jego eskalacji dochodzi zazwyczaj w Sylwestra. Nieprzypadkowo.

Z początkiem nowego roku władza podpira chwiejącą się opiekę zdrowotną jakąś kolejną, naprędce skleconą protezą albo zaczyna obowiązywać ważne i dawno zapowiadane przepisy, o których urzędnicy beztrwosko zapomnieli. Pamiętacie Państwo ostatni dzień 1998 r.? Nazajutrz wchodziła w życie jedna ze sztandarowych reform Buzka. Z kasami chorych i pieniądzem, który miał iść za pacjentem. Szykowały się ogromne zmiany, a nikt do końca nie wiedział, jak to wszystko ma wyglądać. Mimo że Nowy Rok szczęśliwie przypadł w piątek, w poniedziałek 4 stycznia w poradniach i szpitalach zastanawiano się, czy bezpłatnie mogą być przyjmowani wszyscy pacjenci, czy też wyłącznie posiadający książeczki RUM. A koniec 2005 r. i słynne kamasze wicepremiera Dorna pamiętacie? To wtedy po raz pierwszy głośno odezwało się Porozumienie Zielonogórskie. To wtedy Ewa Kopacz zapowiedziała przed kamerami: „My jako przedstawiciele Platformy Obywatelskiej będziemy ten rząd, tego premiera rozliczać za każdego pacjenta, do którego nie dojechało pogotowie, za każdego pacjenta, któremu stała się krzywda tylko dlatego, że przedstawicielom tego rządu zabrakło wyobraźni”. A Sylwester 2007 i gorączkowe negocjacje z lekarzami szpitalnymi, którzy – wtedy jeszcze solidarni, wołający jednym głosem – gotowi byli odejść z pracy, gdyby nie wprowadzono znaczących podwyżek? W tej mocno wybiórczej wyliczance nie może zabraknąć końcówki roku 2011, czyli protestu pieczętkowego i nieudolnie przepychanej przez wówczas świeżo mianowanego ministra Arłukowicza nowej ustawy refundacyjnej. Chaos w aptekach i gabinetach, okłamywanie pacjentów i straszenie lekarzy karami. Tak to zapamiętałem.

Ostatni Sylwester to kolejna odsłona z długich dziejów bałaganu w ochronie zdrowia. I znów – przynajmniej w mediach – gorąco, nerwowo i groźnie. I jak zwykle dzielny w oczach mainstreamu minister zdrowia, który ani myślał ugiąć się przed szantażystami w białych fartuchach, gotowych – dla kasy – zamknąć drzwi gabinetów przed pacjentami. Szantażystów w mediach

głównego nurtu nie dostrzegłem (czy prezentowanie zdania jednej strony to jeszcze dziennikarstwo?). Były za to kamasze. Inne niż za Dorna. Droższe i mniej wygodne. Jednym wymachiwał minister Arłukowicz, grożąc koniecznością zakładania praktyki od nowa w przypadku nieprzedłużenia umowy. Drugim kolejny urzędnik rządzącej koalicji – zakamuflowana pod postacią rzecznika praw pacjenta, Krystyna Kozłowska, strasząc półmilionowymi karami za nieudostępnienie dokumentacji medycznej. Sylwestrowe napięcie przeniosło się na początek roku, bo część szantażystów zaraziła się od bohaterskiego ministra nieugiętością. W TVP Info siwiuteńki pan doktor z południa Polski opowiadał, jak w jego szpitalu realizowany jest plan B, czyli przekształcanie SOR-ów i izb przyjęć w poradnie rejonowe. Mogliśmy dowiedzieć się, że kiedy dwóch kolegów na dole załatwia katar, wypisuje leki i zwalnienia, pozostała na górze dwójka zajmuje się chorymi z oddziału internistycznego.

I tak na zmianę. Ileż ciężkiego strachu musiało wypełnić dolne części garderoby pana ministra, skoro sięgnął po iście frontowy sposób zapewnienia podstawowej opieki lekarskiej? O ile w całej Polsce zwiększy się liczba zgłaszających się do szpitala zamiast do poradni rejonowej? Ile i kogo to będzie kosztowało? Pytam, bo na Miodowej nie lubią pytać. Wolą oznajmiać. Od początku ubiegłego roku trąbi się o szybkiej ścieżce diagnostyki i leczenia nowotworów, bo to dobrze brzmi propagandowo, ale nie pyta się, czym kosztem? Bo bez istotnej poprawy finansowania i przemyślanych zmian organizacyjnych, a tak właśnie pakiet onkologiczny jest wprowadzany, wielu ciężko chorych zostanie wypchniętych na koniec kolejki. W czym gorszy jest pacjent z niewydolnością krążenia od tego z rakiem prostaty? Co na to konstytucjoniści? Te i inne pytania będą powracać i choć pierwszy pożar udało się ugasić, a kamasze wróciły do szafy, kolejny Sylwester, przypadający niedługo po wyborach parlamentarnych, może w ochronie zdrowia być jeszcze bardziej gorący niż miniony. ■

Kolejki i onkologia: sprawdzamy pakiety

**Lidia
Sulikowska**

**Mariusz
Tomczak**

Nowotwory
dziesiątkują
Polaków,
a pacjentami
poradni
onkologicznych
są coraz młodsze
osoby. Znajdujemy
się wśród krajów
o najniższych
wskaźnikach
5-letnich przeżyć
chorych na raka
żołądka, okrężnicy
i odbytnicy, piersi,
szyjki macicy,
jajnika i gruczołu
krokowego.

Ogłoszenie pakietów kolejkowego i onkologicznego rozbudziło wielkie nadzieje wśród pacjentów. Wreszcie pomoc chorym na raka ma być udzielana w porę, bo to właśnie czas decyduje o ich życiu lub śmierci. Mają też zmniejszyć się kolejki do specjalistów.

Mówił o tym już 21 marca 2014 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz na wspólnej konferencji z premierem Donaldem Tuskiem. – Zmiany na korzyść pacjenta i reorganizacja, która realnie skróci kolejki w onkologii i innych dziedzinach, nie mogą być oparte na naiwnym przesłaniu, że znajdzie się jakaś gigantyczna ilość dodatkowych pieniędzy – podkreślał podczas prezentacji pakietów ówczesny szef rządu. Zaznaczył, że skrócenie kolejek jest ważne, ale chodzi także o poprawę jakości leczenia i zwiększenie szans na wyzdrowienie. Od 1 stycznia większość zapowiadanych zmian weszła w życie. Jak w nowych warunkach odnajdują się pacjenci i lekarze?

Nowotwory dziesiątkują Polaków, a pacjentami poradni onkologicznych są coraz młodsze osoby. Znajdujemy się wśród krajów o najniższych wskaźnikach 5-letnich przeżyć chorych na raka żołądka, okrężnicy i odbytnicy, piersi, szyjki macicy, jajnika i gruczołu krokowego – taki obraz wyłania się z ogólnosiłowego badania CONCORD 2, którego wyniki kilka tygodni temu zaprezentowali eksperci z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. W przypadku raka żołądka krajowy wskaźnik 5-letnich przeżyć wynosi 18,6 proc., a w Belgii, Austrii, Portugalii czy Włoszech – ponad 30 proc. Z rakiem odbytnicy w Islandii poradzi sobie 76,5 proc. chorych, a u nas 46,9 proc. Owszem, w naszym kraju wyleczalność nowotworów poprawia się, ale postęp jest niestety nieznaczny. Mimo iż są pozytywne przykłady (jesteśmy w połowie europejskiej stawki w skutecznym leczeniu białaczki u dorosłych), to w przypadku większości nowotworów Polak ma wyraźnie mniejsze szanse na pokonanie choroby od naszych zachodnioeuropejskich sąsiadów, m.in. ze względu na ograniczoną dostępność do diagnostyki i leczenia.

Ograniczenie kolejek i skuteczniejsza walka z rakiem to poważne wyzwania. Nikt poważny nie krytykuje intencji wprowadzania zmian, za to wiele osób poddaje w wątpliwość ich istotę, czyli wyróżnienie pacjentów onkologicznych jako tych, którym ma być łatwiej od innych chorych uzyskać pomoc. „Sposób diagnozowania chorych – proponowany przez Ministerstwo Zdrowia – przywołuje na myśl najgorsze skojarzenia związane z historycznie napiętowanym słowem »segregacja«. Sugerowane przez Ministerstwo Zdrowia »segregowanie chorych« wg ważności choroby i kierowanie ich lub nie do dalszej diagnostyki jest nie do przyjęcia. Dramat ludzi chorych onkologicznie często jest równy dramatowi

pacjentów dotkniętych innymi chorobami. Lekarze, dla których dobro pacjenta jest najważniejsze, muszą przeciwko temu stanowczo zaprotestować, gdyż to uwłacza godności pacjenta i narusza prawa chorych” – napisał prezes NRL Maciej Hamankiewicz w liście otwartym do pacjentów i lekarzy wystosowanym w przededniu wejścia w życie pakietów.

Konsternację wzbudza też sposób wprowadzania nowych rozwiązań. Zbyt często nie słuchano środowiska lekarskiego, gdy wytykało ono błędy i postulowało o zmiany. Od 21 marca ub.r. mnożyły się pytania (niestety najczęściej pozostały one bez jakiegokolwiek odpowiedzi) oraz padały liczne propozycje, sugestie i podpowiedzi kierowane do resortu. Wiele osób i środowisk od miesiący zwracało uwagę na mankamenty zawarte w pierwotnych propozycjach.

Od wiosny ub.r. również samorząd lekarski przekazywał merytoryczne uwagi dotyczące planowanych zmian w prawie. Na początku maja w siedzibie NIL odbyła się konferencja prasowa, na której – odnosząc się do obietnic ministra zdrowia z marca – zaprezentowano oficjalne stanowisko NRL dotyczące pakietu kolejkowego i onkologicznego poprzedzone wielodniowymi analizami i dyskusjami. Na początku lipca odbyło się pierwsze czytanie projektu zmiany ustaw stanowiących fundament pakietów i debata publiczna przybrała na sile. Toczyła się ona do ostatnich dni mijającego roku. I trwa nadal...

Na boku pozostawmy sposób prowadzenia prac legislacyjnych budzący sprzeciw nie tylko środowiska lekarskiego. Znacznie ważniejsze wydaje się to, że ministerstwo podjęło decyzję o wprowadzeniu tak ważnej reformy bez pilotażu, co wielokrotnie krytykowali m.in. przedstawiciele samorządu. W wielu firmach, przy wprowadzaniu istotnych zmian, takie testy na żywej tkance organizacji, są regułą. Ktoś powie, że dłużej nie można było czekać, bo rak zabija Polaków, że lepiej podjąć decyzję nie do końca słuszną niż żadną. A może najważniejszym powodem pośpiechu przy wdrażaniu zmian w życie były groźby ówczesnego premiera albo kalendarz wyborczy? Nie nam to rozstrzygać, choć spekulacji na ten temat nie brakowało.

1 stycznia pakiety weszły w życie. Ci, którzy na co dzień mają styczność z pacjentami, o zaletach i wadach reformy mówili od dawna, a dostrzegają je w praktyce od pierwszych dni tego roku. Jak oceniają zmiany? Odajemy im głos.



Prof. dr hab. Jacek Jassem, kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

– Głównie cele Ministerstwa Zdrowia, czyli zniesienie limitów w onkologii i skrócenie kolejek do specjalistów, badań i leczenia, trudno kwestionować. Miałem jednak obawy,

że zastosowane rozwiązania oraz sposób ich wdrożenia będą ryzykowne i niewystarczające. My proponowaliśmy realizację kompleksowej walki z nowotworami według opracowanej przez grono 200 ekspertów Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024. Zdecydowano się na wykorzystanie tylko jej wycinka dotyczącego diagnostyki i leczenia, do tego przy użyciu innych metod działania. Teraz, gdy pakiet onkologiczny jest wdrażany, widzę, że te obawy były słuszne.

Błędem było wprowadzenie tak rewolucyjnych zmian od razu w całym kraju. One powinny być poprzedzone pilotażem, bo wtedy łatwiej wychwycić ewentualne błędy. Niestety pakiet powstał pod ogromną presją czasu. Niepotrzebny jest chociażby wymóg, że każdy pacjent onkologiczny musi przejść wielodyscyplinarną konsultację. Przecież są takie typy nowotworów, które tego nie wymagają, np. ostra białaczka limfatyczna. Zupełnym absurdem jest to, że tzw. zieloną kartę, czyli przepustkę do szybkiej diagnostyki i leczenia, może wypisać przy podejrzeniu raka tylko lekarz POZ, a nie np. onkolog czy ginekolog.

Ponadto wiele przepisów jest niejasnych, a NFZ na bieżąco publikuje kolejne ich interpretacje. O ile wiem, w województwie pomorskim nie wystawiono dotychczas [rozmowa była przeprowadzona 14.01.br. – przyp. red.] ani jednej zielonej karty, nie przyjęliśmy do kliniki żadnego pacjenta w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, bowiem NFZ nie przygotował nawet jeszcze umów w tym zakresie. Tworzą się biurokratyczne zatory, a pacjenci zaczynają się awanturować, bo przecież coś im obiecano. Szybka ścieżka okazuje się być dla nas wszystkich drogą przez mękę, co może zniechęcić wiele instytucji do jej realizacji. Myślę, że potrzeba co najmniej kilku miesięcy, aby ten chaos jakoś opanować.

Chciałbym szczerze, aby te rozwiązania pomogły chorym, ale obawiam się, że niebawem potrzebna będzie nowelizacja przyjętych ustaw – mam nadzieję, że z szerszym wykorzystaniem stworzonej przez nas Strategii.



Dr Maciej Piróg, doradca Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w rządzie Jerzego Buzka

– Będąc dyrektorem szpitala onkologicznego, nie przejawiałbym problemów związanych z wejściem w ży-

cie nowych przepisów. Na pewno wiele zmieniło się w społecznych oczekiwaniach, ale skrajne emocje odrzuciłbym. W dyskusję nad wejściem w życie pakietów wkraść się zbyt dużo polityki, to ona determinowała szybkość, jakość i sposób rozmów na ten temat. Jednak spoglądając na pakiet onkologiczny, można powiedzieć, że w jego tworzeniu nie brał udział żaden onkolog.

Największą zaletą pakietów jest zauważenie i zdefiniowanie problemów oraz chęć ich rozwiązania. Trzeba zauważyć, że nastąpiło przesunięcie pewnych środków w obszarze diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych. Największe wady to: zbiurokratyzowanie systemu, pogłębienie braku zaufania w relacjach płatnik-świadczeniodawca, a także atomizacja systemu, czyli nastawienie nie na rozwiązanie problemu zdrowotnego pacjenta, lecz na wykonywanie poszczególnych procedur diagnostycznych i leczniczych.

Cancer Plan zakładał w swej istocie zmiany organizacyjne i utworzenie pewnych instytucji po to, aby przepływ pacjentów był bardziej logiczny. Natomiast pakiet onkologiczny stanowi system administracyjno-biurokratyczny. Wyjściowa idea stojąca u podstaw ich tworzenia była taka sama, ale efekt jest zupełnie inny. Zbieżność obu polega tylko na tym, że zajęły się sprawami chorób nowotworowych.



Prof. dr hab. Tadeusz Pieńkowski, kierownik Kliniki Onkologii i Chirurgii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku

– Mamy do czynienia z sytuacją, w której urzędnicy państwa polskiego podjęli decyzję o zmianie sposobu podziału środków finansowych.

Od wejścia w życie nowych przepisów nie przybyło przecież pieniędzy. Przez tę zmianę zostaje zachwiana koncepcja, na jakiej opiera się medycyna rodzinna: żeby chorowało mniej osób, trzeba zmniejszać liczbę palących papierosy, ludzi z nadwagą i pijących alkohol.

Kraje, które osiągnęły sukces w walce z rakiem, wprowadziły rozwiązania całościowe. To uzasadnione, bo w onkologii mamy do czynienia z procesem leczenia ciągłego, trwającego długie lata. Agendy rządowe, powołane np. we Francji i Wielkiej Brytanii, zajmują się koordynacją wszystkich działań związanych z onkologią, od propagowania zachowań prozdrowotnych, przez diagnostykę i leczenie, a skończywszy na opiece nad ozdrowieńcami, czyli osobami, które przeżyły leczenie. W naszym systemie ochrony zdrowia brakuje całościowego spojrzenia. Pakiet onkologiczny koncentruje się wokół szybkiej terapii i diagnostyki. Tymczasem badania powinny być nie tyle wykonane szybko, co dobrej jakości. Leczenie powinno odbywać się bez zbędnej zwłoki, ale sama szybkość nie jest żadną zaletą. Konsylia, jeśli mamy traktować je poważnie, wymagają czasu potrzebnego do zastanowienia się. Ja wolalbym być leczony nie tyle szybko, co dobrze.

Szybka ścieżka okazuje się być dla nas wszystkich drogą przez mękę, co może zniechęcić wiele instytucji do jej realizacji. Myślę, że potrzeba co najmniej kilku miesięcy, aby ten chaos jakoś opanować. [...] Zupełnym absurdem jest to, że tzw. zieloną kartę, czyli przepustkę do szybkiej diagnostyki i leczenia, może wypisać przy podejrzeniu raka tylko lekarz POZ, a nie np. onkolog czy ginekolog.

W Polsce z powodu nowotworów umiera zbyt wielu ludzi, którzy potencjalnie mogliby żyć. Umierają przede wszystkim dlatego, że zła jest koordynacja działań pomiędzy diagnostyką a lekarzami różnych specjalności. Każda czynność jest traktowana jako osobna, oderwana od tego, co było przedtem i tego, co będzie potem. NFZ dostrzega drzewa, ale nie widzi lasu.

Pacjenci z nowotworami chorowali, chorują i niestety nadal będą chorować. Będą przychodzić do lekarzy, a ci poświęcą im swoją uwagę, wiedzę i czas. Jeżeli czas, którym dysponuje lekarz, w coraz większym stopniu dedykowany jest na kolejne czynności administracyjne, to pozostanie go mniej dla pacjenta. Warto pamiętać i o tym, że każdy z nas może być pacjentem.

W Polsce z powodu nowotworów umiera zbyt wielu ludzi, którzy potencjalnie mogliby żyć. Umierają przede wszystkim dlatego, że zła jest koordynacja działań pomiędzy diagnostyką a lekarzami różnych specjalności. Każda czynność jest traktowana jako osobna, oderwana od tego, co było przedtem i tego, co będzie potem. NFZ dostrzega drzewa, ale nie widzi lasu.



Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, lekarz rodzinny

– Przepisy związane z wprowadzeniem pakietów: onkologicznego i kolejkowego dopiero co zaczęły obowiązywać, za wcześniej więc podsumowywać, czy wszystko zadziała zgodnie z planem.

W ciągu pierwszych dni stycznia otrzymywaliśmy sygnały od lekarzy, że jest problem z wydrukowaniem Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (tzw. zielonej karty). Uciążliwe jest także to, że ten dokument w 90 proc. trzeba wypełniać ręcznie, co znacząco wydłuża wizytę. Tego jednak się spodziewaliśmy.

Poprawy na pewno wymaga zapis, który daje prawo wystawienia zielonej karty przy podejrzeniu nowotworu wyłącznie lekarzom POZ. Specjalista, np. onkolog, może ją wydać tylko przy rozpoznaniu. Przecież do nich także trafiają pacjenci, którzy wymagają pogłębionej diagnostyki. Po co ich z powrotem wysyłać do lekarza rodzinnego? To tylko wydłuża ścieżkę diagnozy.

Mam wątpliwości, czy narzucone lekarzom rodzinnym przez Ministerstwo Zdrowia limity dotyczące wydawania zielonych kart są racjonalne. Nasze porozumienie z resortem zdrowia zakłada, że zespół ekspertów ma monitorować tę sytuację i gdyby okazało się, że limity są zbyt rygorystyczne, będziemy postulować o zmianę. Chcielibyśmy także, aby dla lekarzy pracujących w POZ opracowano zalecenia, które będą określać, kto powinien dostać zieloną kartę. Szczególnie zależy nam na informacji na temat niecharakterystycznych objawów. Resort zdrowia powinien nam także zapewnić cykliczne szkolenia na temat rozpoznawania nowotworów, ale zorganizowanych w całej Polsce, aby każdy lekarz mógł z nich skorzystać.

Myśląc o pakiecie onkologicznym najbardziej obawiam się o dotrzymanie terminów związanych z rozpoznaniem nowotworu. W większych miastach pewnie nie będzie z tym aż tak dużego problemu, ale w mniejszych miejscowościach dostęp do diagnostyki może być utrudniony. Narzucono terminy, a nie wzięto pod uwagę, że brakuje infrastruktury w zakresie diagnostyki.



Jacek R. Łuczak, członek zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, lekarz rodzinny

Pakiet onkologiczny to obietnica ministra zdrowia na szybką diagnostykę i leczenie, bez limitów finansowych, dla osób z podejrzeniem albo rozpoznaną chorobą nowotworową. Przy

czym skoncentrowano się bardziej na skróceniu kolejek niż na poprawie jakości opieki nad pacjentem, np. całkowicie pomijając aspekt opieki paliatywnej.

W atmosferze różnicy zdań i konfliktu z całym środowiskiem lekarskim, minister zdrowia nie odpowiadał albo odpowiadał negatywnie na następujące pytania: „Czy wdrożone zmiany zapewnią pacjentom z tzw. zieloną kartą etyczną, płynną i efektywną opiekę w systemie opieki zdrowotnej? Czy system będzie skuteczny i dysponuje wystarczającymi strukturami do wykonania zwiększonej liczby zadań w krótszym czasie? Czy, działając szybciej, na pewno będziemy działać dobrze i z gwarantowaną jakością? Czy dokonaliśmy rzetelnej analizy sytuacji wyjściowej, rozwiązań alternatywnych i przeprowadziliśmy pilotaże?”.

Większość lekarzy rodzinnych negatywnie ocenia pakiet onkologiczny. Pacjent, dzięki zielonej karcie, być może odniesie jakieś korzyści, ale przeważa opinia, że jest to element zbędny i zajmujący cenny czas. Można inaczej usprawnić i poprawić jakość opieki nad chorymi na raka. Nie mamy przekonania, że zapanowanie nad początkowym chaosem, wywołanym pośpiechem polityków i „niedojrzałością” rozwiązań, to tylko kwestia czasu. Sytuacja na dziś jest taka, że korzystamy z diagnostyki rozszerzonej o kilka badań, wystawiamy zielone karty, tracimy czas na walkę z zamętem i wyjaśnianie sobie i pacjentom przyjętych przez decydentów przepisów.

Centralnym, biurokratycznym i „magicznym produktem” Ministerstwa Zdrowia jest 7-stronicowa zielona karta. W Polsce rocznie notuje się kilkaset tysięcy podejrzeń nowotworów, a rozpoznawanych jest około 100 tys. przypadków. To oznacza pojawianie się mniej więcej 2 tys. kart dziennie. Oby ta biurokratyczna mitrega przysłużyła się polskiemu pacjentom.



Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

– Niestety po raz kolejny Ministerstwo Zdrowia przygotowało bubel prawny. Ani założeń pakietu kolejkowego, ani onkologicznego nie przedyskutowano ze środowiskiem, pominięto zarówno

specjalistów i lekarzy rodzinnych, jak i Naczelną Radę Lekarską. To był zresztą jeden z powodów, dla których w ostatnich dniach, na przełomie grudnia i stycznia, doszło do sporu części lekarzy z ministrem Bartoszem Arłukowiczem.

Onkolodzy i lekarze rodzeni od dawna sygnalizują poważne problemy. Co prawda na tę chwilę do naszej komisji nie docierają jeszcze skargi na obowiązujące od początku stycznia przepisy, bo na to jest za wcześnie, ale spodziewam się ich za dwa, trzy miesiące. Niemożliwe jest odgórne zadekretowanie skrócenia kolejek. Warto przypomnieć, że w czasie jednego z posiedzeń Komisji Zdrowia prof. Jacek Jassem powiedział, iż do pakietu przeniesiono zaledwie 4 proc. ze Strategii Walki z Rakiem na lata 2015-2024 przygotowanej przez zespół cenionych onkologów.

To dobrze, że władze w końcu podjęły problem skrócenia kolejek i pomocy pacjentom onkologicznym. Jednak odnoszę wrażenie, że – mimo zapowiedzi zniesienia limitów dla tych ostatnich – marnuje się zapał do wprowadzania pozytywnych zmian. Tych problemów nie można bowiem rozwiązać bez zwiększenia nakładów finansowych oraz liczby lekarzy, przede wszystkim specjalistów. Jeśli to nie zostanie zrobione, dylemat sprowadzi się tylko do tego, którym pacjentom należy coś zabrać kosztem innych chorych.



Dr Tomasz Romańczyk,
współwłaściciel NZOZ
(diagnostyka i terapia
chorób przewodu
pokarmowego)
w Tychach

– Pakiet onkologiczny łamie zasadę równego dostępu do świadczeń. Proponuje się szybszą pomoc jednej grupie chorych, ograniczając

finansowanie świadczeń np. pacjentom przednowotworowym. Teraz, zamiast zniszczyć raka w zarodku, czekamy, aż się pojawi, i wtedy go chcemy „szybko” leczyć. Taka polityka do niczego dobrego nie doprowadzi. Placówka, w której pracuję, działa w zakresie AOS i szpitalnictwa, dlatego – inaczej niż w przypadku lekarzy rodzinnych – mieliśmy możliwość wyboru, czy chcemy funkcjonować w ramach pakietu onkologicznego, czy też nie. Wybraliśmy to drugie rozwiązanie i podpisaliśmy kontrakt z NFZ na wcześniejszych zasadach, choć obniżono go o 15 proc. w stosunku do ub.r.

Nie znaczy to jednak, że po 1 stycznia br. wszystko pozostaje po staremu. Obowiązują nas zmiany w ramach tzw. pakietu kolejkowego, które odczuwamy już teraz. Obecnie pacjent, który chce się zapisać do poradni specjalistycznej, musi pozostawić oryginał skierowania, co ma zapobiegać rejestrowaniu się w kilku placówkach i powstawaniu sztucznych kolejek. Cel był szczytny, ale rozwiązanie nie do końca przemysłane. Nie wprowadzono ogólnopolskiego systemu

elektronicznej rejestracji, dlatego musimy gromadzić wszystkie papierowe dokumenty. Ponadto NFZ daje pacjentowi dwa tygodnie na dostarczenie skierowania, nie ma też mechanizmów kontroli dotyczących tego, ile skierowań wypisał choremu lekarz POZ. Zamiast likwidacji sztucznych kolejek mamy fałszowanie rzeczywistości.

Przykre jest to, że tak ważne dla systemu opieki zdrowotnej zmiany wprowadzono nie na zasadzie dialogu, tylko w zasadzie je wymuszono. Pozytywne jest to, że przy okazji zaczęto zauważać, że leczenie chorych to nie tylko walka lekarzy i NFZ, ale całego społeczeństwa.



Anna Kusak, prezes
spółki prowadzącej
poradnie specjalistyczne
w Łodzi

– Jesteśmy dopiero na początku drogi. Wszyscy tak naprawdę uczymy się nowych przepisów, na podstawie których mamy funkcjonować. Szkoda, że powstały one tak późno, przez co NFZ

nie mógł wcześniej opublikować rozporządzeń, z którymi moglibyśmy się „na spokojnie” zapoznać. Mam na myśli np. rozliczanie porad i procedur specjalistycznych. Pozytywne jest to, że NFZ chce, przynajmniej w naszym województwie, pomagać świadczeniodawcom i tłumaczyć, jeśli coś jest niezrozumiałe.

Ocenę, czy pakiety zafunkcjonowały właściwie i spełniają swoją rolę, będzie można wystawić najwcześniej po I kwartale 2015 r. Wówczas przydałoby się zorganizować spotkanie świadczeniodawców z NFZ i przeprowadzić dyskusję o ewentualnych błędach czy potrzebnych korektach. Na ten moment mogę powiedzieć, że na pewno mamy więcej administracyjnej pracy, chociażby przez to, że musimy wysyłać cotygodniowe raporty o kolejkach oczekujących i magazynować skierowania pacjentów. Obawiam się także o finansowanie AOS. Mamy zakontraktowane takie same pieniądze, jak w ubiegłym roku, z tą tylko zmianą, że część z nich, zależnie od specjalności, jest wydzielona na onkologię, która jest nielimitowana. De facto więc dla pacjenta nieonkologicznego, szczególnie w przypadku osób kontynuujących leczenie, może pozostać mniej pieniędzy niż w latach ubiegłych. Dotyczy to przede wszystkim urologii, pulmonologii, laryngologii i ginekologii. Już teraz w placówce, którą kieruję, na wizytę u urologa trzeba czekać 4 miesiące.

Jest też kłopot z wymogiem, że specjalista może wystawić Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego dopiero, gdy rozpozna nowotwór złośliwy. Był u nas pacjent z podejrzeniem raka nadnercza, ale ten typ nowotworu można potwierdzić dopiero po wykonaniu badań histopatologicznych materiału pobranego w czasie operacji, więc nasz specjalista nie mógł wystawić mu karty, tylko musiał skierować go do szpitala. ■

Przykre jest to, że tak ważne dla systemu opieki zdrowotnej zmiany wprowadzono nie na zasadzie dialogu, tylko w zasadzie je wymuszono. Pozytywne jest to, że przy okazji zaczęto zauważać, że leczenie chorych to nie tylko walka lekarzy i NFZ, ale całego społeczeństwa.

Czy w placówkach medycznych pracują już koordynatorzy, którzy mają pomóc pacjentowi w czasie walki z chorobą nowotworową? Ile zielonych kart udało się już wystawić? Jak działają w praktyce konsylia onkologiczne? Czytaj w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**”.

Premium





**Konstanty
Radziwiłł**

Stały Komitet
Lekarzy
Europejskich

Odpowiadając
na pytania,
komisarz zauważył,
że istnieje potrzeba
większego
opierania decyzji
politycznych
na dowodach
naukowych
i jednocześnie
wezwał państwa
członkowskie
do wypracowania
stanowiska
względem
tzw. medycyny
alternatywnej.

Nowy komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności Unii Europejskiej

Nowym „ministrem zdrowia” Unii został litewski lekarz i polityk Vytenis Andriukaitis. Wprawdzie ciągle kompetencje Unii w zakresie ochrony zdrowia nie są zbyt duże, jednak tendencja do poszerzania zakresu unifikacji jest wyraźna i na pewno utrzyma się także pod rządami nowej Komisji Europejskiej.

Warto zatem dowiedzieć się, jakie są zamiary unijnego „ministra zdrowia”. W dniach 29-30 września ub.r. odbyło się przesłuchanie Andriukaitisa w Komisji Środowiska, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (ENVI) Parlamentu Europejskiego. Przedstawił on swój program i odpowiadał na liczne pytania eurodeputowanych. Wśród wielu słów, które padły (po litewsku, polsku, niemiecku i angielsku), kilka jego wypowiedzi warto zauważyć. Wówczas kandydat na komisarza (a obecnie już komisarz) streścił swoje priorytety w trzech słowach: promocja, ochrona, prewencja. Wydatki na zdrowie nazwał inwestycją, podkreślając także rolę sektora ochrony zdrowia jako ogromnego rynku pracy. Wśród głównych wyzwań dla systemów ochrony zdrowia dostrzegł starzenie się społeczeństw i narastającą liczbę obywateli żyjących z chorobami przewlekłymi. Wśród zadań systemów ochrony zdrowia widzi konieczność skupienia się bardziej na prewencji niż tylko medycynie naprawczej. Zapowiedział wysiłki dla pełnego wdrożenia dyrektywy antytytoniowej (w zakresie, jaki należy do Komisji Europejskiej, a także państw członkowskich) i dyrektywy dot. praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (w tym także w zakresie e-zdrowia) – te słowa powinni sobie do serc wziąć polscy politycy, którzy jak dotychczas czynią wszystko, aby te dwie dyrektywy unijne praktycznie nie zadziałały w Polsce, zwłaszcza że dr Andriukaitis zapowiedział wdrażanie tzw. procedury naruszania (zagrożonej wysokimi karami) w stosunku do opornych państw członkowskich. Odpowiadając na pytania, komisarz zauważył, że istnieje potrzeba większego opierania decyzji politycznych na dowodach naukowych i jednocześnie wezwał państwa członkowskie do wypracowania stanowiska względem tzw. medycyny alternatywnej. Wiele z tych spraw mogłoby znaleźć się w agendzie samorządu lekarskiego i polskiego Ministerstwa Zdrowia. ■



FOTO: Marta Jakubiak (2)

Sport pomaga odreagować

Ze **Zbigniewem Bródką**, mistrzem olimpijskim w łyżwiarstwie szybkim, rozmawia **Marta Jakubiak**.

Jako strażak jest pan odważnym człowiekiem, a może boi się pan dentysty albo zastrzyków?

Kiedy byłem mały, oczywiście, że trochę się bałem, jak większość dzieciaków, z czasem jednak oswoiłem lęk i teraz takiego problemu już nie mam. Dla osoby, która uprawia sport wyczyno-

wo, pomoc lekarza jest bardzo istotna. Miałem już zarówno drobne, jak i poważniejsze kontuzje, na szczęście za każdym razem wracałem do pełnej sprawności. Spotkałem wielu fantastycznych specjalistów, którzy mi pomogli. Spotkałem też niestety kilku „niespecjalistów”, ale takich rzeczy lepiej nie pamiętać. ▶



Nie wszystkich uratujemy, nie wszystkim pomożemy. Zawsze jednak trzeba analizować swoje zachowania i sytuacje, w których się znaleźliśmy.

Czym jest dla pana ratowanie życia?

Wielokrotnie zadawałem sobie to pytanie. Mnie również takie pytanie zadawano. Początkowo nie potrafiłem na nie odpowiedzieć. Dopiero, kiedy pierwszy raz wróciłem z udanej akcji i usłyszałem słowa „dziękuję”, uświadomiłem sobie, że moja pomoc jest naprawdę potrzebna, zrozumiałem, czym jest dla mnie pomaganie innym, ratowanie ich życia. To bardzo ważne i odpowiedzialne zadanie.

Moja praca daje mi ogromnie dużo radości, dzięki niej spełniam się zawodowo, bo przecież to nie środki finansowe i polepszanie bytu materialnego tak naprawdę dają najwięcej radości. To zachowania ludzkie sprawiają, że widzimy sens swoich działań i możemy przenosić góry. Uczucie, kiedy ktoś, komu pomogliśmy, da odczuć, że zrobiliśmy dla niego coś wielkiego, jest naprawdę niezwykle.

Zdarzały się nieudane akcje?

Niestety, zdarzały się. Jest po nich ogromna złość. Analizuję wtedy, co mogłem zrobić lepiej albo czy coś zrobiłem źle. W obliczu takich zdarzeń nie ma mocnych. Pozostaje zadra. Zawsze staram się wykonywać swoją pracę najlepiej, jak tylko potrafię i jak najskuteczniej nieść pomoc. Nigdy nie przejdę obojętnie obok człowieka, który potrzebuje pomocy, jednak kiedy przegrywam, bardzo trudno jest mi się z tym pogodzić. O takich przegranych akcjach dużo się myśli. Pojawiają się pytania, na które nie ma odpowiedzi. Koledzy odreagowują różnie. Niektórzy starają się obrócić porażki w żart, zepchnąć do podświadomości. Myślę, że to nie jest dobry sposób, choć niektórym pomaga.

Takie porażki są wpisane w zawód strażaka, lekarza chyba także. Nie wszystkich uratujemy,

nie wszystkim pomożemy. Zawsze jednak trzeba analizować swoje zachowania i sytuacje, w których się znaleźliśmy. Wierzę, że możemy być coraz bardziej skuteczni i to, co robimy, robić coraz lepiej. Trzeba jednak także nauczyć się godzić z tym, że są akcje, w czasie których nie udaje się pomóc.

Jak pan odreagowuje stres?

Muszę się porządnie zmęczyć, wtedy jest trochę łatwiej rozładować wszelkie napięcia. Sport pozwala mi odreagować, wyciszyć emocje, także te związane z entuzjazmem wygrywania. Zmienia też podejście do życia, pomaga przezwyciężać własne słabości i jednocześnie uczy pokory. Sport i praca strażaka to przenikające się i uzupełniające wzajemnie sfery mojego życia, które kształtują moją psychikę i pozwalają się spełniać.

Mówi się o tzw. depresji szczytu, kiedy sportowiec, naukowiec albo artysta sięgają po najwyższe osiągnięcia w swojej profesji, a potem stają przed dylematem, co dalej... Czy zdobycie olimpijskiego złota nie przyniosło takiego kryzysu?

Na szczęście nie i mam nadzieję, że nigdy nie przytrafi mi się depresja szczytu. Pierwsze, co pomyślałem po zdobyciu złota olimpijskiego, to żebym nie zwariował, żeby mi nie oduło. Wiem, że mogło się tak stać i że wciąż istnieje takie niebezpieczeństwo, bo psychika człowieka to bardzo krucha materia i w pewien sposób ma ograniczoną pojemność, pewne granice wytrzymałości.

Myślę, że najważniejsze jest, aby być sobą, niezależnie od osiąganych wyników. I sobą pozostać po osiągnięciu jakiegoś sukcesu, jak

choćby zdobyciu medalu. Złoto olimpijskie nie zmieniło ani mnie, ani mojego życia – robię to, co robiłem: nadal pracuję jako strażak, przygotowuję się do kolejnych startów, ciężko pracuję i jestem gotowy na kolejne wyzwania.

Kiedy założył pan po raz pierwszy łyżwy na nogi?

Po raz pierwszy łyżwy na nogach miałem w wieku dziewięciu lat. Były to łyżwy figurowe kupione przez moją tatę. Szybko jednak opanowałem podstawy poruszania się na lodzie i zamieniłem je na panczeny. Od tego czasu praktycznie się z nimi nie rozstaję, a w tym roku mija już ponad 20 lat od tego momentu.

Jakie są granice wytrzymałości sportowca? Niedawno Justyna Kowalczyk przerwała bieg i zeszła z trasy. Czy miał pan momenty bycia na granicy? Co się wtedy myśli?

Praca sportowca wyczynowego nie należy do najłatwiejszych. Cały czas staramy się poprawiać swoją wydolność, balansując często na granicy wytrzymałości organizmu. Ciągłe zwiększamy ilość czasu spędzonego na treningu czy też intensywność obciążeń. Trzeba pamiętać jednak, że każdy ma swoją granicę bezpieczeństwa, która w przypadku sportu wyczynowego jest bardzo cienka, ponieważ chcemy zrobić jak najwięcej i jak najbardziej efektywnie. Aby w momencie, gdy stajemy na starcie na igrzyskach olimpijskich, być świadomym swojej dyspozycji i tego, że się zrobiło wszystko, by wygrać.

Najgorsze momenty w życiu sportowca są moim zdaniem wtedy, kiedy jest wypalony, kiedy nie ma na siebie sposobu, to znaczy – trenuje bardzo ciężko i intensywnie, ale brakuje wyniku. Wtedy spada motywacja i chęć do uprawiania sportu, dlatego bardzo ważny jest odpoczynek, czasami można zaryzykować stwierdzenie, że odpoczynek jest ważniejszy od treningu. A tak naprawdę ważną sprawą jest znalezienie złotego środka pomiędzy treningiem a odpoczynkiem.

Z jakich kontuzji najczęściej leczy się panczeniści?

Największe ryzyko kontuzji jest w short tracku, czyli młodszej siostrze łyżwiarstwa szybkiego na torze długim. Na szczęście u nas to ryzyko jest znacznie mniejsze, jednak całkowicie nie możemy go wykluczyć. Najwięcej przeciążeń czy urazów związanych jest ze stawem kolanowym i skokowym, jak też odcinkiem lędźwiowym kręgosłupa. Jednak gdy się stosuje odpowiednią fizjoterapię, można je mocno ograniczyć.

Niedawno został pan piątym sportowcem Polski roku 2014. Spodziewał się pan lepszego

wyniku w plebiscycie, czy ten był zaskoczeniem? Jak to jest być tuż za podium – przede wszystkim na zawodach sportowych?

Jako sportowiec zawsze mierzę wysoko i pragnę wygrywać, jednak zwykle staram się mierzyć siły na zamiary, to znaczy w przypadku rywalizacji sportowej trzeźwo oceniać swoje możliwości, aby się nie rozczarować i utrzymywać motywację na odpowiednim poziomie.

Jeżeli chodzi o plebiscyt, jako złoty medalista na pewno liczyłem na więcej, miejsce na podium by mnie satysfakcjonowało. Jednak trzeba pamiętać, że jest to plebiscyt na najlepszego sportowca, a powinien nazywać się plebiscytem na najpopularniejszego sportowca. Wyniki sportowe w plebiscycie są ważne, ale nie zawsze odzwierciedlają popularność danego sportu, a co za tym idzie – kolejność, w jakiej klasyfikujemy dane sukcesy. Nie mam do nikogo pretensji, po prostu moja dyscyplina nie jest tak popularna i medialna, jak inne sporty.

Jest pan już osobą rozpoznawalną, lubianą i popularną – czy to zmieniło jakoś pana życie? Jeśli tak, to w jaki sposób? Popularność ułatwia coś, a może utrudnia?

Moje życie po Soczi zmieniło się o 180 stopni. Niestety, nie wszystko na plus. Mam masę obowiązków, jestem zapraszany na różne akcje i eventy, są to chwile bardzo miłe, ale i bardzo wyczerpujące. Trudno jest wszystko pogodzić, zwłaszcza wtedy, kiedy jest się nadal aktywnym sportowcem i chce się osiągać dobre wyniki. Do tego dochodzą obowiązki służby i rodzina. Przed zdobyciem medalu olimpijskiego udawało mi się jakoś wszystko pogodzić i chciałbym, aby nadal tak było. Mam nadzieję, że się uda i na wszystko znajdę czas. A przede wszystkim zdrowie będzie dopisywało.

O czym marzy Zbigniew Bródka jako sportowiec, strażak, człowiek i Polak? To jedno wspólne marzenie, czy dla każdej z tych sfer inne?

Chciałbym wyznaczać nowe cele i je osiągać, a przy tym być zdrowym i zadowolonym z życia, normalnym człowiekiem.

Czego życzy się panczenistom – połamania łyżew? Czego życzy się strażakom przed wyjazdem na akcję?

Strażakom życzy się tylu powrotów, co wyjazdów, a panczenistom połamania łyżew, ale tego tak naprawdę bym nie chciał.

Panie Zbigniewie, w takim razie trzymamy kciuki za szczęśliwe powroty z akcji i życzymy najszybszych łyżew na świecie. ■

Najgorsze momenty w życiu sportowca są moim zdaniem wtedy, kiedy jest wypalony, kiedy nie ma na siebie sposobu, to znaczy – trenuje bardzo ciężko i intensywnie, ale brakuje wyniku.



Bohdan Woronowicz

Doktor nauk medycznych, specjalista psychiatra, certyfikowany specjalista terapii uzależnień, certyfikowany superwizor psychoterapii uzależnień, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów przy OIL w Warszawie

Jeżeli zależy nam na tym, aby zawód lekarza był nadal traktowany jako zawód zaufania publicznego, a izby lekarskie jako depozytariusz tego zaufania, powinniśmy pilnie podjąć działania naprawcze.

Zaufanie do zawodu lekarza a substancje psychoaktywne

Mając na uwadze sentencję rzymskiego filozofa Seneki, że „zaufanie jest najpiękniejszą spowiedzią zakończoną słowem – prowadź”, musimy pamiętać o tym, jak ważną rolę odgrywa ono w relacjach między ludźmi.

Jeżeli darzymy kogoś zaufaniem i godzimy się, aby nas „prowadził”, liczymy na jego życzliwość, dyskrecję i kompetencje, a jednocześnie oczekujemy od niego lojalności i uczciwości.

Stąd zaufanie do lekarza i do jego kompetencji jest sprawą fundamentalną. Dotyka ono bowiem zagrożenia najcenniejszych dóbr człowieka, jakimi są zdrowie i życie, przy jednoczesnej bezradności pacjenta i jego niewiedzy na temat choroby, w przeciwieństwie do wiedzy i potężnej władzy lekarza.

Pojawiające się ostatnio w mediach informacje mówiące o zatrzymanych w miejscu pracy (i nie tylko) naszych „niedysponowanych” koleżankach i kolegach przyczyniły się niewątpliwie do spadku poziomu zaufania do zawodu lekarza i obniżenia jego prestiżu. Z badań European Trusted Brands obejmujących 12 państw europejskich wynika, że zaufanie do polskich lekarzy w 2013 r. deklarowało jedynie 57 proc. ankietowanych. Niestety zaufanie to systematycznie spada, bowiem w 2011 r. ufało nam 73 proc. ankietowanych, a w 2012 r. – 64 proc. Według cytowanych badań gorzej jest tylko w Rosji, gdzie wskaźnik ten wynosił 47 proc. Średnia europejska to 78 proc. Jeszcze bardziej powinny nas zaniepokoić wyniki badań opublikowanych ostatnio w „New England Journal of Medicine”, bowiem wśród 29 badanych uprzemysłowionych krajów Polska, z wynikiem 43 proc., znalazła się na ostatnim miejscu pod względem poziomu zaufania do lekarzy. Wielu kolegów zapewne zdziwi fakt, że przed nami znalazły się takie kraje jak Rosja (45 proc.) czy Bułgaria (46 proc.). W świetle cytowanych badań zastanawiać muszą dane opublikowane ostatnio przez CBOS², według których 78 proc. ankietowanych ufa swojemu lekarzowi. Nie wnikając w to, skąd takie rozbieżności i komu powinniśmy wierzyć, nie ulega wątpliwości, że odbudowa zaufania do zawodu lekarza powinna być dla nas sprawą priorytetową.

Jeżeli zależy nam na tym, aby zawód lekarza był nadal traktowany jako zawód zaufania publicznego, a izby lekarskie jako depozytariusz tego zaufania, powinniśmy pilnie podjąć działania naprawcze. Jednym z nich musi być znalezienie sposobu na

ograniczenie, a dalej na wyeliminowanie z placówek ochrony zdrowia zachowań będących skutkiem używania substancji psychoaktywnych przez lekarzy. Nie może być tak, że praktycznie w każdym miesiącu dowiadujemy się, z polujących na sensacje mediów, o kolejnych „niedysponowanych” kolegach zatrzymanych w miejscu pracy przez Policję (chyba że udało im się wcześniej uciec, tak jak to miało ostatnio miejsce w Limanowej).

Ponieważ temat relacji pomiędzy lekarzami i ich pacjentami ma związek z prawami człowieka, zatrzymam się na chwilę przy tych prawach. Nie jest bowiem tajemnicą, że część naszych kolegów traktuje niestety branie „pod lupę” naszych „niedysponowanych” kolegów jako zamach na te prawa, a reagowanie na ich zachowania jako „donosicielstwo”.

Ponieważ wśród uznanych powszechnie praw człowieka istnieje prawo do decydowania o swoim życiu, jesteśmy zapewne zgodni co do tego, że każdy człowiek może decydować o swoim zdrowiu, w tym również o tym, czy pije alkohol, bierze leki czy też przyjmuje narkotyki. Prawo jednego człowieka kończy się jednak tam, gdzie zaczyna się prawo innego człowieka. Powinniśmy więc akceptować pełną wolność człowieka do momentu, kiedy jego działania nie stanowią zagrożenia dla prawa innego człowieka, np. do ochrony zdrowia. Jeżeli jednak zauważamy zachowania niebezpieczne, a do tego naruszające godność zawodu lekarza i podważające zaufanie do niego, to musimy zdecydowanie i adekwatnie reagować.

Wychodząc z tego założenia, w swoim poprzednim artykule („GL” 10/2014), sygnalizowałem konieczność opracowania szczegółowych procedur objęcia opieką tych kolegów lekarzy, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, albo stwarza zagrożenie dla zdrowia, a nawet dla życia ich pacjentów i których zachowania podważają zaufanie do nas wszystkich. Spodziewałem się, że wielu kolegów przyzna mi rację. Tak też się stało. W listach, które po moim artykule dotarły zarówno do redakcji „Gazety Lekarskiej”, jak i bezpośrednio do mnie, powtarzał się postulat opracowania procedur i algorytmów postępowania

z „niedysponowanymi” kolegami. W tym miejscu chciałbym poinformować zainteresowanych kolegów, że chyba idzie ku dobremu, bowiem na poziomie NIL i OIL w Warszawie powstały ostatnio zespoły, które mają wypracować propozycje takich procedur.

Pochylając się nad tworzonymi propozycjami, musimy jednocześnie znać odpowiedź na kilka nasuwających się pytań. Jedno z nich brzmi: czy przedmiotem naszego zainteresowania powinni być wyłącznie „niedysponowani” koledzy, którzy zostali zatrzymanymi w miejscu pracy? Czy lekarz zatrzymany z powodu jazdy samochodem w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem, przyjmowanych „na własną rękę”, innych substancji psychoaktywnych, albo lekarz zatrzymany w izbie wytrzeźwień, powinien być traktowany jako osoba, która:

- 1) narusza godność zawodu i podważa zaufanie do zawodu lekarza (art. 1. KEL);
- 2) postępuje w sprzeczności z dobrymi obyczajami (art. 76 KEL)?

Takie pytania skierowałem w sierpniu ub.r. do Komisji Etyki Lekarskiej NRL. Niestety myliłem się, sądząc, że są to pytania retoryczne, bowiem do dnia dzisiejszego nie otrzymałem na nie odpowiedzi. Jeżeli, nie czekając na stanowisko KEL, będziemy zgodni co do tego, że takie sytuacje są bardzo niekorzystne dla naszego środowiska, to wszyscy zgodnie powinniśmy temu przeciwdziałać. Nie myślę absolutnie o karaniu, lecz o tym, w jaki sposób pomóc koledze lekarzowi w zidentyfikowaniu problemu i jak go skłonić do podjęcia leczenia, chroniąc tym samym zarówno jego, jak i jego pacjentów.

Musimy mieć świadomość, że związane z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi zachowania nie tylko budzą wątpliwości etyczne, dotyczą kwestii

godności naszego zawodu i zaufania do niego, ale dają także poważne podstawy do obaw, że istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo popełnienia przewinienia zawodowego (art. 53 ustawy o izbach lekarskich), wykroczenia, a nawet przestępstwa.

Z mojego wieloletniego doświadczenia zawodowego wynika, że osoby, które dopuszczają się tego rodzaju zachowań, mają na ogół dość zaawansowane problemy alkoholowe, lekowe lub narkotykowe i niewątpliwie mają uszkodzoną tzw. kontrolę sytuacyjną nad przyjmowaniem tych substancji. W związku z tym powinny one poddać się (lub zostać zobligowane do poddania się) procesowi diagnostycznemu, m.in. w kierunku wykluczenia lub potwierdzenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Osoby zdiagnozowane jako uzależnione, które chciałyby nadal wykonywać zawód lekarza, powinny poddać się terapii, jeśli już nie dla własnego dobra, to w celu zminimalizowania zagrożenia, jakie stwarzają dla swoich pacjentów. Same nie poradzą sobie z uzależnieniem.

Zadbajmy więc nie tylko o pacjentów, ale także o tych kolegów lekarzy, którzy nie są jeszcze świadomi swojej choroby i bez naszej pomocy nie będą w stanie jej u siebie odkryć, a później sobie z nią poradzić. O tym, jak taka pomoc wygląda w innych krajach, napiszę w kolejnym artykule.

Na zakończenie chciałbym podpisać się pod propozycją kol. Medarda Lecha („GL” 12/2014) i zaapelować do kolegów lekarzy, którzy od lat zdrowieją z uzależnień, żeby uświadomili nam wszystkim, dokąd zaprowadziły ich „dobre serce” i fałszywie pojmowana „solidarność” kolegów. ■

¹ Blendon RJ, Benson JM, Hero JO: Public trust in physicians – U.S. medicine in international perspective. N. Engl. J. Med. 2014 Oct 23;371(17):1570-1572.

² Komunikat z badań CBOS nr 165/2014, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Warszawa, grudzień 2014.

Prawo jednego człowieka kończy się jednak tam, gdzie zaczyna się prawo innego człowieka. Powinniśmy więc akceptować pełną wolność człowieka do momentu, kiedy jego działania nie stanowią zagrożenia dla praw innego człowieka, np. do ochrony zdrowia.

NKR – informacja

Naczelna Komisja Rewizyjna informuje, że w 2014 r. prowadziła, zgodnie z przyjętym przez Komisję harmonogramem, działania statutowe polegające na kontroli gospodarki finansowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Naczelna Komisja Rewizyjna zorganizowała również szkolenie pt. „Środki i mechanizmy dostępne dla komisji rewizyjnych w ich działalności kontrolnej” przeprowadzone przez MCSiD – Międzynarodowe Centrum Szkolenia i Doradztwa Sp. z o.o. – dla członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz Przewodniczących lub przedstawicieli Okręgowych Komisji Rewizyjnych. Szkolenie odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 14 listopada br. Mam nadzieję, że wiedza pozyskana w toku szkolenia okaże się przydatna dla kolegów działających w komisjach rewizyjnych izb lekarskich.

Jednocześnie chciałbym się odnieść do wywiadu, który ukazał się w numerze 10/2014

„Gazety Lekarskiej”, którego udzieliłem jako Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej: na stronie 23, w pierwszej kolumnie wywiadu wymieniam kompetencje Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej. Nieopatrznie przy omawianiu zależności pojawił się błąd w postaci przedstawienia zależności w ogóle, zamiast zamierzonego przedstawienia zależności finansowych. Naczelna Komisja Rewizyjna zgodnie z ustawą kontroluje działalność gospodarczą i finansową izby. Jest jednym z organów izbowych, a więc sama również posiada swoje finanse. Moim zamiarem było przedstawienie problemu oddzielenia finansów tego organu od decyzji finansowych podejmowanych przez Prezydium NRL. Sformułowanie „Naczelna Komisja Rewizyjna jest zależna od decyzji Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej” mogło wprowadzić Czytelników w błąd, nie ukazując jasno problemu, jaki miałem na myśli. ■

**Andrzej
Morliński**

Przewodniczący
Naczelnej Komisji
Rewizyjnej

Sam pełnomocnik nie ułatwi sprawy

**Katarzyna
Wiśniewska**

Komentarz do artykułu dra Bohdana Woronowicza „Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby” („GL” 10/2014).

Ponad siedem lat temu Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku powołała funkcję pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Na długo przed tym intensywnie zastanawiałam się, w jaki sposób docierać do lekarzy mających problem z uzależnieniami i jak skutecznie im pomagać. Pracując jako lekarz i psychoterapeuta uzależnień, dostrzegałam bardzo dużą potrzebę takich działań w środowisku lekarskim, lecz nie wiedziałam, jak się do tego zabrać. Z propozycją przyszła izba, i od samego początku wdrożenia w życie uchwały o pełnomocnikach, zajmuję się pomaganiem lekarzom problematycznie używającym substancji psychoaktywnych.

Wszystko, co dotyczy funkcji pełnomocnika, zostało wypracowane od podstaw, w dużej mierze przez samych pełnomocników. W części izb do tej pory takich osób nie ma bądź borykają się z licznymi przeszkodami i brakiem odpowiedniego wsparcia ze strony izb i samorządu.

Mam to szczęście, że OIL w Gdańsku zawsze dokładała wszelkich starań, by ułatwić mi działania na rzecz zdrowia lekarzy. Dr Woronowicz w swoim artykule zastanawia się, jakie metody pomagają niektórym izbom skutecznie pomagać w tej „trudnej i bardzo delikatnej materii”. Myślę, że warunkiem powodzenia jest wspólne wypracowywanie zasad współpracy w strukturach izby oraz z szerszym środowiskiem lekarskim, co skutkuje coraz częstszymi przypadkami udanej pomocy – „Ubi concordia, ibi victoria”. Biorąc pod uwagę rozmiar problemu uzależnień wśród lekarzy, cały czas dotykamy tylko jego wierzchołka. W jaki sposób izba stara się pomagać?

Podział ról i kompetencji

Izba stara się rozdzielać role i kompetencje – kto inny zajmuje się motywowaniem do leczenia i jego monitorowaniem (pełnomocnik), kto inny wyciąganiem konsekwencji (komisja ds. orzekania o zdolności do wykonywania

zawodu, sąd lekarski, rzecznik odpowiedzialności zawodowej). Dodatkowo izba udziela pomocy materialnej osobom uzależnionym, które wymagają jej w zakresie leczenia. Koordynowanie i usprawnianie tych wszystkich działań jest na bieżąco uaktualniane, w zależności od pojawiających się problemów i potrzeb. Najnowszym pomysłem pełnomocnika i OIL było rozesłanie do placówek opieki zdrowotnej pisma, by zachęcać placówki, do której trafia uzależniony lekarz, do umieszczania w wypisie dla pacjenta zalecenia, aby ten zgłosił się do pełnomocnika w Okręgowej Izbie Lekarskiej. W województwie pomorskim zalecenia takie daje od kilku lat Pomorskie Centrum Toksykologii. Im więcej kompetentnych osób i instytucji uczestniczy w procesie tworzenia skutecznych form pomocy, im więcej dobrej woli w tym zakresie, tym większe prawdopodobieństwo ich kompleksowego wypracowania i wdrożenia w życie.

Dotychczasowa działalność

Dotychczas zgłosiło się do mnie lub zostało zgłoszonych 25 lekarzy (13 kobiet, 12 mężczyzn). Z każdym rokiem jest ich coraz więcej, co wynika z dużego zaangażowania izby, ale również z większej świadomości społecznej problemu. Większości z tych osób udało się skutecznie pomóc.

Lekarze zgłaszają się na leczenie bardzo późno, choć coraz częściej dzieje się to na wcze-



śniejszych etapach choroby. Oprócz lekarzy kierowanych przez izbę (którym najczęściej grozi zawieszenie prawa wykonywania zawodu), zgłaszają się też lekarze z „wolnej stopy”. Motywowani są najczęściej przez swoją rodzinę lub kolegów z pracy. Coraz częściej też kierowani są przez pracodawców. Korzystając ze swoich uprawnień pracodawca może zarówno ochronić pacjentów, jak i pomóc lekarzom w wyzdrowieniu z ciężkiej choroby mózgu, jaką jest uzależnienie. Dr Habrat w artykule „Uzależniony lekarz – pacjent czy kolega” pisał: „Przełożeni nie wiedzą lub nie chcą korzystać z prawnych możliwości”. Ja bym dodała, że to są nie tylko możliwości, ale obowiązki przełożonych. W wywiadzie dla „Newsweeka” dr Woronowicz podaje, że w USA są specjalne programy dla uzależnionych lekarzy oraz że lekarze w trakcie monitorowania muszą informować o miejscach swojego pobytu, a lekarz w każdej chwili może być sprawdzony pod kątem używania substancji. U nas takich procedur nie ma. Ja czasami występuję (za zgodą lekarza) do jego pracodawcy o opinię na temat funkcjonowania lekarza w miejscu pracy.

Dlaczego tak trudno jest pomagać uzależnionym lekarzom?

Oprócz spraw formalnoprawnych (z których wiele wymaga ustanowienia lub doprecyzowania), najistotniejszym problemem jest stosunek do spraw uzależnień w samym środowisku lekarskim. Pełnomocnicy (choćby najbardziej sprawie oddani i kompetentni) oraz izby lekarskie nie są w stanie, bez pomocy szerszego środowiska lekarskiego, poradzić sobie w pełni z problemem. A środowisko lekarskie często nie jest po prostu świadome jego wagi i rozmiaru. OIL w Gdańsku dokłada starań, by tę świadomość zwiększać. W „Pomorskim Magazynie Lekarskim” ukazywały się artykuły dotyczące uzależnień, pisane nie tylko przez pełnomocnika, ale też lekarzy, którzy sami borykają się z tym problemem. Zakupiono książeczki i broszury dotyczące uzależnień (również specjalne dla lekarzy – jak pomagać pacjentom), które cieszyły się dużym powodzeniem. Uważam, że kształcenie studentów i lekarzy dotyczące uzależnień powinno zaczynać się na jak najwcześniejszym etapie, obejmując interdyscyplinarny wymiar uzależnień jako problem biopsychospołeczny.

Podsumowanie

Podsumowując, można powiedzieć, że w systemie pomocy uzależnionym lekarzom jest jeszcze dużo do zrobienia, ale wiele już zostało zrobione. Koniecznym wydaje się kształcenie lekarzy na wszystkich poziomach nauczania i takie kształtowanie ich przekonań, żeby potrafili pomóc w dotarciu na leczenie uzależnionemu koledze (nie bali się tego robić). Bardzo ważne jest przeszkolenie pracodawców, aby potrafili stosować proste procedury, które pomogą uzależnionemu pracownikowi podjąć decyzję o leczeniu. Potrzebnych jest więcej osób w samorządach lekarskich, które będą działać na rzecz uzależnionych lekarzy – sam pełnomocnik nie załatwi sprawy. Warto też jasno rozdzielić role osób i instytucji pomagającym lekarzom, by każde z nich czuło się bezpiecznie i kompetentnie w niesieniu pomocy. ■

Mam to szczęście, że OIL w Gdańsku zawsze dokładała wszelkich starań, by ułatwiać mi działania na rzecz zdrowia lekarzy.

Jeśli nie my, to kto?

Z Filipem Dąbrowskim, przewodniczącym Komisji ds. Młodych Lekarzy przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.



Jaka jest obecnie sytuacja lekarza kończącego uczelnię medyczną?

Lekarz kończący studia jest w innej sytuacji niż jego rówieśnicy z innych uczelni. Dyplom oznacza dla niego początek, a nie koniec edukacji. Kiedy wchodzi się w zawód, najważniejsza jest kontynuacja kształcenia, bez której tak naprawdę nie ma czego szukać w zawodzie. Żeby rozpocząć specjalizację, należy zdać Lekarski Egzamin Końcowy, a w przypadku lekarzy dentystów – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy i dalej uczyć się, będąc zatrudnionym na etacie rezydentem, czy też na ułamku etatu bądź na wolontariacie. Dostęp do szkolenia specjalizacyjnego na rezydenturze w wielu dziedzinach jest bardzo trudny. Wprawdzie premier Ewa Kopacz zapowiedziała zwiększenie liczby miejsc rezydentckich, ale to zaledwie załata dziurę w systemie. Rodzi się też pytanie: w jaki sposób te nowe rezydentury będą rozdzielane, komu i na jakich zasadach będą przyznawane? Nie wiadomo, czy osoby, które są obecnie w trakcie specjalizacji, będą mogły przenieść się na tryb rezydentki. Jest wiele niejasności. Będziemy o nich rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia. Chcielibyśmy mieć wpływ na to, w jaki sposób zostaną podzielone dodatkowe miejsca rezydentckie, dlatego zaprosiliśmy przedstawicieli resortu na najbliższe posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy.

Czy zniesienie stażu podyplomowego utrudnia start w zawodzie, czy może jest inaczej?

Ostatni staż podyplomowy rozpocznie się 1 października 2017 r. Jestem w grupie tych, którzy uważają, że jego zniesienie jest błędem. Likwidacja stażu ma spowodować szybsze wejście lekarzy i lekarzy dentystów do systemu opieki zdrowotnej i zwiększyć dostęp do świadczeń zdrowotnych. Ale ich liczba nie wzrośnie. Nadal będzie tylu lekarzy, ilu rokrocznie wykształcą uczelnie medyczne i nie zmieni tego skrócenie czasu od uzyskania dyplomu do momentu otrzymania tytułu specjalisty. Skrócenie programu spowodowało natomiast zwiększoną liczbę godzin zarówno zajęć przedklinicznych, jak i klinicznych. Plan zajęć jest wypełniony od świtu do późnego wieczoru, często także w soboty. Czasu na naukę z książką studentowi medycyny zostaje mało. Uczelnie nie dysponują także odpowiednią kadrą, aby móc z nimi pracować w małych grupach. Niewielka liczba asystentów powoduje, że grupy kliniczne liczą po 5-6 osób. Nie jest możliwe ani etyczne, aby jednego pacjenta zbadało 6 osób. Staż przecierał szlak. Studentom się pokazuje, stażysta jest uczestnikiem zdarzenia, wprawdzie nie pierwszoplanowym, ale ma szansę leczyć pacjenta, poczuć się praktykiem. Są jeszcze kwestie finansowe. Na staż podyplomowy resort przeznaczał ponad 300 mln zł rocznie. Po modyfikacji uczelnie na szkolenie przeddyplomowe dostały blisko 30 mln zł. To mówi samo za siebie.

Czy jest możliwy powrót do stażu podyplomowego?

Jeśli nawet, to nieprędko. Komisja ds. Młodych Lekarzy przy NRL z całych sił do tego dąży i nie jest w tym odosobniona. Nasza opinia w tej sprawie jest taka, jak całego samorządu lekarskiego.

Warunkiem rozpoczęcia specjalizacji jest zdanie LEK-u, a w przypadku stomatologów LDEK-u. Co jest plusem, a co minusem tych egzaminów?

Egzamin jest zewnętrzny oraz ma zasięg ogólnopolski i to jest jego dobrą stroną. Dzięki temu absolwenci różnych uczelni mają równe szanse, by sprawdzić wiedzę, a uczelnie nie mogą promować własnych środowisk. Słabą stroną tych egzaminów jest jakość pytań i ich utajnienie. Do niedawna pytania były publikowane po każdym

egzaminie, można było analizować ich treść, szukać odniesień, co także było formą edukacji dla zdających. Obecnie książeczek z pytaniami już się nie wydaje. Niepokojące jest, że pytania są coraz bardziej zawile, słabo przygotowane i odległe od programu nauczania. Komisja ds. Młodych Lekarzy protestuje przeciw temu. W Niemczech obowiązuje podobny egzamin, pytania są publikowane, z odpowiedziami i komentarzem. Zgadza się, że LEK i LDEK powinny w jak największym stopniu weryfikować wiedzę, ale bez udziwnień i pułapek. Trzeba ten egzamin doskonalić i pracować nad konstruowaniem pytań.

Najwięcej emocji budzi przyznawanie miejsc specjalizacyjnych przez urzędy wojewódzkie. Co na to Komisja ds. Młodych Lekarzy NRL?

Zabiegamy o to, aby rozdzielanie miejsc specjalizacyjnych odbywało się w systemie ogólnopolskim, a wyznacznikiem był wynik zdanego LEK-u i LDEK-u w formie listy rankingowej. Ci, którzy zdali słabo, mieliby mniejszy wybór, a jeśli chcieliby się liczyć w tym podziale, podeszliby do egzaminu ponownie, by poprawić wynik. Lekarz mógłby wybrać, czy bardziej zależy mu na specjalizowaniu się w swoim miejscu zamieszkania, godząc się na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie tam dostępnej, czy wolałby wyjechać i nawet za cenę niewygód i rozłąki z rodziną specjalizować się w wymarzonej przez siebie dziedzinie. Chodzi o to, aby miał wybór, którego obecnie nie ma. System ten spowodowałby lepszą dystrybucję rezydentur. Obecnie jest ogromne parcie na duże ośrodki akademickie, a w powiatowych, miejskich placówkach jest problem, by zwerbować specjalizującego się lekarza. Pewny etat rezydentki, na który lekarz mógłby tam liczyć, zmieniłby tę sytuację.

Jakie w obecnej kadencji są priorytetowe zadania Komisji ds. Młodych Lekarzy?

Zaczęliśmy tę kadencję od identyfikacji zadań i pierwszym, którym się zajęliśmy, były dyżury lekarzy na rezydenturach. Mieliśmy wiele sygnałów płynących z całej Polski, że są oni kierowani na dyżury do szpitalnych oddziałów ratunkowych, niezgodnie ze swoim programem specjalizacji. Nie tylko jest to kształcenie nieefektywne (choćby dla dermatologów), stanowi także zagrożenie dla pacjentów. Zareagowaliśmy, a Ministerstwo Zdrowia poparło nasze stanowisko w tej sprawie. Rozpropagowaliśmy opinię prawną na ten temat i rozesłaliśmy do szpitali w całej Polsce. Mamy już informacje, że dyrektorzy placówek zaniechali wypełniania luk kadrowych rezydentami. Zabiegamy też o możliwość zmiany miejsca odbywania kształcenia w ramach rezydentury i zmiany kierunku specjalizacji. Ministerstwo Zdrowia, nowelizując ustawę o kołobudżetową, po cichu wprowadziło do ustawy o zawodzie lekarza ▶

Niewielka liczba asystentów powoduje, że grupy kliniczne liczą po 5-6 osób. Nie jest możliwe ani etyczne, aby jednego pacjenta zbadało 6 osób. Staż przecierał szlak. Studentom się pokazuje, stażysta jest uczestnikiem zdarzenia, wprowadzie nie pierwszoplanowym, ale ma szansę leczyć pacjenta, poczuć się praktykiem.



20 stycznia w siedzibie NIL odbyło się spotkanie Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia: wiceministrem Igozem Radziewiczem-Winnickim oraz dyrektorem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Jolantą Orłowską-Heitzman. Rozmawiano m.in. o przyszłości kształcenia podyplomowego lekarzy.

Do niedawna pytania były publikowane po każdym egzaminie, można było analizować ich treść, szukać odniesień, co także było formą edukacji dla zdających. Obecnie książeczek z pytaniami już się nie wydaje. Niepokojące jest, że pytania są coraz bardziej zawile, słabo przygotowane i odległe od programu nauczania.

i lekarza dentysty, bez konsultacji z przedstawicielami izb, zakaz zmiany kierunku specjalizacji, gdyby w trakcie okazało się, że to nie był trafiony wybór. Wiemy, że to próba uszczelnienia systemu przez resort. Zdarzało się, że lekarz wiedząc, że nie ma szans na wymarzoną specjalizację, decydował się na kierunek, gdzie było najwięcej miejsc, by „przeziwować” i później spróbować jeszcze raz, ale to nie może godzić w całą lekarską społeczność, w osoby, które po roku spędzonym na oddziale onkologicznym nie radzą sobie z codziennym kontaktem ze śmiercią, czy chirurgów, którzy nie radzą sobie z imadłem. Tu komisja odniosła sukces połowiczny. Wprawdzie pod jej naciskiem wykreślono z zapisu zakaz zmiany miejsca specjalizowania się, ale zakaz dotyczący kierunku specjalizacji pozostał. Pracujemy też nad sposobem dystrybucji wspomnianych już dodatkowych rezydentur, które mają być przyznane jesienią tego roku.

Jaki jest stosunek komisji do pomysłu, aby emigrujący lekarz zwracał pieniądze za ukończone studia?

Są to pomysły populistyczne, zrodzone w kręgach polityków, co jakiś czas podgrzewane przez media. Raz chcą lekarzy posłać w kamasze, raz straszą, że emigrując, będą musieli oddać za studia. Nasz kraj jest w Unii Europejskiej, a my, lekarze, jesteśmy taką samą grupą pracowników jak wszyscy inni i podlegamy tym samym prawom. Pomysły te nie doprowadzą do zwiększenia liczby lekarzy w Polsce, a o to w tym chodzi.

Młodym lekarzom zarzuca się często, że mają komercyjny stosunek do wykonywanego przez siebie zawodu. Ile w tym prawdy?

Już Sokrates powiedział, że młodzież jest coraz gorsza, ale mówiąc poważnie, świat się ciągle zmienia i wymusza zmianę postaw, zachowań. Na pewno młode pokolenie lekarzy różni się od

swoich rodziców czy dziadków. Wtedy wszyscy mało zarabiali, ale lekarz przynajmniej budził szacunek. A dziś? W erze internetu, szybkiego napływu i przepływu informacji, nowych sposobów komunikowania się, zdobywania wiedzy i umiejętności jej wykorzystania w celu otrzymania jak najlepszej pracy, zmienia się mentalność. Łatwo porównać, jak żyją lekarze w innych krajach, w jakich warunkach pracują, jakie mają oczekiwania. Tak naprawdę to świat uległ daleko idącej komercjalizacji, a reszta jest tego konsekwencją.

Kiedyś musi nastąpić zmiana pokoleniowa i lekarska młodzież przejmie pałeczkę. Jak pan widzi proces odmładzania samorządu lekarskiego?

Jesteśmy pokoleniem, które nie musiało walczyć o wolność. Wychowaliśmy się w czasach względnego spokoju i w demokratycznych realiach. Codzienna praca u podstaw i dbałość o to, by lepiej żyć i pracować, nie budzi zainteresowania. Jednak jestem optymistą: konflikt, który wybuchł wokół rezydentur, dowiódł, że młodzi lekarze potrafią się zmobilizować, reagować i angażować. W końcu, jeśli nie my, to kto? Trudno jednak o konkretną wizję młodych w samorządzie. Pewne jest tylko, że dzisiejsi młodzi szybko staną się „starzy” – zmiany będą nieuniknione. Nie chodzi tylko o ludzi, ale o strukturę i cele. Dziś wszystko przyspieszyło, decyzje podejmuje się błyskawicznie, często jednym kliknięciem myszy. Kluczem do rozwiązania większości problemów jest komunikacja, zarówno w medycynie, jak i w działalności samorządowej. Trzeba pozbyć się fałszywej skromności, w dzisiejszych czasach należy głośno mówić o swoich celach i sukcesach, i taki styl preferujemy w pracy naszej komisji. Pomiędzy posiedzeniami cały czas jesteśmy ze sobą w kontakcie, nie czekamy, aż zbierze się całe gremium, wymieniamy opinie, dzielimy się wątpliwościami, staramy się być komisją przez cały czas. ■

Odprawa posłów i senatorów lekarzy

**Jarosław
Wanecki**

Przewodniczący
Komisji
Kultury NRL

Jesienią pójdziemy na kolejne wybory parlamentarne. Jeśli liczyć Sejm Kontraktowy, nasz głos w wolnej Polsce liczony będzie po raz dziewiąty. W latach 1989-2011 rozdaliśmy 3840 mandatów poselskich i 800 senatorskich. Wśród obdarzonych zaufaniem są lekarze, którzy obejmowali następnie najważniejsze funkcje w państwie, w tym Premiera i Marszałków obu izb. Nasze koleżanki i nasi koledzy zostawali również ministrami zdrowia i przewodniczącymi tożsamyh sejmowych i senackich komisji.

Zanim dokonamy wyboru przy biało-czerwonej urnie, warto odwiedzić ulicę Wiejską i sprawdzić, czy w minionym ćwierćwieczu byli tam lekarze; na czym polega praca parlamentarzysty; gdzie kończy się zwykła lojalność wobec środowiska i pacjentów, a zaczyna polityczna odpowiedzialność za państwo.

Pozycję ustrojową Sejmu, czyli umiejscowienie w systemie władzy państwowej, określa przyjęta w Konstytucji zasada trójpodziału władz. Sejm (wraz z Senatem) został wskazany jako organ władzy ustawodawczej, sprawujący ponadto kontrolę nad działaniem władzy wykonawczej. Dodatkowo Sejm pełni funkcję kreacyjną, która polega na bezpośrednim powoływaniu i odwoływaniu organów konstytucyjnych państwa. Sejm uczestniczy w tworzeniu rządu.

II Rzeczpospolita

W dawnej Polsce parlament nie miał siedziby. Obradował zwykle w Piotrkowie Trybunalskim z racji centralnego położenia na mapie. Miejscem Sejmu Walnego były komnaty królewskie – najpierw Wawel, a od XVI w. Zamek Królewski w Warszawie. Dopiero w Polsce odrodzonej Sejm otrzymał własne lokum w Warszawie przy Wiejskiej, gdzie w 1918 r. rozpoczęto adaptację budynku Instytutu Aleksandryjsko-Maryjskiego Wychowania Panien, czyli dawnej żeńskiej szkoły średniej. Przebudowę kierował między innymi architekt Kazimierz Tołłoczko, ojciec profesora medycyny. Kilka lat później do gmachu dobudowano amfiteatralną Salę Posiedzeń.

Sejm Ustawodawczy II RP obradował w latach 1919-1922. Pracowało w nim 9 lekarzy. Piątą kadencję przerwała II wojna światowa. Z dostępnych materiałów archiwalnych wynika, że w okresie międzywojennym biały fartuch na sejmową legislację zamieniło 31 osób, wyłącznie mężczyzn. Razem objęli 44 mandaty poselskie. Czterokrotnie nominację odbierał Jerzy Rosenblatt, działacz syjonistyczny z Łodzi, który założył Żydowskie Towarzystwo Muzyczne i Literackie „Hazomir”.

Senat zaczął obradować na podstawie „Małej Konstytucji” w 1922 r. Przez 20 lat zasiadało w jego ławach 20 lekarzy. Czworo z nich więcej niż przez jedną kadencję. Alojzy Pawelec, działacz polityczny z Górnego Śląska i fizyjatry, wybierany był do Senatu trzykrotnie, a w V kadencji został wicemarszałkiem. Cztery lata wcześniej zasiadał na tym stanowisku Mikołaj Kwaśniewski ze Stronnictwa Demokratycznego, zamordowany prawdopodobnie w Auschwitz w 1941 r.

Emil Bobrowski spędził na Wiejskiej 18 lat. Najpierw jako poseł Sejmu Ustawodawczego, a następnie dwóch kadencji Sejmu i dwóch Senatu. Dyplom lekarski uzyskał na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Jedyną kobietą – lekarzem w parlamencie II RP była Hanna Hubicka (Szlendak). Chirurg. W czasie I wojny światowej pracowała w szpitalach Czerwonego Krzyża w Kiszyńowie i Brześciu; członkini POW, zaangażowana w akcję przygotowującą powstanie polskiej armii na terenie Rosji; od 1917 r. kierowała wydziałem prasowym sztabu I Korpusu Polskiego na Wschodzie; w latach 1919-1922 pracowała w Kancelarii Cywilnej Naczelnika Państwa. Była senatorem IV kadencji.

Polska Ludowa

Aktywność lekarzy w czasie prac Sejmu Ustawodawczego PRL, który zaczął pracę po sfałszowanych wyborach 1947 r. i rozwiązaniu Krajowej Rady Narodowej, była znikoma. Załedwie czworo (3 panów i pani) spośród 444 posłów legitymowało się dyplomem lekarskim. Przez 42 lata do amfiteatralnej Sali Posiedzeń wybrano załedwie, a może aż 59 lekarzy (40 proc. stanowiły kobiety) i 1 stomatologa. Według dostępnych danych jedyne go w historii od 1919 r. był nim działacz Stronnictwa Demokratycznego Zenon Łabędzki.

Rekordzistą ław sejmowych Polski Ludowej był Jerzy Sztachelski. Absolwent Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie; uczestnik bitwy pod Lenino; członek KC PZPR; dwukrotny minister zdrowia, pełnomocnik

Aktywność
lekarzy w czasie
prac Sejmu
Ustawodawczego
PRL, który
zaczął pracę po
sfałszowanych
wyborach 1947 r.
i rozwiązaniu
Krajowej Rady
Narodowej, była
znikoma. Załedwie
czworo (3 panów
i pani) spośród
444 posłów
legitymowało
się dyplomem
lekarskim.



rządu ds. stosunków z Kościołem, kierownik Urzędu ds. Wyznań; pomysłodawca powołania AM w Białymstoku. Sfabularyzowane losy Jerzego Sztachelskiego to główny motyw trzatomowej powieści Jerzego Putramenta „Wybrańcy”. Mandat posła sprawował 21 lat (Sejm Ustawodawczy PRL oraz kadencje: I, II, III i V).

Kontrakt 1989

Zgodnie z porozumieniami Okrągłego Stołu, 7 kwietnia 1989 r. Sejm wprowadził zmiany do Konstytucji PRL (1952), przywracając Senat oraz ustanawiając, że najwyższym przedstawicielem Polski będzie Prezydent. Nowela z 29 grudnia 1989 r. przywróciła nazwę Rzeczpospolita Polska oraz godło: wizerunek orła białego w koronie. W wyniku wyborów 4 czerwca 1989 r. wyłoniony został Senat I kadencji oraz Sejm X kadencji, tzw. kontraktowy.

X kadencja stworzyła podwaliny rozwoju demokratycznego państwa. Parlament przyjął ustawy kształtujące ustrój polityczny i społeczno-gospodarczy. Podjęcie decyzji o samorozwiązaniu oraz uchwalenie ordynacji wyborczej umożliwiło Prezydentowi zarządzenie pierwszych demokratycznych wyborów parlamentarnych w powojennej Polsce.

W Sejmie Kontraktowym było 25 lekarzy, większość należała do Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, 4 do Obywatelskiego Klubu Parlamentarnego tworzonego przez działaczy „Solidarności”, 3 do Stronnictwa Demokratycznego, a jeden do Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego. Był to jedyny Sejm, w którego Prezydium zasiadały dwie lekarki: Olga Krzyżanowska (OKP) i Teresa Dobieńska-Eliaszewska (SD), sprawując funkcje wicemarszałków.

W okresie II wojny światowej Olga Krzyżanowska była harcerką Szarych Szeregów. Ukończyła Akademię Medyczną w Gdańsku. Pracowała w szpitalu powiatowym w Pucku, szpitalu wojewódzkim i gdańskiej AM. W 1980 r. wstąpiła do „Solidarności”, zasiadała w Krajowej Komisji Koordynacyjnej Służby Zdrowia. Od 1989 do 2001 r. sprawowała mandat posłanki z ramienia Komitetu Obywatelskiego, Unii Demokratycznej i Unii Wolności. Była wicemarszałkiem X i II kadencji. W 2001 r. została senatorem.

Demokratyczne państwo prawa

Posłem może być każdy obywatel, który ukończył 21 lat i ma czynne prawo wyborcze. Posłowie i senatorowie są reprezentantami narodu i nie wiążą ich instrukcje wyborców. Do uprawnień posła należy: udział w dyskusjach i głosowaniu na forum izby oraz w jej organach; czynne i bierne prawo wyborcze do organów Sejmu; składanie wniosków; zrzeszanie się w kluby i koła poselskie; prawo wystosowania: interpelacji, zapytań i interwencji poselskich. Wśród obowiązków znajdują się: czynne uczestnictwo w pracach izby i Zgromadzenia Narodowego oraz składanie oświadczeń majątkowych. Polskiego parlamentarzystę chroni immunitet. Posłowie na Sejm RP przysługują uposażenie odpowiadające wynagrodzeniu podsekretarza stanu lub, jeśli nie został

posłem zawodowym, dieta plus inne dodatki, w tym na prowadzenie biura i za pełnienie funkcji. Na osoby spoza Warszawy czeka pokój w Domu Poselskim lub ryczałt na wynajęcie mieszkania. W związku z zakończeniem kadencji posłowi, którzy nie zostali wybrani ponownie, przysługuje odprawa w wysokości trzech uposażeń. Wygaśnięcie mandatu następuje w wypadku: śmierci, zrzeczenia się mandatu, utraty prawa wybieralności, stwierdzenia nieważności wyboru oraz w chwili zakończenia kadencji.

Przez 25 lat, od 4 czerwca 1989 r. wybrano 112 posłów z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, którzy objęli 171 mandatów. Najwięcej z nich, prawie 25 proc., obsadziła Platforma Obywatelska. Rekordzistą wyniku wyborczego jest Bartosz Arłukowicz (PO), który w 2011 r. uzyskał 101 tys. 746 głosów. Chirurg Hubert Costa, urodzony w Bangladeszu, był pierwszym ciemnoskórym polskim posłem (Samoobrona). Nasze koleżanki i nasi koledzy należeli do wszystkich klubów podczas ośmiu kadencji Sejmu i stanowili niespełna 5 proc. polskich posłów. W poszczególnych kadencjach było ich od 14 do 26. Mężczyźni wiedli prym. Było ich 81. W zamian wyłącznie kobiety pełniły funkcje w Prezydium Sejmu.

22 września 2014 r. premierem została Ewa Kopacz, absolwentka Akademii Medycznej w Lublinie, lekarz rodzinny, pediatra, medyk sądowy, doświadczona parlamentarzystka, posłanka ziemi radomskiej czterech kadencji. Była przewodniczącą Komisji Zdrowia, ministrem na Miodowej, pierwszą w historii kobietą, która pełniła funkcję Marszałka Sejmu.

Marszałek Sejmu pełni funkcję jednoosobowego organu wewnętrznego. Uprawnienia, jakie nadaje mu Konstytucja oraz Regulamin Sejmu, są szerokie i skupiają się głównie na: zwoływaniu posiedzeń Sejmu i przewodniczeniu obradom, podczas których podejmuje on szereg decyzji co do sposobu ich przebiegu, jak również w razie konieczności dyscyplinuje posłów; organizowaniu i przygotowywaniu prac Izby; czuwaniu nad tokiem i terminowością prac Sejmu i jego organów, w tym nadawaniu biegu inicjatywom ustawodawczym, kierowaniu pracami Prezydium Sejmu, jak również zwoływaniu Konwentu Seniorów; udzielaniu posłom niezbędnej pomocy w ich pracy parlamentarnej. Ważną rolą Marszałka jest reprezentowanie Sejmu na zewnątrz i zastępowanie Prezydenta RP w przypadku, kiedy nie może on pełnić swojej funkcji. Marszałek Sejmu jest przewodniczącym Zgromadzenia Narodowego. Symbolem pozycji, a także jego władzy i autorytetu jest laska marszałkowska, której używa, otwierając i zamykając posiedzenia Sejmu.

Marszałka zastępują wicemarszałkowie. Jednym z nich jest Elżbieta Radziszewska. Ma najdłuższy staż parlamentarny po roku 1989 spośród wszystkich lekarzy, porównywalny jedynie z Olgą Krzyżanowską. Była posłanką III, IV, V, VI i obecnej VII kadencji, w której przewodniczyła rotacyjnie komisji ds. służb specjalnych, a 24 września 2014 r. powołana została na wicemarszałka. Absolwentka Akademii Medycznej w Łodzi. Specjalistka chorób wewnętrznych. ▶

Posłem może być każdy obywatel, który ukończył 21 lat i ma czynne prawo wyborcze. Posłowie i senatorowie są reprezentantami narodu i nie wiążą ich instrukcje wyborców.

Komisja Zdrowia

Ze względu na bardzo dużą liczbę spraw rozpatrywanych przez Sejm, nie jest w praktyce możliwe zajmowanie się nimi na posiedzeniu Sejmu w obecności wszystkich posłów. Dlatego też bardzo dużą rolę odgrywają komisje powołane do rozpatrywania i przygotowywania spraw stanowiących przedmiot prac Sejmu. Chodzi w szczególności o prace legislacyjne i techniczne nad projektami ustaw czy też prace nad wnioskami kierowanymi do parlamentu. Tym samym na forum izby podejmuje się zwykle najważniejsze decyzje dotyczące przyjęcia lub odrzucenia danego projektu, natomiast konkretne rozwiązania są wypracowywane w wyspecjalizowanych komisjach.

Komisja sejmowa składa się z grupy posłów, których wybiera się w drodze uchwały. Jej pracami kieruje, wybierane przez samą komisję z grona jej posłów, Prezydium składające się z przewodniczącego oraz jego zastępców. W praktyce skład osobowy komisji jest ustalany według zasady reprezentacji wszystkich klubów poselskich. Aby usprawnić swe prace nad konkretnymi sprawami, komisje mogą powoływać podkomisje.

Od 1989 r. niezmiennie powoływana jest sejmowa Komisja Zdrowia. Jej przewodniczącymi byli kolejno: Henryk Szarmach (PSL, X kadencja, komisja liczyła 36 członków, miała 2 wiceprzewodniczących, w Sejmie było 14 klubów poselskich, a pierwsza lekarska sprawa, którą zajął się Sejm, miała sygnaturę druku 79), Elżbieta Seferowicz („Solidarność”, I kadencja, 22 członków, 3 zastępców, 11 klubów i 6 kół poselskich), Jan Kopczyk (PSL, II kadencja, 28 posłów, 2 zastępców, 4 kluby i 7 kół poselskich), Stanisław Grzonkowski (AWS, III, jedyny spośród wymienionych, który nie był lekarzem, 29 członków, 4 zastępców, 6 klubów i 4 koła poselskie), Barbara Błońska-Fajfrowska (SLD-UP, IV kadencja, 32 członków, 3 zastępców, 7 klubów i 8 kół poselskich), Ewa Kopacz (PO, V kadencja, 27 członków, 3 zastępców, 6 klubów i 2 koła poselskie), Bolesław Piecha (PiS, VI kadencja, 41 członków, 4 zastępców, 5 klubów i 1 koło poselskie), Tomasz Latos (PiS, VII kadencja, 40 członków, 5 zastępców, 6 klubów i 1 koło poselskie, 6 podkomisji, w tym ds. ustawy o zdrowiu publicznym).

7 października 1994 r., na Zakopiance, zginęła w wypadku samochodowym podczas pełnienia funkcji poselskich doktor Maria Trzcińska-Fajfrowska (UD).

Senat III RP

Druga Izba Parlamentu to organ władzy ustawodawczej, składający się ze 100 senatorów, wybieranych w okręgach jednomandatowych na czteroletnią kadencję, rozpoczynającą się i kończącą wraz z kadencją Sejmu. Bierne prawo wyborcze do Senatu RP uzyskuje się w wieku 30 lat.

W PRL Senat został zniesiony na podstawie wyników referendum z 1946 r., które zostało sfałszowane. 4 czerwca 1989 r., na podstawie umowy Okrągłego Stołu, wybrano senatorów I kadencji. Głosowa-

nie zakończyło się sukcesem „Solidarności”, która wprowadziła do izby 99 przedstawicieli, wśród nich 7 lekarzy. Miejscem pierwszych posiedzeń była Sala Kolumnowa Sejmu. Od maja 1991 r. Sala Obrad znajduje się w budynku Senatu.

W ciągu ośmiu kadencji na fotelach senatorskich zasiadło 52 lekarzy, w tym zaledwie 7 kobiet. Objęli oni 79 mandatów, czyli prawie 10 proc. Ośmioro pracowało przez trzy kadencje. Rekordowy wynik wyborów uzyskał w 2007 r. Marek Balicki (SLD-UP), uzyskując 246 tys. głosów.

26 października 1993 r. na stanowisko Marszałka Senatu zaprzysiężony został Adam Struzik, absolwent Akademii Medycznej w Łodzi, internista, senator ziemi plockiej 1991-2001, który w 2007 r. uzyskał mandat posła, nie obejmując go i pozostając Marszałkiem Mazowsza.

Obowiązki Marszałka Senatu są podobne, choć w mniejszej skali do działań Marszałka Sejmu. I tam, i tu pomagają wicemarszałkowie. Nas interesuje dwoje.

Zofia Kuratowska (OKP, UD) była absolwentką Akademii Medycznej w Warszawie, hematologiem, profesorem medycyny, dyplomatą i senatorem RP trzech pierwszych kadencji (wicemarszałek I i III). Od 1980 r. należała do „Solidarności”. Uczestniczyła w obradach Okrągłego Stołu w podzespole ds. zdrowia. Zmarła w Pretorii w trakcie pełnienia urzędu ambasadora. Jako pierwsza w Polsce napisała książkę o AIDS i wykryła, że erytropoetyna wytwarzana jest w nerkach. Była poważnym kandydatem na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w 1989 roku.

Stanisław Karczewski (PiS) jest absolwentem Akademii Medycznej w Warszawie, chirurgiem, senatorem VI i VII oraz wicemarszałkiem obecnej kadencji (VIII).

Parlament i coś jeszcze...

Bycie posłem lub senatorem może dać wstęp do pełnienia innych obowiązków państwowych. Po pierwsze do przyjęcia teki ministra zdrowia: Władysław Sidorowicz (Senat VI, VII), Andrzej Wojtyła (I, II, III), Ryszard Żochowski (I, II), Grzegorz Opala (III), Mariusz Łapiński (IV), Marek Balicki (I, II, VI Senat V), Zbigniew Religa (VI, Senat III, IV), Ewa Kopacz (IV, V, VI, VII), Bartosz Arłukowicz (VI, VII). Można także podjąć pracę w innych miejscach przed lub po wyborach: Maria Dmochowska (X, I, II) została wiceprezesem IPN, Kazimierz Kapera (III) pełnomocnikiem ds. rodziny, Jan Kopczyk (II) najpierw wiceministrem, a później szefem KRUS, Andrzej Sośnierz (V, VI) po wielu spekulacjach został Prezesem NFZ, Ewa Sowińska (IV, V) rzecznikiem praw dziecka, Halina Olendzka (V, VI) wiceministrem pracy, Bolesław Piecha (IV, V, VI, VII, Senat VIII) sekretarzem stanu, a obecnie eurodeputowanym do PE, Bogdan Klich (IV, Senat VIII) ministrem Obrony Narodowej, Zbigniew Kulak (Senat III, IV) ambasadorem w Mongolii.

Tyle dydaktyka, statystyka i biografistyka. Indywidualna analiza merytorycznych dokonań parlamentarnych w ochronie zdrowia pozwoli na sprawiedliwe postawienie krzyżyka w jesiennych wyborach... ■

Przez 25 lat,
od 4 czerwca
1989 r. wybrano
112 posłów
z numerem prawa
wykonywania
zawodu lekarza,
którzy objęli
171 mandatów.
Najwięcej z nich,
prawie
25 proc., obsadziła
Platforma
Obywatelska.



Teleportacja

*To, co dziś jest rzeczywistością,
wczoraj było nierealnym marzeniem.*

Paulo Coelho

Historia lubi się powtarzać i w tym roku ponownie mieliśmy powtórkę z rozrywki. Zawieranie umów i podpisywanie kontraktów na nowy rok to istne science fiction. Miałam wrażenie, jakbym podróżowała w czasie i teleportowała się do przeszłości. Znowu w mediach byliśmy służbą zdrowia i lekarzami, których zadaniem jest służyć pacjentom, bez względu na warunki, zgodnie z powołaniem i przysięgą lekarską składaną po zakończeniu studiów medycznych. Zaczęło się od świadczeniodawców i biznesmenów, aby w ferworze tzw. rozmów i relacji medialnych powrócić do dawnych czasów. Przy braku wizji na zbudowanie dobrze funkcjonującej opieki zdrowotnej i bez przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków finansowych, jest to raczej niemożliwe. Tak jak nierealne do tej pory jest marzenie przenoszenia się w czasie, więc pozostaje tylko fantastyka. A już Stanisław Wyśpiański stwierdził, że „polityka to nie jest marzycielska rzecz”.

Każda teleportacja, mimo że jest to dział fantastyki naukowej, zawsze musi mieć klasyczny przekaz informacji za pomocą sieci nie internetowej, a kwantowej, która nie dopuszcza do przechwycenia informacji. Właśnie taka sieć przydałaby się do tworzenia i przekazywania zbiorów danych o pacjentach. Nośniki kwantowe są najlepsze i najbezpieczniejsze, ale jeszcze nie udaje się ich wykorzystać tak, aby mogły być ogólnodostępne. Naukowcy powoli odkrywają lepsze formy przekazu informacji, ale w Ministerstwie Zdrowia geniusze informatyczni zaproponowali prowadzenie dokumentacji medycznej i jej szybki przekaz elektroniczny już teraz do stosowania i upowszechnienia. Taka szybka rewolucja technologiczna w dostępie do wrażliwej materii, poza tym niezgodna z obowiązującym prawem, to istny majstersztyk, który grozi katastrofą. Za błędy i porażki oczywiście obwini się lekarzy. Przecież to jedna z metod rządzenia.

Dlatego w obawie przed unicestwieniem zastanawiam się, czy zamiast wizjonerów bez znajomości zasad fizyki, nie lepiej by było, aby do organizacji opieki zdrowotnej zatrudnić fizyków kwantowych i naukowców zajmujących się badaniami kosmicznymi oraz badaczy przestrzeni międzyplanetarnych i kontaktów z istotami pozaziemskimi.

Dlaczego? Postaram się wyjaśnić mój punkt widzenia. Umiejętność i możliwość porozumiewania się ludzi inteligentnych między sobą powinna być podstawowym czynnikiem umożliwiającym rozwiązywanie problemów. Jednak wszelkie rozmowy na linii władza – lekarze są o wiele trudniejsze niż szansa na porozumienie z istotami pozaziemskimi. Również pacjent człowiek jako przypadkowy produkt ewolucji nie wzbudza sympatii – gdy jedna ze stron próbuje narzucać swoje wizje, a przede wszystkim nie chce przyjąć do wiadomości odpowiedzi oczywistych rozwiązań, a dzieje się tak wówczas, kiedy najpierw daje się odpowiedź, a później stawia pytania.

Jakie jest miejsce lekarza we współczesnej Polsce: biznesmen, przedsiębiorca, świadczeniodawca czy po prostu człowiek wykonujący jeden z zawodów zaufania publicznego? Z racji ustawy staliśmy się przedsiębiorcami, którzy jednak nie zapominają o swoim powołaniu, ale też jesteśmy zwykłymi ludźmi i musimy dbać również o swoje przetrwanie, jak wszystkie istoty żyjące na planecie Ziemia. Musimy także zabiegać o własne miejsca pracy, gdyż jeśli je stracimy, to na nic zda się powołanie.

Życie przyspieszyło w zawrotnym tempie. Już nie tylko samochody, ale i samoloty, a niedługo rakiety będą środkami lokomocji, ale w polskiej opiece zdrowotnej ciągle poruszamy się, i to bez ułańskiej fantazji, przy pomocy konia pociągowego, który niekiedy przyspieszy do galopu, ale potem szybko wraca do stępa.

Myślę, że w końcu znajdą się futuryści, którzy poza podróżami w kosmos, a przecież za czasów Juliusza Verne’a były iluzją, a jednak się spełniły, zaproponują reformy zdrowotne niekoniecznie zaraz kosmiczne, a tylko takie realne, ziemskie. Marzenia trzeba mieć, a jeżeli nie możemy ich spełnić, to skorzystajmy z rady Stanisława Jerzego Leca: „podrzucić własne marzenia swoim wrogom, może zginą przy ich realizacji”. To jest dobra rada, tylko należy z niej umiejętnie skorzystać, abyśmy nie wpadli w czarną dziurę. Póki co, mamy nadzieję na lepsze czasy dla lekarzy i pacjentów, ale czy na długo wystarczy nam tego paliwa? Przecież nawet najlepszy samochód nie pojedzie daleko na oparach i pozostanie wiara w deportację do przyszłości, bo jak na razie to ciągle tkwimy w przeszłości. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Jakie jest miejsce
lekarza we
współczesnej
Polsce: biznesmen,
przedsiębiorca,
świadczeniodawca
czy po prostu
człowiek wykonujący
jeden
z zawodów zaufania
publicznego?



Specjalista potrzebny od zaraz

**Lidia
Sulikowska**

W Polsce mamy prawie 35 tys. lekarzy dentystów czynnych zawodowo, z czego mniej niż połowa posiada specjalizację, w tym wielu – tylko I stopnia. Konsultanci medyczni poszczególnych dziedzin lekarsko-dentystycznych alarmują, że to za mało. Jest też niepokój związany z kształceniem przeddyplomowym.

W każdej specjalności występuje poważny problem z nierównomiernym rozmieszczeniem specjalistów w poszczególnych województwach w stosunku do zapotrzebowania.

Sprawę kształcenia specjalistycznego w stomatologii szeroko omawiano podczas posiedzenia Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się w grudniu 2014 r. – Mamy tylko 472 periodontologów, z czego 443 aktywnie praktykujących (dane na koniec 2014 r. – przyp. red.), tymczasem potrzeby terapeutyczne są o wiele większe: aż 98,3 proc. Polaków ma problemy z przyzębiem – mówiła prof. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii.

Podobne braki kadrowe występują także w innych dziedzinach, o czym informowali poszczególni konsultanci krajowi, m.in. w stomatologii dziecięcej, gdzie 0,5 specjalisty przypada na 10 tys. pacjentów w wieku 0-18 lat, lub stomatologii zachowawczej z endodoncją. Nieco lepiej jest w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej, gdzie liczba specjalistów jest porównywalna ze wskaźnikami europejskimi, ale problem stanowi fakt, że brakuje ich w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Jest za to sporo chirurgów stoma-

tologicznych. W każdej specjalności występuje poważny problem z nierównomiernym rozmieszczeniem specjalistów w poszczególnych województwach w stosunku do zapotrzebowania. Są rejon, gdzie sytuacja wygląda całkiem nieźle, w innych jest wręcz dramatycznie. Na przykład w przypadku periodontologów źle jest w woj. świętokrzyskim (4), opolskim (5) i podkarpackim (9), a protetyków stomatologicznych bardzo brakuje na Śląsku i w Kujawsko-Pomorskim. W przypadku stomatologii zachowawczej z endodoncją duży deficyt występuje w województwach: mazowieckim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim czy lubelskim. Na brak chirurgów stomatologicznych cierpią m.in. Podlaskie i Warmińsko-Mazurskie. Więcej niż połowa specjalistów ze wszystkich dziedzin posiada tylko specjalizację I stopnia.

Chęci są, brakuje możliwości

Jak podkreślają eksperci, nie chodzi wcale o to, że stomatolodzy nie mają ochoty specjalizować się. Co

prawda nie każda dziedzina jest przez nich pożądana, tak jest w przypadku stomatologii dziecięcej, bo jak podkreśla dr Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy z zakresu tej specjalności, świadczenia są wyceniane zbyt nisko przez NFZ, to jednak lekarze dentyści chęci na podnoszenie swoich kwalifikacji mają i to duże. Problemem jest niewystarczająca liczba miejsc specjalizacyjnych. – Zainteresowanie jest ogromne. W Warszawie podczas ostatniego postępowania kwalifikacyjnego było 17 chętnych na jedno miejsce. Tymczasem w całym kraju specjalizację z periodontologii odbywa 46 rezydentów na wszystkich latach. Zapotrzebowanie jest znacznie większe w tej dziedzinie (+27) – mówi prof. Renata Górka. Z jednej strony Ministerstwo Zdrowia przyznaje niewiele etatów rezydenckich, ale trudno o miejsce także w systemie pozarezydenckim, ze względu na małą liczbę ośrodków szkoleniowych.

Dlaczego? Konsultanci krajowi poszczególnych dziedzin lekarsko-dentystycznych zgodnie podkreślają, że mało kto chce prowadzić specjalizację, bo wiąże się to z dużymi kosztami. – Programy obejmują wykonanie wielu procedur, których NFZ nie refunduje. W takiej sytuacji musi je sfinansować placówka, która prowadzi specjalizację, lub pacjent, ale chory, jeśli ma płacić, to woli mieć wykonane świadczenie u specjalisty, a nie lekarza, który dopiero się szkoli. W takiej sytuacji trudno się dziwić, że nie ma jednostek chętnych do kształcenia nowych specjalistów – wyjaśnia dr Dorota Olczak-Kowalczyk. Do dyspozycji pozostają w zasadzie możliwości, jakie dają uczelnie medyczne, ale one również borykają się problemami finansowymi. – To, że uczelnie prowadzą kształcenie podyplomowe, to tylko ich dobra wola. Ta działalność się nie bilansuje – mówił podczas grudniowego posiedzenia KKM NRL prof. Jerzy Sokołowski, prodziekan Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W regionach, gdzie uczelnie medycznych z kierunkiem lekarsko-dentystycznym brakuje, jest największy niedobór specjalistów. – Najmniej specjalistów jest w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i podlaskim – mówiła podczas posiedzenia KKM NRL prof. Teresa Bachanek, Prezydent Polskiego Towarzystwa Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia”. W przypadku niektórych dziedzin (np. stomatologia dziecięca) są województwa, w których wcale nie ma możliwości odbycia specjalizacji.

Gdzie jest marchewka?

Jak zachęcić placówki do otwarcia specjalizacji? Można starać się o włączenie większej liczby procedur do koszyka NFZ, ale wydaje się, że w obecnej, w dużej mierze sypiatyzowanej opiece stomatologicznej, może okazać się walką zbyt karkołomną. Pozostaje więc pukać do drzwi Ministra Zdrowia, który mógłby je wesprzeć. Jak? Poprzez sfinansowanie kosztownych procedur, które musi wykonać specjalizujący się lekarz. Zapytaliśmy resort zdrowia, czy jest skłonny wyłożyć

Pocieszać może natomiast fakt, że specjaliści z dziedzin lekarsko-dentystycznych, w odróżnieniu od większości specjalności lekarskich, są stosunkowo młodzi, dzięki czemu dają nadzieję na pozostanie w systemie na dłuższy czas.

W „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” publikujemy szczegółowe dane, ile jest w Polsce specjalistów w poszczególnych dziedzinach lekarsko-dentystycznych oraz ile osób odbywa specjalizację w tym zakresie.





Warto wiedzieć - specjalista w Unii Europejskiej

Obecnie w sposób automatyczny w UE uznawane są tylko dwie specjalności lekarsko-dentystyczne: ortodoncja i chirurgia stomatologiczna. Zgodnie ze znowelizowaną dyrektywą 2005/36/WE możliwe będzie włączenie na tę listę kolejnych specjalizacji – w tym celu Komisja Europejska może przyjąć tzw. akt delegowany. Warunkiem wstępnym jest występowanie danej specjalizacji w co najmniej 2/5 państw członkowskich. Może to dotyczyć: protetyki, periodontologii, stomatologii dziecięcej.

14.03

W Warszawie odbędzie się seminarium Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego i Sekcji Periodontologii PTS. Swoje wykłady wygłoszą m.in. wybitni periodontolodzy z zagranicy. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem to wydarzenie. Więcej informacji na www.perio.org.pl w zakładce „wydarzenia”.

pieniądze dla jednostek prowadzących kształcenie specjalizacyjne. Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało: „Jednostka organizacyjna, ubiegająca się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązana spełniać określone warunki, m.in. udzielać świadczeń zdrowotnych odpowiedniego rodzaju, w odpowiednim zakresie i liczbie, umożliwiających zrealizowanie programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy. Ponadto (...) jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne umożliwia lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji, w tym realizację zabiegów i procedur medycznych”.

Być może na zwiększenie liczby specjalistów będzie miał wpływ fakt, iż od jesieni 2014 r. obowiązują nowe, modułowe programy specjalizacji, które w wielu przypadkach skrócono. – Program specjalizacyjny z periodontologii skrócono do trzech lat, na pewno dzięki temu będzie większa rotacja, ale obawiam się, że to za mało, aby znacząco zwiększyć liczbę specjalistów – wyjaśnia prof. Renata Górka. Pojawiają się też obawy, czy skrócenie kształcenia nie odbije się na jego jakości. Nie zawsze też program zmodyfikowano w odpowiednią stronę. Na przykład w programie stomatologii dziecięcej wprowadzono kurs z zakresu historii szpitalnictwa. Trzeba jednak również zaznaczyć, że są też pozytywne zmiany. Na przykład w programie specjalizacyjnym chirurgii stomatologicznej zwiększono liczbę chirurgicznych ekstrakcji zębów z 30 do 50 oraz resekcji z 10 do 20, wprowadzono też normy zabiegów implantologicznych.

Pocieszać może natomiast fakt, że specjaliści z dziedziny lekarsko-dentystycznych, w odróżnieniu od większości specjalności lekarskich, są stosunkowo młodzi, dzięki czemu dają nadzieję na pozostanie w systemie na dłuższy czas. – Mamy na przykład dużą grupę chirurgów stomatologicznych, ortodontów i specjalistów stomatologii zachowawczej w wieku 41-50 lat, nieco starsi (51-60 lat i więcej) dominują wśród periodontologów, protetyków i chirurgów szczękowo-twarzowych, najstarsi występują w dużej liczbie wśród stomatologów dziecięcych – informuje prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL.

Dbłość o jakość

Problem z możliwością specjalizowania może w przyszłości doprowadzić do znaczącego utrudnienia dostępu do specjalistów, tym bardziej należałoby zadbać o perfekcyjne wykształcenie lekarzy bez specjalizacji. Wielu ekspertów od dawna zwraca natomiast uwagę, że znaczący wpływ na obniżenie jakości edukacji może mieć likwidacja stażu podyplomowego. Przypomnijmy, że dla lekarzy dentystów ostatni raz zostanie on zorganizowany w 2016 r. W jego miejsce będzie wprowadzone dwusemestralne praktyczne nauczanie, które ma być realizowane na ostatnim roku studiów. Naczelna Rada Lekarska wiele razy podkreślała, że należy utrzymać tę formę doskonalenia zawodowego, także studenci woliliby, aby staż pozostał*. – Staż jest rozwiązaniem, dzięki któremu lekarz stopniowo przygotowuje się do podejmowania odpowiedzialności za leczenie. Jest to okres przejściowy pomiędzy byciem studentem a uzyskaniem statusu pełnoprawnego lekarza. To w tym okresie absolwent uniwersytetu medycznego wykonuje procedury pod kontrolą innego lekarza, odbywa także wiele kursów dotyczących między innymi prawa medycznego. Likwidacja stażu jest błędem, który może wiele kosztować – ostrzega lek. dent. Maciej Michalak, prezes zarządu Fundacji Be Active Dentist. Umiejętności nabywane dotychczas w ramach stażu mają przekazywać uczelnie na ostatnim roku studiów. Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych już w marcu ub.r. zwracała uwagę, że wiąże się to z dużymi kosztami, którym uniwersytety mogą nie sprostać. Niejasna pozostaje też kwestia prawna związana ze statusem studenta kierunku lekarsko-dentystycznego, który będzie musiał wykonywać świadczenia obecnie realizowane przez stażystę. Świeżo upieczony absolwent realizował je w ramach ograniczonego prawa wykonywania zawodu. Po likwidacji stażu ma zdobywać tę praktyczną wiedzę jeszcze na studiach. Rodzi się pytanie, co będzie mógł robić w ramach obowiązującego prawa. Chodzi między innymi o kwestię dostępu do dokumentacji medycznej, a także samej możliwości udzielania świadczeń. Prawo w tej materii jest dość niejasne i rozproszone, co może rodzić w przyszłości problemy. ■

* Badanie ankietowe „Trudne początki, czyli dentyści na progu kariery”, listopad 2014, przeprowadzone na próbie 921 młodych stomatologów lub studentów stomatologii. Autorzy: infoDENT24.pl, Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii, Fundacja Be Active Dentist.

Amalgamat i wizja roku 2020

Obchody jubileuszu 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego, które odbyły się w Warszawie w dniach 5-6 grudnia 2014 r., uświetnił udział wielu znamienitych gości, w tym gości zagranicznych, reprezentujących organizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne – zarówno samorządy zawodowe z państw sąsiadujących z Polską, jak również najważniejsze światowe i europejskie organizacje lekarzy oraz lekarzy dentystów. Dla środowiska stomatologów szczególne znaczenie miał przyjazd prezes Światowej Federacji Dentystycznej, dr Tin Chun Wong.

Podczas wystąpienia na obchodach jubileuszowych dr Tin Chun Wong podkreślała, że jubileusz 25-lecia samorządu jest powodem do dumy,

a Polska jest dla świata symbolem wolności. Zaznaczyła również, że odwaga Polaków przyczyniła się do epokowych wydarzeń, których rocznica obchodzona jest w 2014 r. Dodała także, że polski samorząd lekarski jest aktywnym członkiem FDI niemalże od początku istnienia tej organizacji i wnosi duży wkład w jej działalność.

Podczas pobytu w Warszawie prezes Wong złożyła także wizytę w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, gdzie miała okazję zapoznać się z polskim systemem kształcenia stomatologów, oraz obejrzeć nowo otwartą i wyposażoną we wszystkie nowoczesne technologie bibliotekę akademicką, a także odnowioną salę Senatu WUM.

Marek Szewczyński

Radca prawny NIL,
kierownik Ośrodka
Uznawania
Kwalifikacji NIL,
Dział Współpracy
Międzynarodowej
NIL

Z dr Tin Chun Wong, prezes Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), rozmawia **Marek Szewczyński**.

Pani prezes, jaka jest w pani ocenie rola niezależnych organizacji reprezentujących osoby wykonujące zawody medyczne? Czy takie organizacje są ważne i jakie zadania powinny realizować?

Niezależność zawodowa osób wykonujących zawody medyczne ma zasadnicze znaczenie w kontekście właściwego wypełniania przez nie swoich obowiązków zawodowych. Jedynie bowiem osoby wykonujące dany zawód zdają sobie w pełni sprawę ze wszystkich zawiłości związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej.

Z tego względu sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty powinno być zadaniem osób wykonujących ten zawód. Takie rozwiązanie jest de facto w najlepszym interesie pacjentów, jako że osoby spoza kręgu zawodowego w żadnym przypadku nie są w stanie ocenić poszczególnych okoliczności niezbędnych dla zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej, obejmującej rozpoznanie, plan leczenia oraz jego rezultat.

Według mnie samorządność lekarzy jest bezwzględnie uzasadniona, organizacje tej grupy zawodowej muszą być niezależne.

Jakie są aktualnie, w ujęciu globalnym, najistotniejsze sprawy do rozwiązania z punktu widzenia zawodu lekarza dentysty?

Jest tak wiele ważnych kwestii, którymi należy się zająć, że nie sądzę, abym mogła je teraz wszystkie wy-



mienić. Wskażę w zarysie kilka najważniejszych z nich.

Z uwagi na to, że byłam świadkiem podpisywania tzw. Konwencji Minamata (globalna, prawnie wiążąca konwencja, mająca na celu redukcję zanieczyszczenia środowiska rtęcią – przyp. red.), jestem szczególnie zaangażowana w działania związane z ograniczeniem stosowania rtęci oraz stopniowego zmniejszania, tzw. phase-down, użycia amalgamatu dentystycznego.

Jak dobrze wiemy, amalgamat dentystyczny jest stosowany od ponad 150 lat. Jest to bardzo wartościowy materiał do wypełnień z powodu swej wytrzymałości oraz innych jego zalet. W chwili obecnej brak jest wypełnień mogących zastąpić amalgamat – są jedynie ▶

Dr Tin Chun Wong
podkreślała,
że jubileusz
25-lecia samorządu
jest powodem
do dumy, a Polska
jest dla świata
symbolem
wolności.
Zaznaczyła
również,
że odwaga
Polaków
przyczyniła się
do epokowych
wydarzeń,
których rocznica
obchodzona jest
w 2014 r.

O rozpoznawaniu
i leczeniu odległych
objawów fibromialgii
typowych u chorych
z przemieszczeniem
krążków stawowych stawów
skroniowo-żuchwowych
w tym wydaniu „Gazety
Lekarskiej **PREMIUM**” pisze
prof. Maria Kleinrok.



materiały alternatywne, które jednak nie dorównują w pełni amalgamatowi. Środowisko stomatologiczne musi z pełnym zaangażowaniem kontynuować badania nad odpowiednimi materiałami alternatywnymi, a docelowo zastępczymi dla amalgamatu.

Dostępne obecnie materiały kompozytowe mają wady – lekarze dentyści wiedzą, że są to tworzywa sztuczne zawierające bisfenol A. Biorąc zaś pod uwagę, że ograniczenia w stosowaniu amalgamatu są wprowadzane z powodu odpadów amalgamatu i problemów z ich utylizacją, należy postawić pytanie, w jaki sposób, stosując wypełnienia kompozytowe, będziemy sobie radzić z tworzywami sztucznymi i bisfenolem A. Czy przypadkiem nie oznacza to, że jeden kłopot zamienimy na inny? Na razie tego nie wiemy i jest to poważny problem.

Drugą istotną kwestią jest nierówny dostęp do opieki stomatologicznej. Wiemy, że lekarze dentyści raczej koncentrują się wokół aglomeracji miejskich. W rejonach wiejskich pracuje dużo mniej stomatologów, choć są tam tak samo potrzebni. Jak sądzę, w Polsce oraz tej części Europy w rejonach pozamiejskich nie jest to aż taki problem, z jakim miałam okazję spotkać się w niektórych państwach. Jednakże w każdym kraju istnieją regiony z bardziej ograniczonym dostępem do opieki stomatologicznej i władze publiczne oraz instytucje edukacyjne powinny kształtować świadomość pracowników medycznych, że są potrzebni także w miejscach, w których niekoniecznie chcieliby pracować i żyć. Zadaniem władz, ale także organizacji stomatologicznych, jest wypracowanie sposobów pozwalających na odpowiadające krajowym potrzebom rozmieszczenie lekarzy dentyistów.

Trzecim zagadnieniem są zmieniające się wzorce chorobowe. Jak wiemy, choroby jamy ustnej przybierają różne formy. Wraz z występującym od pewnego czasu zagrożeniem związanym z wirusem ebola pojawia się szereg pytań dotyczących wzorców przebiegu chorób: z jednej strony, w jaki sposób leczyć nowe choroby, z drugiej, jak podchodzić do chorób ulegających ewolucji. W tym zakresie fundamentalne znaczenie ma doskonalenie zawodowe. Nasze organizacje muszą być na bieżąco z tymi sprawami i zapewniać lekarzom odpowiednie szkolenie.

Na koniec chciałabym podkreślić, jak wielkim szczęściem jest możliwość życia w kraju, w którym panuje pokój i który ma przyzwoitą sytuację gospodarczą. Jednakże wiele koleżanek i kolegów mieszka w państwach ogarniętych wojną bądź takich, w których władze ograniczają albo wręcz uniemożliwiają możliwość wykonywania naszego zawodu. Stomatolodzy, jak również inni pracownicy medyczni, stoją w obliczu bardzo wielu problemów w sytuacji, gdy władze pozbawiają ich swobody zawodowej. To oczywiście nie odnosi się do Polski, ale spotyka wielu lekarzy w innych państwach. Powinniśmy im pomagać i wspierać ich na tyle, na ile możemy.

A jakie w nadchodzących latach są najważniejsze zagadnienia dla Światowej Federacji Dentystycznej?

Jak już wspomniałam, najistotniejszą sprawą dla FDI jest amalgamat dentystyczny. Ponieważ jesteśmy federacją zrzeszającą ponad 200 krajowych organizacji stomatologicznych z ponad 135 państw świata, wspólnie powinniśmy szukać odpowiedniego zastępstwa dla wypełnień amalgamatowych.

Nie wolno nam także zapominać, że nierówny dostęp do opieki stomatologicznej w wielu państwach zwiększa ryzyko chorób jamy ustnej. Różnice w liczbie lekarzy dentyistów oraz dostępności opieki występują przecież nawet w obrębie tego samego państwa. Mając to na względzie, FDI dąży do realizacji celów określonych w przyjętym przed dwoma laty dokumencie „Wizja roku 2020” na temat stomatologii i zdrowia jamy ustnej.

Jak stwierdziła WHO, leczenie stomatologiczne jest czwartym najbardziej kosztownym rodzajem leczenia medycznego i żadne państwo na świecie nie jest w stanie zapewnić swym obywatelom pełnego zakresu tej opieki – jest to zbyt drogie. W „Wizji roku 2020” jako najważniejszą formę działania wskazano prewencję. Gdy wyrzyna się ząb, jest on w doskonałym stanie – co w takim razie zrobić, aby utrzymać go w takim stanie przez cały okres życia człowieka?

Wiele osób i instytucji zarzucało mi, że skuteczna profilaktyka oznaczać będzie koniec zapotrzebowania na stomatologów. Odpowiadam na to – nie, to nieprawda. Po prostu dotychczas lekarzy dentyistów kształcono w kierunku leczenia chorób, to tzw. stomatologia naprawcza. Obecnie zaś nadszedł czas, aby lekarz dentyista stał się liderem w zakresie prewencji, współpracując ściślej z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi. W ramach opieki profilaktycznej pacjenci nadal potrzebują lekarza dentyistę. Aby zapobiegać próchnicy i innym chorobom jamy ustnej, potrzebna jest stała pomoc ze strony profesjonalisty. Chcąc zapobiec chorobom płuc, przestajemy palić, chcąc uniknąć ataku serca, prowadzimy zdrowy tryb życia, przyjmujemy odpowiednią dietę, ćwiczymy fizycznie – to wszystko są środki zapobiegawcze.

Należy pamiętać – co często zresztą podkreśla WHO – że lekarze dentyści są pionierami prewencji w medycynie. Z chwilą, gdy przed 120 laty uświadomiliśmy sobie, jak powstaje próchnica, natychmiast zaczęliśmy zalecać szczotkowanie zębów pastą do zębów, a w ostatnich 30-50 latach dodaliśmy do pasty fluor. Programy profilaktyczne są więc realizowane. Musimy jednak zachować czujność i zwiększać zasięg prewencji. To wymaga odpowiedniej edukacji zdrowotnej – potrzebna jest nam pomoc ze strony resortów edukacji.

Jednocześnie profilaktyka wymaga opieki interdyscyplinarnej – lekarz dentyista sam nie zdoła nauczyć pacjentów, jak skutecznie przeciwdziałać chorobom jamy ustnej. Istnieje potrzeba, aby w naszą pracę włączyli się lekarze ogólni, pielęgniarki, farmaceuci, nauczyciele.

Kolejną ważną sprawą dla FDI jest spożycie cukru. WHO od niedawna zaleca dalsze obniżenie konsumpcji cukru z 10 proc. do 5 proc. dziennego spożycia kalorii. Ale nawet te 5 proc. to nadal dużo. Niestety cukier jest bardzo atrakcyjny i spożywa się go coraz

więcej każdego dnia. Cukier otacza nas wszędzie. Musimy stawić temu czoła – cukier jest czynnikiem ryzyka wspólnym dla głównych chorób niezakaźnych, do których choroby zdrowia jamy ustnej należą obok cukrzycy, schorzeń układu krążenia, chorób płuc oraz nowotworów.

Jak pani prezes ocenia polską stomatologię na tle innych państw oraz wkład polskich lekarzy dentyistów w działalność FDI i stomatologię europejską oraz światową?

Nie miałam co prawda dotychczas okazji ani osobiście pracować w Polsce, ani nawet praktycznie zapoznać się z tym, jak pracują tu lekarze dentyści, jednakże biorąc pod uwagę to, z czym się spotkałam podczas pobytu w Polsce, myślę, że mam dobre podstawy ku temu, aby wypowiedzieć się na temat polskiej stomatologii.

Sam fakt, że funkcjonuje w Polsce organizacja zawodowa o bardzo dobrej, trwałej strukturze – samorząd składający się z Naczelnej Izby Lekarskiej oraz izb okręgowych – sprawująca pieczę nad wykonywaniem zawodu w interesie publicznym, pozwala mi sądzić, że w polskiej stomatologii przyjęte są najlepsze wzorce zawodowe. Samorząd lekarski został utworzony przed 25 laty, czego rocznicę właśnie obchodzimy. Wiem jednak, że izby lekarskie powstały już w 1921 r. Polska ma

więc długą historię samorządności zawodowej. Zostało to przerwane ze względów politycznych, ale kultura związana z funkcjonowaniem niezależnych organizacji zawodowych przetrwała. A podstawowym powodem istnienia takich organizacji jest tak naprawdę ochrona zawodu i interesu publicznego – czyli naszych pacjentów. Nie mam więc żadnych podstaw, aby sądzić, iż polska stomatologia i polscy lekarze dentyści nie spełniają dobrych międzynarodowych standardów.

Kształcenie lekarzy dentyistów w Polsce, obejmujące 5-letnie studia uniwersyteckie oraz roczny staż podyplomowy, jest bardzo dobrym, godnym naśladowania sposobem szkolenia. To jeden z najlepszych toków kształcenia, z jakimi się spotkałam na świecie. Miałam okazję odwiedzić jedną z 10 uczelni szkolących w Polsce stomatologów i to, co zobaczyłam, jest dla mnie oznaką, że polska stomatologia jest na światowym poziomie.

Chciałabym także podkreślić, że polscy stomatolodzy należą do FDI od chwili odrodzenia samorządu lekarskiego i wykazują się dużą aktywnością, nierzadko większą niż koledzy z wielu innych państw.

Światowy Kongres Dentystyczny FDI, który odbędzie się w 2016 r. w Poznaniu, będzie doskonałą okazją do spotkania się lekarzy dentyistów z ponad 135 krajów w celu wymiany doświadczeń oraz kształtowania światowej polityki zdrowotnej stomatologów. ■

Dotychczas lekarzy dentyistów kształcono w kierunku leczenia chorób, to tzw. stomatologia naprawcza. Obecnie zaś nadszedł czas, aby lekarz dentyista stał się liderem w zakresie prewencji, współpracując ściślej z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi.

2015

Kalendarz imprez
KULTURALNYCH
przyjęty przez
Komisję
Kultury NRL

lutych – grudzień

250 lat teatru w Polsce, cykl wydarzeń:
spektakle, wycieczki, odczyty
OIL w Płocku
Jarosław Wanecki, 24 264 56 46

marzec – październik

V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-
-Prozatorski „Puls Słowa”
OIL w Warszawie
604 286 324 Maria Żywicka-Luckner

6 marca

XV Ogólnopolska Biesiada Literacka Premiera
piątego programu Kabaretu OIL-BAK
OIL w Łodzi
42 683 17 01, 42 686 28 10
Barbara Szeffer-Marcinkowska

19 kwietnia

V Ogólnopolski Konkurs Literacki pod
hasłem „Tu i teraz”
OIL w Łodzi
42 683 17 01 Barbara Szeffer-Marcinkowska

maj

II Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne
Lekarzy Photo Art Medica 2015
OIL w Częstochowie
34 368 18 88 Krzysztof Muskalski

maj/czerwiec

Ogólnopolski plener malujących lekarzy
OIL w Warszawie
602 121 084 Włodzimierz Cerański

8-10 maja

V edycja Międzynarodowego Konkursu Lekarzy
Śpiewających „Musica mores confirmat”
OIL w Szczecinie
606 246 446 Grzegorz Czajkowski,
91 487 75 61 Kamila Sidor

19-24 maja

XIII Ogólnopolska Wystawa
Malarstwa Lekarzy Konkurs
OIL w Łodzi

42 683 17 01 Andrzej Świąs

30 sierpnia – 6 września

II Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej
– Gdańsk Wyspa Sobieszewska
OIL w Gdańsku
503 112 713 Beata Andruszkiewicz-Sałek

26 września

III Międzynarodowy Salon Fotografii
Artystycznej Photo Art Medica 2015
OIL w Częstochowie
34 368 18 88 Krzysztof Muskalski

27 września

IX Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy
Polska Orkiestra Lekarzy
WIL w Poznaniu
Sala Widowiskowa Regionalnego
Centrum Kultury Fabryka Emocji w Pile
608 292 023 Elżbieta Czechowska

30 września – 10 października

IV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
„Oknem Eskulapa”
ŚIL w Katowicach
605 256 335 Stanisław Myjak,
668 258 173 Grzegorz Góral

październik

V Ogólnopolski Konkurs Lekarzy
W-MIL w Olsztynie
502 078 853 Aleksandra Bakun,
604 634 963 Maciej Michałowski
89 539 19 29

1-4 października

III Ogólnopolski Plener Fotograficzny
Lekarzy Kazimierz Dolny 2015
OIL w Lublinie
81 536 04 50
Dariusz Hankiewicz

18-23 października

Ogólnopolska Wystawa
Fotograficzna
„Świat w obiektywie lekarskim”
OIL w Łodzi
42 683 17 01 Andrzej Świąs

8 listopada – 12 grudnia

V Ogólnopolski Konkurs
Fotograficzny Lekarzy i Studentów
Medycyny
OIL w Lublinie
81 536 04 50 Dariusz Hankiewicz,
Jerzy Bednarski

2015

Kalendarz imprez
SPORTOWYCH
przyjęty przez
Komisję ds. Sportu
i Rekreacji NRL

8-11 stycznia

XIII Mistrzostwa Polski Dermatologów
w Narciarstwie Alpejskim Krynica 2015
[Krynica]
Monika Kapińska-Mrowiecka

11 stycznia

I Halowe Mistrzostwa Ziemi Lubuskiej
w Tenisie Ziemnym Lekarzy [Drzonków]
OIL w Zielonej Górze
601 511 361
Józef Safian

11 stycznia

Termin zastępczy: 1 lutego
XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Narciarstwie Biegowym
[Kubalonka lub Szczyrk]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
602 177 857
Maciej Pająkowski

17 stycznia

Termin zastępczy: 24 stycznia
XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Beskidów
Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim [Wisła]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
606 235 361
Janusz Lewandowski
janlewdactor@interia.pl

30 stycznia – 1 lutego

II Narciarski Puchar Lekarzy,
Farmaceutów i Prawników [Szczyrk]
Śląska IL w Katowicach
504 045 609
Mariusz Smolik

21 lutego

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy

w Narciarstwie Alpejskim [Korbielów/Piłsko]
Śląska IL w Katowicach
(32) 60-44-253, (32) 60-44-200
Mariusz Smolik

27 lutego – 1 marca

VI Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy
w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2015”
[Bystre k. Bałogrodu]
OIL w Rzeszowie
OIL w Krakowie
17 717 772 24 Maria Szuber,
515170815 Jacek Tętnowski,
12 6191720 Marek Zasadni,
12 6191720

marzec

Termin zastępczy: maj
IV Mistrzostwa Polski Samorządów
Zaufania Publicznego w Brydżu
Sportowym „Misja” [Warszawa]
OIL w Warszawie
608 200 190
Krzysztof Makuch
krzysztofmakuch@hipokrates.org

7-14 marca

SNOWMED
Wyjazd narciarski i zawody
w narciarstwie alpejskim [Gerlitz]
OIL w Łodzi
535 003 002
Piotr Kosiński
piotr.kosiński@medycycling.eu

21 marca

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
Stołowym [Nowy Targ]
Maciej Jachymiak
admin@igrzyskalekarskie.org

27-28 marca

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Piłce Siatkowej [Wieluń]
OIL w Łodzi
602 516 139
Mirosław Kanicki

11 kwietnia

II Ogólnopolskie Mistrzostwa Dolnego
Śląska Lekarzy w Squashu [Wrocław]

Dolnośląska Izba Lekarska
we Wrocławiu
602 268 928
Piotr Musik

12 kwietnia

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy na 15 km
w Bukówcu Górnym [Bukowiec Górny]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
601 754 720
Leszek Walczak
llwal@wp.pl

16-19 kwietnia

VIII Ogólnopolski Jurajski Zlot Lekarzy
Motocyklistów-Poraj 2015
Ogólnopolskie Otwarcie Sezonu
Motocyklowego w Częstochowie na
Jasnej Górze [Poraj k. Częstochowy]
OIL w Częstochowie
600 064 818 Mariusz Malicki,
34 3681888 Rita Idziak
czestochowa@hipokrates.org

18 kwietnia

17 października
Termin zastępczy:
25 kwietnia, 24 października
Gdańskie Biegi Lekarzy
Bieg wiosenny Bieg jesienny
[Gdańsk]
OIL w Gdańsku
502 890 284
Łukasz Skorupa

18-19 kwietnia

IV Puchar medycyny
„Zdążyć przed Iotką 2015”
III Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Badmintonie [Łódź]
OIL w Łodzi
695 864 973
Robert Bibik

23-25 kwietnia

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Pływaniu „Dębica 2015” [Dębica]
OIL w Rzeszowie
14 6705261 Janusz Bieniasz,
604 090 587
602 758 441 Lesław Ciepiela

7-8 maja

VIII Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich
w Golfie [Sobienie Królewskie]
Lubelska IL w Lublinie
606 118 922
Artur Czekierdowski

7-10 maja

Zlot otwarcia sezonu motocyklowego
klubu Doctor Riders [Okuninki woj.
Lubelskie]
Lubelska IL
602 172 465 Jan Zydlewski,
601 406 830 Mariusz Janikowski

7-10 maja

Termin zastępczy: 21-24 maja
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich
[Ustroń]
Śląska IL w Katowicach
605 569 065
Jerzy Pabis

8-10 maja

Termin zastępczy:
15-17 maja
XIV Ogólnopolski Turniej Tenisa
Ziemnego Lekarzy w Częstochowie
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
601 913 381 Lesław Rudziński,
34 3681888 Rita Idziak
czestochowa@hipokrates.org

15-17 maja

Termin zastępczy:
12-14 czerwca
IX Ogólnopolski Rajd Konny im. Hubala
[Mikołajów]
OIL w Łodzi
722 282 750
Wojciech Sędzicki

22-24 maja

VI Ogólnopolskie Regaty Lekarzy
w klasie Puck [Puck]
OIL w Gdańsku
693 525 263 Przemysław Rzepecki,
przepecki@gmail.com,
603 696 160 Marcin Szczęśniak

22-24 maja

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Splawikowym [Cieszyn]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
(33) 815-03-12
(33) 812-38-86
Grzegorz Kołodziej
lpl.grk@onet.pl

24 maja

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Biegu na 10 km [Bielsko-Biała]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
602 177 857
Maciej Pająkowski

30-31 maja

Termin zastępczy:
13-14 czerwca
Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego
Lekarzy Gdańsk 2015 [Gdańsk]
OIL w Gdańsku
605 678 443
Mateusz Koberda
www.turniejlekarzy.vcard.pl

4-7 czerwca

Termin zastępczy:
25-28 czerwca
XXV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Tenisie [Poznań]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
601 553 695 Ryszard Stawicki
ryszard.stawicki@wp.pl,
601 737 473 Jerzy Głabisz
jglabisz@gmail.com

5 czerwca

06-07 czerwca
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
[Modry Las Golf Club, Binowo, Park
Golf Club]
OIL w Szczecinie
501 161 191
Jerzy Szymczak

5-6 czerwca

12 Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Kolarstwie Szosowym
[Bychawa – Pszczela Wola]
Lubelska IL w Lublinie
605 084 016
Krzysztof Matras

11-15 czerwca

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy Siatkówce
Plażowej w Niechorzu [Niechorze]
OIL w Szczecinie
693 543 211 Maciej Mroźewski,
606 980 888 Maciej Lewandowski,
91 4877561 Kamila Sidor

13-14 czerwca

XV Ogólnopolski Jurajski Rajd
Rowerowo-Kajakowy Lekarzy
w Częstochowie [Włodowice]
OIL w Częstochowie
691 488 383 Tomasz Klimza,
34 3681888 Rita Idziak
czestochowa@hipokrates.org

13 czerwca

Termin zastępczy:
20 czerwca
III Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Triathlonie MTB [Płock]
OIL w Płocku
600 051 957
Maciej Słodki

19-21 czerwca

X Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich
w Żeglarskiej klasie Omega o Puchar
Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej
[Morzyca, Jezioro Miedwie]
OIL w Szczecinie
604 416 864 Halina Teodorczyk,
601 576 160 Halina Ey-Chmielewska,
91 4877561 Kamila Sidor

20-21 czerwca

Termin zastępczy:
13-14 czerwca
VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce
Nożnej 6 osobowej w Częstochowie
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
602 380 957 Piotr Janik,
604 792 574 Przemysław Klimas,
34 3681888 Rita Idziak
czestochowa@hipokrates.org

20-21 czerwca

V Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim
Lekarzy „Złoty Eskulap” [Puławy]
Lubelska IL w Lublinie
502 114 898 Marek Gogacz,
504 190 494 Tomasz Wójcicki

21 czerwca

Termin zastępczy:
27 czerwca
MEDICUP 2015 – Międzynarodowy
Wyścig MTB Lekarzy [Łódź]
OIL w Łodzi
535 003 002 Piotr Kosielski
piotr.kosielski@medycycling.eu

27-28 czerwca

4 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej
Atletyce (25 Mistrzostwa Polski Weteranów
LA) [Toruń]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
504 101 375
Julian Pelka

28 czerwca

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie
– Dystans Olimpijski [Frydman]
665 515 600
Lucjan Habieda

lipiec

Ogólnopolski Zlot Lekarzy
Motocyklistów „Motobridge 2015”
[Chełm]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Bydgoska IL w Bydgoszczy
606 887 104 Stanisław Leks
Hanna Śliwińska

3-5 lipca

Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego
Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego
[Zamość]
Lubelska IL w Lublinie
509 840 525 Krzysztof Michałowski,
601 715 700 Andrzej Semczuk

5 lipca

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych
Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo [Kraków]
OIL w Warszawie
600 362 792
Krystyna Anioł-Strzyżewska
krystynaaniol@upcpoczta.pl

1-9 sierpnia

Rajd Górski Służby Zdrowia
„Bieszczady 2015”
OIL w Rzeszowie

607 365 537
Maria Szuber

21-23 sierpnia

Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Tenisie
Ziemnym [Tychy]
Śląska Izba Lekarska w Katowicach
601 447 521
Adam Dyrda

23 sierpnia

Termin zastępczy:
22 sierpnia
Ogólnopolskie Amatorskie Mistrzostwa
Pomorza Lekarzy w Siatkówce Plażowej
Gdańsk 2015 [Gdańsk]
OIL w Gdańsku
502 890 284
Łukasz Skorupa

27-30 sierpnia

XI Ogólnopolski Zlot Motocyklowy
„Doctor Riders” [Stok k/Belchatowa]
OIL w Łodzi
601 979 724
Grzegorz Krzyżanowski

29-30 sierpnia

XVI Otwarte Mistrzostwa Polski
Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim
Osie 2015 [Osie]
Bydgoska IL w Bydgoszczy
(52) 346-07-80
(52) 346-00-84
Marek Jedwabirski

4-6 września

XXV Żeglarskie Mistrzostwa Polski
Lekarzy [Jubileuszowe]
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie
(89) 539-19-29
Bogdan Kula

4-6 września

Termin zastępczy:
11-13 września
V Turniej Ogólnopolski Lekarzy
w Tenisie Ziemnym [Zielona Góra]
OIL w Zielonej Górze
601 511 361
Józef Safian

5 września

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Kolarstwie Górskim [Istebna]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej Śląska IL
w Katowicach
606 235 361
Janusz Lewandowski

5-6 września

Termin zastępczy:
12-13 września
23-24 października
XXI Mistrzostwa Polski w Brydżu
Sportowym [Warszawa/Toruń]
OIL w Warszawie
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
608 200 190 Krzysztof Makuch
krzysztofmakuch@hipokrates.org
604 267 343 Aleksander Skop

9-12 września

XIII Igrzyska Lekarskie [Zakopane]
Maciej Jachymiak
admin@igrzyskalekarskie.org

11-13 września

VI Zlot Motocyklistów w Baranowie
Sandomierskim u Mannixa [Baranów
Sandomierski]

OIL w Krakowie
601 406 830
Mariusz Janikowski

13 września

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Półmaratonie w Gnieźnie [Gniezno]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
602 244 817
Wojciech Łacki
wojciechlacki@poczta.onet.pl

19 września

Termin zastępczy:
26 września
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w maratonie MTB Michałki 2014 [Michałki]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
602 215 001
Tomasz Kaczmarek
tom.kolarek@gmail.com

19-20 września

Termin zastępczy:
26-27 września
IV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Squashu [Gliwice]
Śląska IL w Katowicach
501 464 891
Tomasz Romańczyk

27 września

Termin zastępczy:
4 października
II Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
[Warszawa]
OIL w Warszawie
505 098 033
Piotr Kajfasz
piotr.t.kajfasz@gmail.com

11 października

XIV Mistrzostwa Polski w Maratonie [Poznań]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
602 244 817
Wojciech Łacki
wojciechlacki@poczta.onet.pl

listopad

Termin zastępczy: grudzień
Halowy Turniej Tenisowy o Puchar
Prezesa [Nowa Wieś k. Rzeszowa]
OIL w Rzeszowie
(17) 717-77-17
Alek Micał
Jacek Kowal

listopad

III turniej lekarski squasha o statuetkę
Smoka Wawelskiego [Kraków]
OIL w Krakowie
(12) 619-17-30

listopad

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Halowej Piłce Nożnej „Mielec
2015” [Mielec]
OIL w Rzeszowie
508 202 626
Zbigniew Bober

13-15 listopada

XVIII Halowe Mistrzostwa Polski
Lekarzy w Tenisie Ziemnym, Memoriał
dr Andrzeja Jasińskiego [Pabianice]
OIL w Łodzi
604 121 360 Adam Jakubowski,
602 574 099 Bogusław Rataj



**Małgorzata
Serwach**

Uniwersytet Łódzki

Możliwość
uzyskania
określonych
danych
uzależniona jest
od pisemnej zgody
ubezpieczonego
pacjenta.
W praktyce
powstało pytanie,
czy i w jaki sposób
lekarz powinien
kontrolować, czy
pacjent faktycznie
udzielił takiej
zgody.

Uchylenie tajemnicy zawodowej

Tajemnica lekarska a uprawnienia ubezpieczyciela do informacji
o stanie zdrowia ubezpieczonego pacjenta.

Zachowanie tajemnicy jest jednym z istotniejszych obowiązków ciążyących na lekarzu, związanych z wykonywaniem czynności zawodowych. Obowiązek ten nie ma jednak charakteru bezwzględnego. Uchylenie tajemnicy lekarskiej może nastąpić z kilku powodów. Spośród całego katalogu różnych sytuacji, do najważniejszych z pewnością należą: (1) zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, (2) działanie dla dobra pacjenta, (3) działanie w interesie osób trzecich w celu ochrony ich życia lub zdrowia oraz (4) działanie w ramach upoważnienia wynikającego z odrębnych przepisów.

W praktyce lekarskiej wiele niejasności budzi dopuszczalność przekazania informacji ubezpieczycielowi. Spośród wielu uprawnionych instytucji, tylko bowiem ubezpieczyciel może wprawdzie uzyskać określone informacje medyczne, ale dopiero za zgodą pacjenta. Pozostałe instytucje czy organy (sądy, prokurator) mogą otrzymać dane bez takiej zgody, a niekiedy wiedzy pacjenta.

Ubezpieczyciel może być zainteresowany danymi medycznymi pacjenta przed zawarciem z nim umowy ubezpieczenia (w szczególności w przypadku ubezpieczeń osobowych), jak i w trakcie jej obowiązywania. Ten ostatni przypadek dotyczy zwłaszcza sytuacji, w której ubezpieczyciel chce ustalić zakres oraz rozmiar poniesionego przez poszkodowanego uszczerbku. Może się też zdarzyć, że ogólne warunki ubezpieczeń pozwalają – w niektórych okolicznościach – odmówić wypłaty odszkodowania lub zmniejszyć jego wysokość i ubezpieczyciel pragnie ustalić, czy okoliczności te wystąpiły w konkretnym stanie faktycznym. Tytułem przykładu w ubezpieczeniach NNW naturalna choroba lub śmierć pacjenta wywołana chorobą nie stanowi zazwyczaj nieszczęśliwego wypadku, który jest objęty zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązek udzielenia ubezpieczycielowi stosownych informacji dotyczy zarówno podmiotów leczniczych, jak i osób wykonujących zawód medyczny w formie indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej lub specjalistycznej praktyki pielęgniarki (położnej) albo grupowej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki pielęgniarek (położnych).

Przy określeniu sytuacji tych podmiotów w stosunku do ubezpieczyciela decydujące znaczenie mają przepisy ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2013, nr 124, poz. 950 z późn. zm.). Zgodnie z treścią art. 22 przywołanej ustawy zakład

ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu:

- informację o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia,
- ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia,
- informację o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Aby jednak nie pozwolić na jakąkolwiek dowolność w tym zakresie Minister Zdrowia w rozporządzeniu z 17 maja 2012 r. (Dz.U. 2012, poz. 605) w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych (...) oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, określił zasady udzielania ubezpieczycielom informacji medycznych. Zgodnie z przepisami rozporządzenia ubezpieczycielowi mogą zostać przekazane ściśle określone dane:

- o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
- o wynikach przeprowadzonych konsultacji.

Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia powinny zawierać kod jednostki chorobowej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Natomiast wniosek ubezpieczyciela, poza danymi pozwalającymi na identyfikację pacjenta, powinien ponadto zawierać podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz jej zakres oraz imię i nazwisko lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń do wystąpienia o dane medyczne.

Możliwość uzyskania określonych danych uzależniona jest od pisemnej zgody ubezpieczonego pacjenta. W praktyce powstało pytanie, czy i w jaki sposób lekarz powinien kontrolować, czy pacjent faktycznie udzielił takiej zgody. W szczególności,

czy konieczne jest dołączenie do wniosku ubezpieczyciela takiej zgody lub jej kopii. Treść przepisów wskazuje na brak takiego obowiązku. Zgodnie z przepisami w/w rozporządzenia we wniosku załączniku ubezpieczeń powinno zostać zamieszczone jego oświadczenie o posiadaniu pisemnej zgody ubezpieczonego pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na pytania ubezpieczyciela w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku. Ustawodawca wymaga ponadto, aby udzielenie informacji nastąpiło w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochronę danych osobowych. Przekazanie informacji ma charakter odpłatny. Oplata ta nie może być jednak dowolna, jej wysokość powinna bowiem uwzględniać koszty wytworzenia, przetworzenia oraz udzielenia informacji.

Dodatkowo ubezpieczyciel może (za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego) na pisemne żądanie innego załącznika ubezpieczeń udostępnić temu załącznikowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje ponadto kilka przypadków, w których podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien udostępnić dokumentację medyczną. Do katalogu uprawnionych instytucji został także zaliczony ubezpieczyciel. Podobnie jak w przypadku informacji o stanie zdrowia, tak i w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody pacjenta. Art. 26 ust. 3 ust.pr.pacj. nie precyzuje, w jaki sposób zgoda ta ma zostać udzielona. Biorąc pod uwagę trudności praktyczne (pacjent nieprzytomny, niezdolny do udzielenia zgody, śmierć pacjenta) ubezpieczyciele niejednokrotnie odbierają od swoich ubezpieczonych zgodę in blanco przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. W powołanych przepisach nie zostało ponadto wyjaśnione, czy zgoda ta dotyczy całej dokumentacji medycznej, czy też odnosi się jedynie do określonych dokumentów istotnych dla ubezpieczyciela w konkretnym przypadku. Dlatego należy uważnie przeanalizować oświadczenie pacjenta tak, aby udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpiło zgodnie z zakresem udzielonego upoważnienia. Naruszenie opisanych zasad udzielania informacji ubezpieczycielowi będzie bowiem traktowane jako naruszenie przez lekarza tajemnicy zawodowej, co z kolei może rodzić jego odpowiedzialność prawną. ■

Możliwość uzyskania określonych danych uzależniona jest od pisemnej zgody ubezpieczonego pacjenta. W praktyce powstało pytanie, czy i w jaki sposób lekarz powinien kontrolować, czy pacjent faktycznie udzielił takiej zgody.



**Łukasz
Goryszewski**

Doktor nauk
humanistycznych
w zakresie
socjologii
(ISNS UW)

Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2014 roku

Opinie Polaków na temat lekarzy i polskiej służby zdrowia zostały w 2014 r. poddane badaniom sondażowym kilkakrotnie. Na podstawie ich wyników można stwierdzić, że system opieki zdrowotnej w Polsce jest oceniany w naszym kraju bardzo źle.

Raport CBOS: „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej AD 2014” wskazuje na to, że odsetek osób niezadowolonych z funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej wynosi 68%. Jeszcze gorzej wypada on w raporcie TNS Polska: „Służba zdrowia wczoraj i dziś”, gdzie źle ocenia go aż 79% badanych. W badaniach CBOS można zauważyć jednak istotną poprawę oceny systemu opieki zdrowotnej w porównaniu z rokiem 2012 – odsetek osób zadowolonych zwiększył się w tym czasie o 9 punktów procentowych (z 19%),

niezadowolonych zmniejszył się zaś o 10 (z poziomu 78%). Z raportu TNS Polska wynika jednak, że w ciągu ostatnich 7 lat nastąpił spadek zadowolenia z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce o 9 punktów procentowych (z poziomu 27%) i wzrost odsetka osób niezadowolonych o 11 punktów procentowych (z poziomu 68%). Jak wskazuje raport TNS Polska, ankietowani w większości są zdania, że kraj na takim poziomie rozwoju gospodarczego jak Polska stać na to, żeby system opieki zdrowotnej był zdecydowanie lepszy niż obecnie (65% odpowiedzi).

Największymi problemami polskiej opieki zdrowotnej są, zdaniem respondentów, przede wszystkim: trudności z dostaniem się do lekarza specjalisty i wykonaniem badań diagnostycznych, niekorzystne godziny i lokalizacje, w których świadczone są usługi medyczne, nierówne traktowanie pacjentów i niedostateczna szybkość i skuteczność obsługi pacjentów. Pozytywnie oceniane są kompetencje lekarzy, ich zaangażowanie w pracę i życzliwość wobec pacjentów, szybkość uzyskania pomocy i wykorzystanie nowoczesnej aparatury medycznej¹. W tabeli obok znajduje się zestawienie tych wyników.

Przeważająca większość badanych (80%) korzystała z usług finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym 41% respondentów także z takich, które finansowała z własnej kieszeni lub z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyłącznie z usług refundowanych przez NFZ korzystało pozostałe 39% osób. Najmniej liczną grupę stanowili ci, którzy korzystali wyłącznie z usług w całości opłacanych z własnych środków bądź z prywatnego ubezpieczenia – było to zaledwie 7% osób².

Raport TNS Polska zawiera ciekawe wyniki dotyczące oceny przez Polaków wysokości wynagrodzeń lekarzy. Okazuje się, że na przestrzeni ostatnich siedmiu lat (2007-2014) nastąpiła diametralna zmiana opinii Polaków na temat wysokości wynagrodzeń lekarzy w porównaniu z wysokością wynagrodzeń innych grup zawodowych. Lekarze przestali być postrzegani jako kategoria zawo-

Ocena funkcjonowania wybranych aspektów systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Dobrze	Średnio	Źle
Kompetencje lekarzy	Bezpłatne leczenie	Godziny, w których świadczone są usługi medyczne
Łatwość dostania się do lekarza pierwszego kontaktu	Informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc	Lokalizacje, w których świadczone są usługi medyczne
Szybkość uzyskania pomocy (nawet w nocy)	Wykorzystywanie w opiece zdrowotnej nowoczesnych rozwiązań (internet, elektroniczne karty ubezpieczenia zdrowotnego)	Łatwość dostania się na wizytę do specjalisty
Wykorzystywanie nowoczesnej aparatury medycznej	Warunki leczenia	Obsługa pacjentów (ocena pod względem szybkości i skuteczności)
Zaangażowanie lekarzy w ich pracę		Szybkość i łatwość wykonywania badań diagnostycznych
Życzliwość i troska okazywana pacjentom		Uzyskiwanie pomocy medycznej poza miejscem zamieszkania
		Równe traktowanie pacjentów, zależne jedynie od ich stanu zdrowia

Źródło: zestawienie własne na podstawie raportu CBOS: „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej AD 2014”, 2014.

dowa, której praca jest zbyt nisko wynagradzana i która jest z tego powodu pokrzywdzona. Ponad jedna trzecia ankietowanych (38%) uważa, że lekarze zarabiają wręcz za dużo (podczas gdy w 2007 r. sądziło tak jedynie 6% badanych), zaś zdaniem 40% respondentów wynagrodzenie lekarzy jest obecnie na odpowiednim poziomie.

Interesujących wniosków na temat postrzegania lekarzy przez społeczeństwo polskie w kontekście zjawiska błędów medycznych dostarcza raport CBOS: „Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy”. Chociaż blisko jedna trzecia ankietowanych (33%) uważa, że doświadczyła błędów medycznych, to zdecydowana większość (aż 71%) uznała, że błędy lekarskie zdarzają się rzadko. Z raportu można dowiedzieć się także, że 61% ankietowanych zasięga dodatkowych opinii lekarskich (z różną częstotliwością), a 69% osób deklaruje, że informacji o chorobie i leczeniu szuka nie tylko u swojego lekarza, ale także w innych źródłach (książki, czasopisma, internet). Mimo to przeważająca większość badanych (aż 78%) ma zaufanie do swoich lekarzy.

Z innego raportu CBOS: „Klauzula sumienia lekarza i farmaceuty” możemy się dowiedzieć, że zdecydowana większość ankietowanych nie wyraża zgody na to, aby lekarze kierowali się swoim sumieniem w sprawach zawodowych i to niezależnie od tego, jakiej kwestii (medycznej procedury) miałyby to dotyczyć. Podobnie negatywnie oceniane jest korzystanie z klauzuli sumienia przez farmaceutów. Przeważająca większość, bo aż 73% ankietowanych, jest zdania, że lekarz nie może odmówić wydania skierowania na badania prenatalne, gdy istnieje podwyższone ryzyko wady genetycznej lub rozwojowej płodu, 62% respondentów nie daje przyzwolenia na to, żeby lekarz miał możliwość odmowy wydania skierowania na zabieg przerwania ciąży w sytuacji,

gdy kobietę, zgodnie z prawem, można do takiego zabiegu zakwalifikować. Podobny, choć nieco mniejszy odsetek osób (59%) nie zgadza się na to, żeby lekarz mógł odmówić wykonania zabiegu zapłodnienia in vitro, jeśli para kwalifikuje się do takiego zabiegu, 55% uważa zaś, że lekarz nie ma prawa do odmowy przepisania środków antykoncepcyjnych, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych. Najmniejszy odsetek badanych (i tak stanowiący jednak większość – bo 52% respondentów) jest zdania, że lekarz nie może odmówić wykonania zabiegu przerwania ciąży w sytuacji, gdy prawo na to zezwala. Okazuje się, że wbrew temu, co można by sądzić na podstawie przekazów medialnych czy też debat z udziałem polityków, większość Polaków zdecydowanie nie wyraża zgody na to, aby lekarze kierowali się swoim sumieniem, niezależnie od tego, jakiej medycznej procedury mogłoby to dotyczyć.

W 2014 r., tak jak w latach ubiegłych, organizacyjne zróżnicowanie systemu ochrony zdrowia w przypadku niektórych badań opinii publicznej w Polsce nie zostało właściwie wyodrębnione. W sondażach często zamiennie stosuje się takie terminy jak np. „służba zdrowia”, „opieka medyczna” czy „system opieki zdrowotnej”, tymczasem ich znaczenie nie jest jasno zdefiniowane. W związku z tym nie wiadomo, w jaki sposób rozumie je respondenci i czy ich odpowiedzi dotyczą świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w ramach indywidualnego prywatnego ubezpieczenia/prywatnej opłaty czy obu jednocześnie. Niestety w znacznym stopniu utrudnia to, a niejednokrotnie wręcz uniemożliwia jednoznaczną interpretację uzyskanych wyników, a co za tym idzie – precyzyjne odczytanie poglądów społeczeństwa polskiego. ■

1. Na podstawie raportu CBOS: „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej AD 2014”, 2014.
2. Dane pochodzą z raportu CBOS: „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych AD 2014”, 2014.

Homeopatia dołem

Konstanty Radziwiłł

Sekretarz Naczelnej
Rady Lekarskiej

NRL już w 2002 r. przyjęła stanowisko w sprawie tzw. medycyny alternatywnej, w którym negatywnie oceniła zjawisko ekspansji nieracjonalnych i niezalecanych metod tzw. medycyny alternatywnej, proponujących niesprawdzone metody diagnozowania oraz leczenia o wątpliwej wartości, które są praktykowane i popularyzowane przez różne podmioty.

Samorząd lekarski jako organizacja zawodowa obejmująca swoim działaniem wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów ma obowiązek m.in. sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Jest oczywiste, że w ramach tej aktywności organy samorządu powinny zwracać uwagę na nieprawidłowości zdarzające się w praktyce lekarskiej.

W stosunku do indywidualnych lekarzy i lekarzy dentystów rolę taką pełnią rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie; w stosunku do ogółu środowiska – przede wszystkim Naczelna Rada Lekarska (NRL). Dostrzegając często występujące negatywne zjawiska dotyczące praktyki lekarskiej, NRL przyjmuje stanowiska, przypominając o zasadach obowiązujących lekarzy i lekarzy dentystów.

Jednym z takich zjawisk, zauważanych w ostatnich latach jest, że mimo ogromnego rozwoju nauk medycznych, stosunkowo często część lekarzy i lekarzy dentystów sięga po irracjonalne, intuicyjne i niesprawdzone metody z zakresu tzw. medycyny alternatywnej. Wobec powszechnie akceptowanego obowiązku stosowania się w praktyce lekarskiej do zasad medycyny opartej na dowodach (EBM), niezrozumiałe jest, że ciągle wielu lekarzy i lekarzy dentystów sięga po metody i produkty niezwyfikowane naukowo, co do których skuteczności nie ma żadnych solidnych dowodów poza intuicją je zalecających oraz (niepodpartymi niczym) zapewnieniami producentów.

Wypełniając powyżej opisany obowiązek, NRL już w 2002 r. przyjęła stanowisko w sprawie tzw. medycyny alternatywnej¹, w którym negatywnie oceniła zjawisko ekspansji nieracjonalnych i niezalecanych metod tzw. medycyny alternatywnej, proponujących niesprawdzone metody diagnozo-

wania oraz leczenie o wątpliwej wartości, które są praktykowane i popularyzowane przez różne podmioty. Jednocześnie Rada zwróciła uwagę, że posługiwanie się niesprawdzonymi i niezalecanymi metodami, które są podstawą tzw. medycyny alternatywnej, stoi w sprzeczności z treścią art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL): „Lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe”².

Z tych samych powodów NRL zajęła się tą sprawą ponownie kilka lat później. Przestanką do tego była nie tyle wzrastająca popularność homeopatii w społeczeństwie, co świadomość, że nadal spora liczba lekarzy i lekarzy dentystów zaleca stosowanie produktów homeopatycznych swoim pacjentom oraz prowadzi różne działania lobbujące na rzecz uznania w Polsce homeopatii za integralną część medycyny. Rada powołała zespół lekarzy z różnych dziedzin i po uzyskaniu ich opinii potwierdzającej brak istotnych dowodów skuteczności homeopatii, przyjęła stanowisko w tej sprawie³. NRL w ślad za ekspertami stwierdziła, że narasta liczba dowodów i przekonanie medycznych środowisk naukowych, że homeopatia jest metodą nienaukową, która proponuje stosowanie bezwartościowych produktów. W stanowisku tym NRL m.in. negatywnie oceniła zjawisko stosowania homeopatii i innych nienaukowych metod przez niektórych lekarzy i lekarzy dentystów, a także organizowanie szkoleń w tych dziedzinach i to w dodatku



Prezes Urzędu
Ochrony
Konkurencji
i Konsumentów
(UOKiK)
potraktował
stanowisko
z 2008 r. jako
przejaw zmowy
monopolowej
ograniczającej
konkurencję na
ryнку produktów
homeopatycznych,
nakazał
zaniechanie
jej stosowania
i nałożył na
Naczelną Izbę
Lekarską karę
w wysokości
49 113,89 zł.
Wyznawcy
homeopatii
i przemysł
homeopatyczny
święcili tryumf.

przez instytucje i organizacje, których zadaniem jest sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodów medycznych. Rada także wyraziła zaniepokojenie tym, że część lekarzy i lekarzy dentyistów, jak również organizacje lekarskich i uczelni medycznych angażuje się w popularyzację homeopatii, co legitymizuje i promuje homeopatię. Ponownie NRL przypominała nowe już brzmienie art. 57 KEL („Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo”⁴). NRL wyraziła poparcie lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizacji troszczących się o zachowanie racjonalnego charakteru medycyny i wydatkowania środków przeznaczanych na leczenie.

Stanowisko Rady łagodnie przypominające o obowiązkach środowiska lekarskiego stało się od razu celem licznych ataków wytwórców i dystrybutorów produktów homeopatycznych. Sięgano po różne formy nacisku i zastraszania działaczy samorządu, dotarto do Ministra Zdrowia, który zwrócił się do NRL o zmianę stanowiska. Po gruntownej analizie NRL potwierdziła swoje zdanie, które w jej opinii było realizacją podstawowych obowiązków samorządu⁵. Co więcej, NRL stwierdzając, że nie ma merytorycznych powodów do zmiany stanowiska, zwróciła jednocześnie uwagę, że samorząd lekarski kilkakrotnie już postulował o zmianę uproszczonej procedury rejestracji produktów homeopatycznych (niewymagającej dowodów ich skuteczności i bezpieczeństwa), która może wprowadzać w błąd pacjentów traktujących je na równi z lekami.

„Gromem z jasnego nieba” stała się informacja, że w dniu 25 lipca 2011 r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) potraktował stanowisko z 2008 r. jako przejaw zmowy monopolowej ograniczającej konkurencję

na rynku produktów homeopatycznych, nakazał zaniechanie jej stosowania i nałożył na Naczelną Izbę Lekarską karę w wysokości 49 113,89 zł. Wyznawcy homeopatii i przemysł homeopatyczny święcili tryumf.

Izba od tej decyzji odwołała się i po ponad 3 latach procesu, wymagającego dużego zaangażowania sił izbowych, w dniu 30 grudnia 2014 r. doczekaliśmy się wyroku. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów decyzję Prezesa UOKiK uchylił. Co więcej, w uzasadnieniu (na razie ustnym) wyroku stwierdził:

- że stanowisko NRL było działaniem podjętym w interesie publicznym, który powinien być rozumiany jako prawo pacjentów do leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną;
- że na straży tak rozumianego interesu publicznego stoją: art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, art. 57 KEL, a z drugiej strony art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – zobowiązują one lekarzy do posługiwania się metodami skutecznymi, znajdującymi oparcie w aktualnej wiedzy medycznej, a jednocześnie dają pacjentom prawo do bycia leczonym takimi metodami,
- że stanowisko NRL w sprawie homeopatii zostało wydane w ramach ustawowych uprawnień samorządu do wypowiedziania się w sprawach opieki zdrowotnej;
- że prawdziwe jest przekonanie NRL o braku dowodów na skuteczność homeopatii.

Wyrok jest na razie nieprawomocny i sprawa może toczyć się dalej. Wydaje się jednak, że już dziś można cieszyć się, że rozsądek (na razie) zwyciężył i wyrazić nadzieję, że Prezes UOKiK nie złoży odwołania. Wśród zalewu złych wiadomości autor tego tekstu pozostaje w nadziei, że Polska pozostanie krajem rządzącym się rozsądkiem. ■

¹ Stanowisko Nr 24-02-IV NRL z dnia 8 listopada 2002 r. w sprawie tzw. medycyny alternatywnej.

² Brzmienie art. 57 wg KEL w wersji z 1993 r.

³ Stanowisko Nr 7/08/V NRL z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.

⁴ Brzmienie art. 57 KEL w wersji z dnia 1 stycznia 2004 r.

⁵ Stanowisko Nr 2/09/V NRL z dnia 13 lutego 2009 r. w sprawie wniosku MZ o uchylenie lub zmianę stanowiska Nr 7/08/V NRL z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.



**Maria
Domagała**

Jak wygrywa się z próchnicą

Zębów, których nie ma, nie da się przywrócić, ale można zapobiec ich utracie. Polityka zdrowotna w zakresie stomatologii jest skuteczna, gdy obniża się wskaźnik intensywności próchnicy u 12-latków i spada liczba osób po 65. r.ż. bez uzębienia. Wiele krajów już to osiągnęło, inne nie.



W Wielkiej Brytanii, gdzie jeszcze kilka dekad temu stan zdrowia jamy ustnej obywateli był bardzo zły, właśnie dzięki profilaktyce i lepszej dostępności usług odsetek osób bezzębnych spadł z 37 proc. w 1968 r. do 11 proc. w 1998 r. Od około 2000 r. istotnie maleje zapotrzebowanie na leczenie próchnicy u młodych.

Tam, gdzie się udało, zrozumiano, że świadczenia zaawansowanej stomatologii są bardzo kosztowne i mało skuteczne. Politykę stomatologiczną ukierunkowano więc na ograniczanie konieczności leczenia zębów w starszym wieku. Tak się to osiąga.

Najważniejsza jest profilaktyka

W Wielkiej Brytanii, gdzie jeszcze kilka dekad temu stan zdrowia jamy ustnej obywateli był bardzo zły, właśnie dzięki profilaktyce i lepszej dostępności usług odsetek osób bezzębnych spadł z 37 proc. w 1968 r. do 11 proc. w 1998 r. Od około 2000 r. istotnie maleje zapotrzebowanie na leczenie próchnicy u młodych. Osiągnięto to też m.in. dzięki powszechnym programom promującym racjonalną dietę, ograniczenie cukru, higienę jamy ustnej, fluoryzację; wiele dała walka z nikotynizmem i alkoholizmem. Angielski 12-latek (średnio 1,2 chorych zębów) nie powinien mieć w przyszłości problemów. Natomiast u osób po 65. r.ż., wcześniej leczonych zachowawczo poprzez wypełnienia i uzupełnienia, braki w uzębieniu pogłębiają się i ich potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej będą coraz większe.

Także w Szwecji w ciągu ostatnich 30 lat nastąpiła znaczna poprawa. Obecnie stan swoich zębów jako dobry ocenia 70 proc. Szwedów, przeciętny 12-latek ma tylko 1,5 zęba z próchnicą. We Francji kładzie się nacisk nie tylko na leczenie, ale stosuje zachęty dla lekarzy dentyków podstawowej opie-

ki, by dbali o zdrowie zębów swoich podopiecznych, prowadząc regularne przeglądy zwłaszcza u uczniów. Efekt? U tamtejszych 12-latków średnia liczba chorych zębów spadła z 4,2 w 1987 r. do 1,2 w 2006 r. (lepsze wyniki tylko w Holandii – 0,9, takie same – u Finów i Duńczyków).

Państwo musi pomagać

W różnej formie i zakresie. W ramach NHS każdy Brytyjczyk może uzyskać wszystkie świadczenia niezbędne do utrzymania w zdrowiu zębów, dziaśeł i jamy ustnej; obejmuje to leczenie, mosty i korony, protezy, prewencję (czyszczenie, usuwanie kamienia, usługi higienisty stomatologicznego, fluoryzacja, lakierowanie), białe wypełnienie i ortodoncję. Przed 18. r.ż. opieka stomatologiczna jest bezpłatna. Dorosłych leczonych poza szpitalem i niekorzystających z usług specjalnych (przeznaczonych np. dla niepełnosprawnych, chorych psychicznie, z HIV/AIDS) obowiązuje współpłacenie (16,5, 45,6, 198 funtów zależnie od zakresu). Gdy jednak jest ono barierą w podjęciu leczenia, mają pomoc; aż 48 proc. obywateli (m.in. starszych) jest zwolnionych z współpłacenia. Wsparciem objęta jest nawet protetyka – opłata pacjenta nie może przekroczyć 198 funtów.

W Szwecji lekarze dentyści sami zapraszają na badania, dlatego 2/3 pacjentów wystarczają regularne przeglądy, a tylko 9 proc. musi się leczyć. Zachęca się też rodziców, by już 3-latków oswajali ze stomatologiem. Przeglądy i leczenie

do 20. r.ż. są bezpłatne. Na opiekę nad dziećmi i młodzieżą przeznaczają się połowę środków na stomatologię ogółem. Dorosłych do dbania o zęby mają zachęcać tzw. subsydia – finansowane z ubezpieczenia socjalnego. Każdemu przysługuje ogólne subsydium na opiekę profilaktyczną i przeglądy: rocznie 33 euro w grupach 20–29 lat i powyżej 75 lat, dla pozostałych – 16,5 euro. Drugi rodzaj subsydium obejmuje pozostałe i droższe świadczenia. I tak te do 333 euro rocznie są pełnopłatne, do 1666 euro – mają 50 proc. dotację, a powyżej – 85 proc. Dla starszych i niepełnosprawnych subsydia są większe.

W Niemczech powszechne współpłacenie 10 euro na kwartał za pierwszą wizytę u stomatologa (jak u lekarza POZ) nie obejmuje dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, ubogich i chorych przewlekłe; z opłaty jest zwolnionych 30 proc. ubezpieczonych.

We Francji podstawowa opieka stomatologiczna pochłania 20 proc. wszystkich wydatków na otwartą opiekę zdrowotną. Ubezpieczenie prywatne pokrywa połowę, publiczne – 1/3. Jak więc widać, dużą część kosztów stomatologii ponoszą sami pacjenci, dlatego 9 proc. ludności unika lekarza dentyści z powodów finansowych. Większe wsparcie mają dzieci i młodzież. Od 2007 r. w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przeprowadza się przeglądy i leczenie w wieku 6, 9, 12, 15 i 18 lat. W szkołach podstawowych są obowiązkowe lekcje profilaktyki stomatologicznej. Wyniki: w ciągu roku liczba przebadanych 6-latków wzrosła z 15 do 50 proc., a 18-latków z 12 do 25 proc.

Z działań państw zadowoleni są ich obywatele: 70 proc. Brytyjczyków uważa, że ma dobrą opiekę stomatologiczną, podobnie myśli 94 proc. Szwedów i Francuzów i 88 proc. Niemców.

Ciekawą metodę pomocy w dbaniu o stan uzębienia ma Słowacja. Ubezpieczenie pokrywa wydatki na leczenie tylko wtedy, gdy pacjent w roku poprzednim odbył przegląd. Zasada ta, wprowadzona w 2005 r., ma zachęcać do profilaktyki stomatologicznej – i działa: odsetek profilaktycznych badań wzrósł w latach 2004–2005 z 39 do 57 proc.

Wsparcie państwa nie wszędzie jednak jest szerokie. We Włoszech refundowana opieka stomatologiczna przysługuje tylko niektórym grupom: dzieciom, niepełnosprawnym, cierpiącym na pewne choroby; za te usługi i interwencje pilne płacą regionalne urzędy zdrowia. Pozostali za usługi dentystyczne płacą sami. Tylko niektóre regiony są hojniejsze, np. Lacjum ma bogatszą ofertę dla starszych.

Lepiej, gdy kadry liczne, ale niekoniecznie

Bardzo dużą liczbą lekarzy dentyistów szczycą się kraje skandynawskie. W Szwecji (podobnie w innych krajach regionu) od 15 lat jest ich 85 na 100 tys. mieszkańców. W Niemczech jest 80 stoma-

tologów na 100 tys. Tymczasem średnia UE15 to 67 na 100 tys. Tylu jest we Francji, mniej w Holandii i Wielkiej Brytanii: 51 na 100 tys., co potwierdzałoby także tezę, że nawet przy nienajliczniejszej kadrze można osiągnąć istotny postęp i dobre wskaźniki. Podobnym do Wielkiej Brytanii odsetkiem kadr dentystycznych legitymuje się Słowacja (53), jednak poziom opieki nie jest tam tak wysoki.

GrecjamakadrnawięcejwEuropie: 131 na 100 tys., lecz opieka wcale nie jest wzorcowa: usługi nie są tam objęte ubezpieczeniem powszechnym, a żadne ubezpieczenie prywatne nie pokrywa profilaktyki.

Organizacja w ramach systemu

Opieka stomatologiczna zorganizowana jest na ogół na podobnych zasadach jak cały system ochrony zdrowia, niezależnie od tego, czy finansowany z podatków (Wielka Brytania, Szwecja) czy z ubezpieczenia (Niemcy).

Lekarze dentyści POZ to zwykle prywatni praktycy, na ogół na kontraktach z publicznym płatnikiem. W Wielkiej Brytanii prawie wszyscy lekarze dentyści ogólni są niezależnymi praktykami i część świadczeń wykonują w ramach kontraktów NHS (70 proc.), zaś stomatolodzy szpitalni to pracownicy najemni. We Francji dominują samozatrudnieni praktycy (91 proc.), pozostali to specjaliści szpitalni. W Szwecji do 80 proc. świadczeń dentystycznych u dorosłych i do 25 proc. u dzieci wykonują lekarze prywatni. W Słowacji lekarze dentyści należą do zespołów podstawowej opieki zdrowotnej, świadczą usługi albo w ramach kontraktów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, albo prywatnie.

Polska się oddala

Ubezpieczeni Polacy formalnie mają prawo do szerokiego wachlarza bezpłatnych świadczeń stomatologicznych. Wykonują je głównie niepubliczne praktyki indywidualne (95 proc), jednak kontrakty z NFZ ma mniej niż 25 proc., ich usługi są więc refundowane w małym stopniu. Niektóre świadczenia profilaktyczne dla dzieci finansuje NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych i programów profilaktycznych (fluoryzacja, lakierowanie, profilaktyka wad zgryzu), ale nie ma koordynacji krajowej.

Z braku środków w systemie publicznym skomplikowane i kosztowne zabiegi i materiały są osiągalne tylko prywatnie. Opłaty za usługi prywatne nie są uregulowane nawet ramowo. Brakuje standardów i ogólnych wytycznych praktyki stomatologicznej, więc jakość świadczeń gwarantowanych jest niska. O poziomie opieki stomatologicznej w Polsce mówią wskaźniki: liczba lekarzy dentyistów na 100 tys. mieszkańców – 34, wskaźnik PUW (liczba zębów z próchnicą) u 12-latków – 4,4, odsetek starszych bez uzębienia – 44. Dane te nie poprawiają się, a niektóre nawet pogarszają (odsetek bezzębnych); do Europy więc nam coraz dalej. ■

Ubezpieczeni Polacy formalnie mają prawo do szerokiego wachlarza bezpłatnych świadczeń stomatologicznych. Wykonują je głównie niepubliczne praktyki indywidualne (95 proc), jednak kontrakty z NFZ ma mniej niż 25 proc., ich usługi są więc refundowane w małym stopniu.

Na podstawie: Health systems in Transition: France 2010, Germany 2014, Greece 2010, Italy 2009, Polska 2012, Sweden 2011, Slovakia 2011, United Kingdom 2011 oraz Problemy opieki epidemiologicznej 2010, 91, „Bezzębni polscy emeryci” www.rp.pl (aktualizacja: 28-09-2011).



**Joanna
Sokołowska**

Jak syrop malinowy

Jako dziecko lubiałam chorować. Wprawdzie nie zdarzało się to często i nigdy nie były to dolegliwości poważniejsze od zwykłych przeziębień, ale ich leczenie wspominam z rozrzewnieniem. Bycie „chorym dzieckiem” wiązało się przede wszystkim z pozostaniem w łóżku, a niezbędnym elementem terapii było czytanie ulubionych książek – we fragmentach lub „od deski do deski”.



Minister informował mnie, że ci koledzy to pazerne kapitalistyczne szuje, pozbawione sumienia i etyki. Więc, jeśli nie ogłuchłam, to oniemiałam! Z bezsilności i przerażenia nad zaskakującą retoryką Ministra...

Czytała mama albo tata, albo dziadek. Już sam ten rytuał miał uzdrowicielską moc. Wzmacniał ją zaś arsenał leków z domowej apteki. Nie pamiętam gorzkich syropów, niesmacznych pigułek czy zastrzyków – w moim dzieciństwie na katar był syrop z cebuli, na ból brzucha – mięta, a na gorączkę – herbata z lipy lub czarny bez. Swędzące bąble po ukąszeniu komarów koily okładamy z plasterków ogórka. Bolące gardło trzeba było płukać roztworem soli kuchennej. Na biegunkę były czarne jagody, a na spuchnięte oko – wywar z rumianku lub czarnej herbaty. Próby symulowania przeziębienia skutkowały testem diagnostycznym o wysokiej czułości i wiarygodności – kubkiem gorącego mleka z miodem i z maślanym kożuchem. Jeśli dzieciak gotów był wypić choćby łyk tego paskudztwa – znaczyło, że jest naprawdę chory i należy przystąpić do dalszych troskliwych procedur leczniczych.

Najpiękniejszym i najsmaczniejszym lekarstwem był jednak malinowy syrop. Już sama procedura jego przygotowania napędzała dom zapachem i tajemnicą – przesypywane cukrem maliny oddawały swą urodę i purpurową zawartość, skrywając rubinowy płyn pod warstwą słodkich pestek. Zamknięty w butelkach, eksplodował – po otwarciu w zimowe wieczory – ciepłym zapachem lata. Wlany do gorącej herbaty – rozrze-

wał. Koil też wszelkie smutki, kiedy pod postacią szkarłatnego kleksa rozlewał się w salaterce domowego budyniu. Długo nie chciałam przyjąć do wiadomości, że to nie żadne czary, tylko obfitość cukrów, olejków eterycznych, naturalnych witamin i kwasów organicznych nadaje leczniczą moc owocom *Rubus idaeus*.

O malinowej mocy przypominałam sobie w styczniowy, deszczowy poranek. Chciałam zawołać gromko: „Do siego roku!” i... nie usłyszałam swego głosu. Wprawdzie w sytuacji wprowadzania „reformy kolejkowej” doczekanie do siego roku może być rzeczywiście trudne, ale trochę się przestraszyłam, że jeśli nie słyszę, to może posylwestrowo ogłuchłam. Ale nie, słyszałam bardzo dobrze! We wszystkich programach radiowych i telewizyjnych, na wszystkich częstotliwościach mówił Minister Choroby (bo przecież nie zdrowia). W tle brzmiał chór niezależnych, choć tym razem wyjątkowo zgodnych, dziennikarzy. Wszyscy zaś mówili o moich kolegach, z którymi Minister nie umiał się porozumieć w ostatnich miesiącach w kwestii podstawowej opieki zdrowotnej! Minister informował mnie, że ci koledzy to pazerne kapitalistyczne szuje, pozbawione sumienia i etyki. Więc, jeśli nie ogłuchłam, to oniemiałam! Z bezsilności i przerażenia nad zaskakującą retoryką Ministra... Chciałam głośno zaprotestować, ale z mojego gardła

wydobyło się tylko coś, jakby głos Jurka Owsiaka dzień po finale Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. I wtedy właśnie, biorąc pod uwagę fizyczną i metafizyczną istotę mojego bezgłosu, postanowiłam sięgnąć po czarodziejski malinowy eliksir. Kucharka ze mnie marna – własnych przetworów nie próbuję robić od lat. Mało tego, że nie dość zaradna w kuchni, to na tak zwanym rynku konsumenckim też wykazałam się naiwnością dziecka – utknęłam w jednym z delikatesowych marketów znanej sieci przed regałem z syropami. Regał miał jakieś półtora metra wysokości, na wszystkich jego piętrach połyskiwały do mnie purpurowo i zachęcająco w butlach, butelkach i buteleczkach „syropy malinowe” różnych producentów. Tak mi się przynajmniej zdawało po pobieżnym przeglądzie etykietek. Bardziej wnikliwa lektura tychże okazała się druzgocąca. To, co miało ukoić moją chorą krtani i rozgoryczone lekarskie ego, składało się z koncentratów różnych, choć w kilku przypadkach dość zaskakujących, owoców i warzyw – czarnej porzeczki i buraków, marchwi i aronii. Producenti rzetelnie, choć małym druczkiem, informowali mnie, że gdzieś tam występuje również ekstrakt z liści melisy. Lojalnie uprzedzali również o obecności karmelu amoniakalno-siarczynowego, który wprawdzie nadaje produktom spożywczym miły kolor, ale ma też szereg dość nieprzyjemnych działań toksycznych. Na jednej z nalepek, chyba ku pokrzepieniu, przeczytałam: „niewielka pianka na powierzchni produktu świadczy o obecności soku owocowego”... Kiedy dotarłam w swoich poszukiwaniach do procentowej zawartości malin w syropie malinowym, urzekła mnie formuła o „zagęszczonym soku malinowym o ekstrakcie ogólnym 65% (0,19%)”. Konia z rzędem temu, kto powie, czy to więcej, czy mniej niż „sok malinowy z zagęszczonego soku malinowego 3%”.

Nadal niema, urażona medialnie i zdezorientowana, dokonałam wyboru w sposób najprostszy, choć zdaję sobie sprawę, że również zawodny – kupiłam produkt o najwyższej cenie, wierząc w jego leczniczą moc. I pomyślałam tylko, że ten syrop, z czegokolwiek byłby zrobiony, jest apoteozą trwających od kilku lat reform opieki zdrowotnej. Nikt nie wie, ile jest reformy w reformie. Wszyscy chcą wierzyć, że to będzie działało – mniej lub więcej. Większość ma nadzieję, że nie zaszkodzi, a jeśli już – to nie wszystkim. Niektórzy przekonują, że za niższą cenę da się zrobić więcej, nie tracąc na jakości. Ci, którzy mogą, trwają w przekonaniu, że gdy dopłacą, będzie im lepiej. Wszyscy czytają to, co zapisane drobnym druczkiem, ale ku uciesze autorów – niewielu coś z tego rozumie.

Odzyskałam głos, mogę już życzyć wszystkim „Do siego roku!”, choć – jak sami widzicie – nie będzie to proste zadanie. Ktoś mądry życzył mi noworocznie, żebym nie musiała zostać beneficjentem żadnego pakietu – ani onkologicznego, ani kolejkowego. Tego samego życzę nam wszystkim. Z całego malinowego serca... ■

Nadal niema,
urazona medialnie
i zdezorientowana,
dokonałam wyboru
w sposób najprostszy,
choć zdaję sobie
sprawę, że również
zawodny – kupiłam
produkt o najwyższej
cenie, wierząc
w jego leczniczą
moc. I pomyślałam
tylko, że ten syrop,
z czegokolwiek byłby
zrobiony, jest apoteozą
trwających od kilku
lat reform opieki
zdrowotnej.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Recepta na smutek

W kontaktach felietonowych ze środowiskiem lekarskim wielokrotnie obiecywałem sobie snuć refleksje na temat związków medycyny ze sztuką. Przecież już sama medycyna jest sztuką. I to jaką!

Jakże skromnie mają się wobec niej umiejętności śpiewania, tańczenia, grania na różnych instrumentach (chyba że w szczytach wirtuozerii), dyrygowania, malowania, pisania wierszy i komponowania (jeśli nie jest się Mozartem lub Pendereckim).

Medycyna i sztuka mogą się równać z sobą tylko wtedy, kiedy naprzeciwko siebie staną prawdziwi wirtuozi. Jednak błędy w malowaniu, śpiewie czy graniu można poprawić, a pomyłki – nawet geniusza sztuki – kosztują co najwyżej utrzymanie mniejszego pokłasku lub niższego honorarium. Natomiast błąd lub pomyłka medyka... Wolę nie myśleć!

Mam zamiar udać się do mojego lekarza rodzinnego i zażądać recepty. Recepty na smutek. Od dłuższego czasu ukrywam przed najbliższymi zły stan ducha, na który nie znam ani lekarstwa, ani sposobu. Począwszy od ubiegłej jesieni, ilość chorych leczonych i umierających w moim otoczeniu jest zastraszająca. Wcale nie pociesza mnie, że nie wszyscy odejdą, bo są lekarze, lekarstwa, zabiegi, rehabilitacje, że trzeba wierzyć i mieć nadzieję.

Pewnego razu opowiedziałem o tym wszystkim bliskiej mi wybitnej artystce. Zamiast dobrej rady, a przynajmniej szczerego współczucia, otrzymałem twardą i bezkompromisową diagnozę: „Zawsze miałeś mnóstwo przyjaciół i znajomych. Nie dziw się więc, że teraz trzeba przeżyć stosowną ilość ich odejść!”.

Tylko w ostatnich tygodniach i tylko wśród wybitnych postaci mojego środowiska zabrakło Stanisława Mikulskiego (porucznika Klosa), Wandy Jakubowskiej (najwspanialszej gwiazdy powojennej poznańskiej Operetki), Jerzego Semkowa

(światowej sławy dyrygenta), Tadeusza Konwickiego (niezwykłego pisarza i barwnej postaci), Ewy Makomaskiej (wybitnego teatrologa), Danuty Michałowskiej (charyzmatycznej aktorki rapsodycznej z krakowskiej grupy okupacyjnej Kotlarczyka, Kwiatkowskiej i Wojtyły).

A śmierć Józefa Oleksego, mimo że zapowiadana przez niego samego, wstrząsnęła nawet adwersarzami, dawnymi wrogami, przeciwnikami politycznymi i wywołała ogólnonarodowy smutek. Oby przyczyniła się również do politycznego opamiętania niektórych ludzi i ugrupowań.

Jaka jest recepta na stan ducha wielu z nas, przepełnionych bezsilnością, zachwianiem wiary, bezbrzeżnym żalem, graniczącym z utratą panowania nad emocjami i rozsądkiem?

Stawanie w obliczu choroby i śmierci bywa często zadaniem ponad ludzkie siły. Jedyna grupa społeczna z obowiązkiem walczenia z tym zjawiskiem to lekarze, szerzej patrząc – ludzie medycyny. Wykonując swą misję, mają zagwarantowane jedynie to, że nie zawsze zwyciężą. A my, szkoda, że nie zawsze o tym pamiętamy.

Ciekawe, jaką receptę na te smutki przepisze mi mój lekarz rodzinny. Jest nim piękna i młoda dama, pełna towarzyskich zalet, więc chętnie pozwolę się jej zbadać. Mogę nawet na te badania przychodzić co kilka dni, za co mojej pięknej lekarce minister wypłaci wywalczone ostatnio zwiększone honorarium, o czym mówili w telewizji. Bylebym nie został odesłany do jakiegokolwiek przychodni specjalistycznej, zwłaszcza z Porozumienia Zielonogórskiego. Po ostatnim ringu z szefem resortu zdrowia powstało bowiem wśród pacjentów irracjonalne przeświadczenie, że takie porozumienia trzeba kołem omijać. To też jest smutne. ■

Informacja

**Agnieszka
Ruchała-
Tyszler**

Nowa książka

W III kwartale 2014 r. ukazała się nakładem wydawnictwa Elsevier kolejna książka prof. dr hab. n. med. Stanisława W. Majewskiego „Współczesna protetyka stomatologiczna. Podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna”.

Celowo napisałam „książkę”, a nie „podręcznik”. Podręcznik kojarzy się z suchą wiedzą usilnie „wkuwaną” latami na potrzeby zdania egzaminu. Podręcznik prof. S. Majewskiego, choć ma cel edukacyjny, napisany został lekkim językiem, podobnie jak dobra proza, w którą czytelnik zagłębia się z przyjemnością. Można odnieść wrażenie, że pozwala on w niezauważalny sposób przenieść się do świata naukowego, a nabywanie wiedzy jest aktem samoczynnym, połączonym z czystą przyjemnością.

Ta nowość wydawnicza jest kierowana do studentów kierunków lekarsko-dentystycznych, ale także do lekarzy

Na szczęście jest odwrotnie

Jednym z najśłynniejszych seriali radiowej rozrywki jest „Pamiętnik młodej lekarki”. Przez trzydzieści lat spisywała go Ewa Szumańska, która potem w radiowym studiu wcielała się w postać głównej bohaterki.

Do „młodej lekarki na rubieży” wchodził pacjent, a to „o wyglądzie uogólnionym”, a to znowu „z pytaniem zawieszonym na ustach”. Zaczynało się od rozmowy na tematy aktualne, często polityczne. Następnie „ta medyczna rączka” przystępowała do diagnozy, kazała „kłaść się na leżankę”, „zadawała narkozę”, „rozcinała brzuch skalpelem”, „spuszczała krwiotok do stojącego luzem korytka”, „zaszywała catgutem”, budziła równie drastycznie, jak wcześniej usypiała i wypowiadała sakramentalne „Już po wszystkim!”. Pacjent na pożegnanie mówił coś w stylu: „Kładnę na parapecie kwiatek do kożucha i ariwederdzi!”. I wychodził.

Miałem przyjemność osobiście poznać Ewę Szumańską. Kilkanaście rozmów telefonicznych, kilka spotkań przy okazji jubileuszowych wydarzeń związanych z wrocławskim „Studium 202”. I jedna długa, nocna audycja w „Trójce”. Podczas tego spotkania zadzwonił ktoś z nocnego dyżuru w szpitalu, żeby pozdrowić „młodą lekarkę”. Skorzystałem z okazji i zapytałem, czy metody, które w swoim leczeniu stosuje radiowa pani doktor, sprawdzą się w tym prawdziwym. Pani odpowiedziała, że spróbuje. Mam nadzieję, że nie dotrzymała słowa. No chyba, że miała na myśli rodzaj rozluźniającej konwersacji z pacjentem i wprowadzania go w dobry humor. Na jeszcze jeden pomysł, który można by zastosować we współczesnej służbie zdrowia, wpadłem dzisiaj, czytając „Bizary” Ewy Szumańskiej.

Warto przypomnieć, że „młoda lekarka” to tylko jeden, może nawet nie najważniejszy fragment Jej życia zawodowego. W radiu to jeszcze słuchowska, adaptacja, pisała felietony do „Tygodnika Powszechnego”, wydała kilkanaście książek, które były zapisami podróży po całym świecie. Szczególnie ukochała Afrykę. „Bizary” to przegląd nota-

tek z podróży, rozważania na temat władzy, religii, języka, kuchni, zwierząt... Naprawdę fascynująca lektura. Na stronie 113 znalazłem opis zasad rozmowy japońskiego gospodarza z zaproszonym gościem: „Zdania powinny być długie, kwieciste i dobrze formułować je w ten sposób, aby postawione na końcu orzeczenie czy zwrot zmieniały jego sens. Na przykład... »Padający deszcz i zwiastujące nisko czarne chmury odbierają całą radość dnia i nikt już nie wierzy, aby na zamglonym horyzoncie ukazał się choćby jeden promień słońca – na szczęście jest akurat odwrotnie«”. Prawda, że wspaniałe?! A może by tak, korzystając z tego wzorca, wprowadzić w naszym kraju „Japoński Model Informowania Pacjenta o Diagnozie” (JMIPoD)? Na przykład: „Nadciśnienie tętnicze jest przyczyną rozwoju choroby wieńcowej, a ta z kolei nie pozwala człowiekowi w pełni cieszyć się przenikającym przez czarne chmury jasnym promieniem słońca – na szczęście tu jest inaczej, pan ma tylko złamanie kości strzałkowej z niewielkim przemieszczeniem”. Albo: „Zapalenie okostnej odbiera człowiekowi przyjemność napawania się zapachem bzu i słuchania muzyki, którą jako świadectwo wiosny roznoszą kolorowe ptaki – na szczęście teraz jest zima, a pani ma anginę”.

Wiem, że moje propozycje JMIPoD są nieudolne, ale nie jestem fachowcem. Może podczas najbliższych zebrań zespołów lekarskich panie i panowie ordynatorzy, kierownicy zakładów, szefowie klinik zarządzają jakieś próbne ćwiczenia, a efekty takich „japońskich diagnoz” podeślą do redakcji „Gazety Lekarskiej”? Chętnie się nimi podzielimy. A „Bizary” Ewy Szumańskiej gorąco Państwu polecam. To taka książka, że – jak by powiedział pacjent młodej lekarki – „Oczom nie wierzę, uszom nie słyszę”. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

dentystów praktyków, a wydaje mi się, że dla świata lekarskiego ma ona ogromne walory poznawcze. Podejście holistyczne do głównego problemu, jakim jest leczenie protetyczne, wyróżnia ten podręcznik spośród innych tego rodzaju. Dodatkowo barwna szata graficzna, utrzymana w nowoczesnej konwencji, pozwala na łatwiejsze zapamiętywanie i zachęca do dalszej analizy podręcznika. Rozważania protetyczne są wielotematyczne, a każdy z tematów opracowany dogłębnie i zrozumiale dla czytelnika.

Podręcznik podzielony jest na cztery części. Pierwsza zawiera najistotniejszą bazę teoretyczną współczesnej protetyki stomatologicznej. Druga i trzecia zawiera

zagadnienia kliniczne, szeroko omówione z uwzględnieniem przypadków prostych, jak i diagnostycznie, i terapeutycznie trudnych, wymagających leczenia kompleksowego obejmującego różne jednostki chorobowe pacjenta, w tym jego stan emocjonalny. Czwarta część dotyczy tematyki wykonawstwa laboratoryjnego, jako integralnej części postępowania klinicznego.

Podręcznik powstał na bazie wieloletnich doświadczeń klinicznych i zawodowych autora, stanowi niejako podsumowanie pracy klinicysty, naukowca i dydaktyka.

Zachęcam do lektury. ■



**Karol
Iwanowski**

Lekarz dentysta

Kilka słów o zakazie reklamy

Niedawno, późnym wieczorem po całym dniu wyętej pracy, mogłem w końcu wsiąść do samochodu i pojechać do domu. Na szybko za wycieraczką znalazłem małą kartkę.

– Znow te natrętne reklamy! – powiedziałem w myślach. – Pewnie próbują naciągnąć mnie na kolejny kredyt „chwilkę” albo zapraszają do salonu masażu, gdzie atrakcyjne panie mogą spełnić każdą zachciankę.

Nie wyrzuciłem kartki jak zwykle do kosza, ponieważ zauważyłem słowo „stomatologia”. Postanowiłem zapoznać się z treścią ulotki. Okazało się, że reklama zaczyna się od wielkiego napisu: „STOMATOLOGIA BEZ BÓLU U ZANYCH SPECJALISTÓW”.

Dalej przeczytałem zdania:

„Wykonujemy bezbolesne znieczulenie komputerowe.”

„Do wszystkich zabiegów ZNIECZULENIE i ZDJĘCIE ZĘBA GRATIS.”

„Konsultacje protetyczne i przegląd – gratis.”

Na odwrocie ulotki przedstawiono czterech lekarzy, podając ich imiona i nazwiska oraz zapewniło, że wyleczą oni każdy ząb...

Rozumiem, że nowy gabinet chce zachęcić pacjentów do leczenia. Mogę pozazdrościć, że lekarze wykonują w nim znieczulenia przy użyciu aparatu sterowanego komputerowo, dzięki czemu znieczulenie może być prawie bezbolesne. Cieszę się, że pacjentom proponuje się ewentualne le-

czenie implantologiczne po niskich cenach, nawet przez miesiąc.

Dlaczego jestem jednak zaskoczony i zniesmaczony?

Forma reklamy, a więc kartka wciśnięta za wycieraczkę samochodu, budziła jednoznaczne, niestety, nie najlepsze skojarzenia.

Oliwy do ognia dołączyła treść ulotki.

Nieuczciwie wydaje się zapewnienie, że lekarze wyleczą każdy ząb, w dodatku bezboleśnie. Denerwujące jest nazywanie badania lekarskiego „przeглядem”.

Podsumowując, reklama nie dość, że łamie kodeks etyki lekarskiej i ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to wprowadza pacjentów w błąd.

Najbardziej dotknęło mnie jednak co innego. Moi Koledzy Lekarze nie potrafili oprzeć się pokusie skorzystania z natrętnej i źle kojarzącej się reklamy.

Mam nadzieję, że większość moich Kolegów nie potrzebuje takiej reklamy. Mam nadzieję, że zaufanie pacjentów budują w oparciu o swoją wiedzę, umiejętności, doświadczenie i szlachetne cechy charakteru. Mam nadzieję, że nie „przeглядają”, lecz badają pacjentów.

Chciałbym, żebyśmy wyróżniali się na tle innych zawodów i stosowali najwyższe standardy.

W innym przypadku nie możemy narzekać, że tracimy zaufanie w oczach społeczeństwa. ■

www.gazetalekarska.pl

Gazeta
Lekarska

Aktualności



Skarbonka



Spółeczność



Ogłoszenia



Papier



Premium



Redakcja



Więcej niż myślisz!

Najstarsi pacjenci powinni mieć szansę leczenia w oddziale geriatry

*Odpowiedź na zastrzeżenia dra Macieja Krzanowskiego pod adresem WOŚP wyrażone w felietonie „Ludzie starzy w szpitalu leczeni są nie tylko na geriatrę”, („GL” 12/2014 / 01/2015).

Z wielkim rozgoryczeniem przeczytałam felieton Pana Doktora Macieja Krzanowskiego o zastrzeżeniach pod adresem Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy za wybiórcze kierowanie pomocy seniorom, którzy są całościowo diagnozowani i leczeni w oddziałach geriatry, zamiast wszystkim, niezależnie od miejsca świadczenia usług. Panie Doktorze, a nie pomyślał Pan, że Darczyńcom, czyli społeczności zaangażowanej w akcję, chodziło o upodmiotowienie właśnie geriatry, tej niszowej specjalizacji w tak zacofanej pod tym względem Polsce? Być może Darczyńcom chodziło również o dostrzeżenie starego człowieka z całym bagażem przeszłych i aktualnych problemów zdrowotnych bez dzielenia go na poszczególne układy i narządy?

Przykro mi, że część kolegów, zwłaszcza starszego pokolenia nie pojmuje istoty geriatry. Z drugiej strony potrafię ich zrozumieć – nie mieli szansy jej poznać na studiach ani po studiach, ponieważ ta specjalizacja dopiero zaczyna raczkować w naszym kraju. Jednak kategorycznie protestuję, by Koledzy mogli mienić się geriatrami z tytułu *nolens volens* zaangażowania w leczenie seniorów. Dofinansowanie oddziałów ukierunkowanych na fragmentaryczne leczenie chorób w starości w kolejnych oddziałach, może wydawać się bardziej sprawiedliwe. Jednak rozmiennianie pieniędzy na drobne nie prowadzi do bogactwa. Mimo wszystko sądzę, iż opinia Pana Doktora wynika raczej z niezrozumienia misji i specyfiki geriatry.

Jeszcze dziesięć lat temu, zanim jako doświadczony już wówczas specjalista chorób wewnętrznych, ale jeszcze nie praktykujący specjalista geriatry, prawdopodobnie miałabym podobne do Pana wątpliwości. Dzisiaj, po doświadczeniu prowadzenia już kilku tysięcy najstarszych, najbardziej schorowanych i wielonarządowo niesprawnych pacjentów dostrzegam miejsce dla geriatry, doceniam jej misję i ubolewam, że mimo prezentów od WOŚP nie rozwija się dostatecznie szybko. Nie wyobrażam już sobie nowoczesnej medycyny bez geriatry, tak jak bez pediatrii, interny i wielu wąskich i niezbędnych specjalności. Pragnę podkreślić, że geriatra nie konkuruje w jakimkolwiek stopniu z innymi specjalistami leczącymi starszych pacjentów – wręcz odwrotnie, wszyscy są nieocenieni dla geriatry, zwłaszcza w sytuacji, gdy sprawność tego czy innego seniora ma szansę istotnie się poprawić po stentowaniu tętnicy wieńcowej, biologicznym

leczeniu RZS, usunięciu zączy czy guza nowotworowego, a nawet po przeszczepie wątroby. Nie oznacza to, że taki lekarz jest geriatrą, bo leczy seniora. Geriatra jest potrzebny chociażby po to, by wskazać, kogo leczyć bardziej agresywnie a kogo mniej i jak to robić. Sens geriatry widzę chociażby w hierarchizacji problemów zdrowotnych i kolejności ich rozwiązywania, optymalizacji całościowej polifarmakoterapii i zapobieganiu zespołom jatrogennym. Geriatra staje się bezcennym konsultantem dla lekarza rodzinnego, do którego spływają od specjalistów zalecenia terapii 80-letniego pacjenta, w tym na przykład kardiologa, diabetologa, neurologa, psychiatry i urologa. Jeżeli geriatra będzie niedostępny, to pacjent będzie „zajadał” kilkanaście preparatów farmakologicznych dziennie, co zdarza się nierzadko i zazwyczaj skłania do wizyty u kolejnego specjalisty i następnych leków.

Zgadzam się z Panem Doktorem, że ludzie starzy w Polsce leczeni są nie tylko przez geriatrów, a głównie poza geriatrą. I bardzo się z tego cieszę, bo w znakomitej większości przypadków nie wymagają oni geriatry – są biologicznie młodszy i sprawni, chorują na 2-3 choroby i mogą samodzielnie dotrzeć do właściwych specjalistów po radę. Tę zdrowszą populację szacuje się na 75 proc. osób po 65. roku życia. Nawet, gdyby chcieli oni trafić do geriatry, to nie mają takiej szansy, ponieważ świadczenia na procedury geriatryczne w szpitalach nie przekraczają 1 proc. (!) kosztów opieki stacjonarnej tej populacji. Jednak żyjemy coraz dłużej w starości i w pewnym okresie stajemy się niesprawni emocjonalnie, mentalnie i fizycznie, a liczba problemów wymagających terapii (lub z powodu terapii) podwaja się. Wtedy jest niezbędny geriatra, do którego pacjent dociera z pomocą swojego opiekuna – sprawniejszego partnera życiowego, dziecka lub wnuka. To tej populacji dedykowana jest geriatra, a właśnie ta populacja jest jej pozbawiona.

Dziękuję Państwu Owsiakom za wrażliwość społeczną okazaną tym bezbronny, często samotnym i najbardziej schorowanym pacjentom, którym geriatrzy pragną poprawić sprawność funkcjonalną i jakość ich życia. Mam nadzieję, że całe środowisko lekarskie prawidłowo zrozumie ideę geriatry, wesprze jej rozwój – wszyscy mamy i kochamy starzejących się rodziców i dziadków, a za chwilę sami wkroczy my w tę smugę cienia. ■

Barbara Bien

Prof. dr hab.,
specjalista chorób
wewnętrznych,
geriatry i zdrowia
publicznego,
kierownik Kliniki
Geriatry UM
w Białymstoku
i ordynator
Oddziału Geriatry
Szpitala MSW,
konsultant
wojewódzki
ds. geriatry
na Podlasiu



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Pod wiatr

Nie ma piękniejszego miejsca na ziemi niż południe Francji. Nie to południe oklepane w folderach wczasowiczów czy zaludnione emerytami z sąsiadującego kraju. Jest południe Francji z ciasno zaplecionymi warkoczami winnic, z odbierającym dech mistralem, z raniącym oczy kolorem i cierpkim zapachem Rodanu. To południe Vincenta.

Są tu takie piękne noce. Mam ciągłą gorączkę pracy” – pisze w kwietniu 1888 r. Van Gogh do swojego brata Theo, niedługo po tym, jak przyjechał do Arles, by zamieszkać tu w domu z Pauliem Gauguinem. Arles nie przynosi Vincentowi spodziewanego spokoju. Mistral, ciągłe klótnie z Gauguinem, samookaleczenie, wszystko to rozgrywa się w ciasnej przestrzeni ich żółtego domu, kilku ulic i kawiarni miasteczka. Kilka z tych kafejek stanie się tematami jednych z najbardziej poruszających obrazów Vincenta.

Wnętrze kawiarni, z jego celowo zepsutą perspektywą, zdaje się walić w kierunku widza. Linie uciekają tutaj w niespójne horyzonty, burząc ład i wprowadzając poczucie braku równowagi. Wnętrze w zasadzie jest puste, nie licząc kilku wyraźnie stałych bywalców, wtopionych w ściany kawiarni

tak bardzo, jakby stali się ich nieodłączną częścią, na którą już nikt nie zwraca bacznej uwagi. Centralnie ustawiony stół bilardowy z mężczyzną zajmującym, zdawać by się mogło, centralne miejsce, ale również niewidocznym, niemalże zsuwa się po żółtej, siarczanej podłodze. Pierścienie światła wokół kilku lamp nadają wnętrzu potwornej wręcz wyrazistości. Jest tu samotność, cierpkość i rozpacz, zamknięte w kolorach tak żywych, że rażą wręcz oko.

Sam Vincent tłumaczył bratu, że wybrane kolory mają odzwierciedlać nastrój tego przybytku, gdzie noce spędzają nocne typy, ci, którzy nie mają już dokąd pójść. Czy mamy tutaj zatem do czynienia ze świadomym wyborem artystycznym, czy chorobą samego artysty, która zdeterminowała taki sposób widzenia odcieni smutnej kawiarni w Arles? Jeśli to choroba, to jaka? ■

Pierścienie światła wokół kilku lamp nadają wnętrzu potwornej wręcz wyrazistości. Jest tu samotność, cierpkość i rozpacz, zamknięte w kolorach tak żywych, że rażą wręcz oko.



Obraz: Vincent van Gogh,
„Nocna kawiarnia”, 1888,
Yale University Art Gallery

a

b

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **10 lutego 2015 r.**

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

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 12/2014 / 01/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Aleksandra Głogowska z Chojnic
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 12/2014 / 01/2015

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Najczęściej stawianą diagnozą jest śmierć przez utopienie się. Ponieważ na ciele nie stwierdzono oznak walki, zakłada się, że dziewczyna najprawdopodobniej popełniła samobójstwo. Niektórzy badacze twierdzą jednak, że niezwykle spokojny wyraz twarzy dziewczyny wyklucza możliwość tego, by była to pośmiertna maska topielicy. Jeszcze inne źródła identyfikują nieznaną jako węgierską aktorkę Ewę Lazlo.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie kwiatu na szyi dziewczyny.

Obecność kwiatu nawiązywać by mogła do bohaterki poematu Tennysona „Pani z Shalott”, którego główną bohaterką, Elaine, umiera na łodzi niesiona prądem rzeki, trzymając w ręku kwiaty. Nieznajoma dziewczyna, z jej tajemniczą historią, wpisuje się w podobną poetykę.

2. Długie, puszczone luźno włosy.

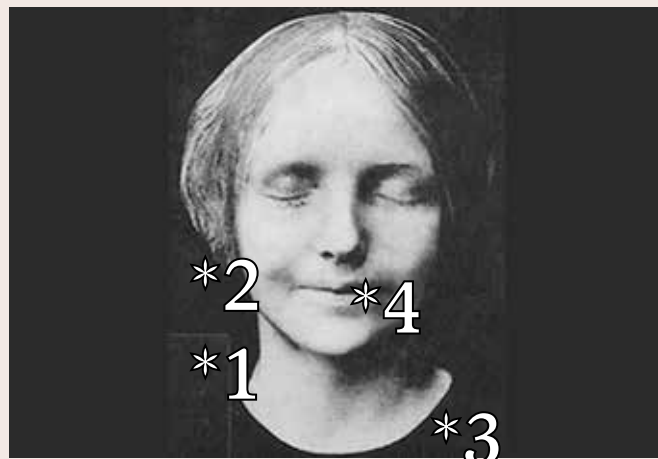
Włosy takie upodabniałyby dziewczynę do innej sławnej topielicy, Ofelii, zwłaszcza w prerafaelskim ujęciu Johna Everetta Millaisa.

3. Dopisanie obok twarzy dziewczyny imienia Anne.

Na bazie pośmiertnej maski nieznanego dziewczyny stworzono manekin zwany Resusci Anne. Fantom ten po dziś dzień używany jest do nauki poprawnego przeprowadzania sztucznego oddychania i masażu serca na całym świecie.

4. Zmniejszenie uśmiechu.

Bardziej subtelny uśmiech upodabniałby dziewczynę do Mony Lizy. Porównanie tych dwóch postaci było niezwykle częste, napomykał o nim sam Albert Camus.



Zdjęcie: Nieznajoma,
odlew gipsowy



Dariusz Kaźmierczak

Laureat II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2014)
w kategorii „Proza”

Wysiedleni (fragmenty)

Gdy ostatni worek zniknął z powierzchni murawy, Keller odwrócił się tyłem do żołnierzy i na sztywnych nogach podszedł do Granosików. Zatrzymał się, przekrzywił głowę i spod ronda zielonego kapelusza potoczył po nich wzrokiem. Najdłużej spojrzenie swoich jasnych, świdrujących oczu zatrzymał na Janie.

Jan poczuł, jak zaciska mu się żołądek.

– To wszystko? – spytał Keller.

– Tak – odparł Jan.

Niemiec, jakby nie dowierzał w usłyszaną odpowiedź, zrobił w tył zwrot i gestem ręki przywołał do siebie dwóch żołnierzy. Wydał im krótkie polecenie, po którym obaj udali się do stodoły.

Jan przełknął gorzko ślinę i z niepokojem spojrzał na Apolonię. Rano, gdy się obudziła, ani słowem nie wspomniął jej o ukrytym worku.

Keller z założonymi do tyłu ramionami, przedelfilował kilka razy po murawie. Przy każdym nawrocie zerkał to na stodołę, to na Granosików.

Przy kolejnym przemarszu, jeden z buszujących w stodole żołnierzy wychylił się na zewnątrz i przywołał go do siebie.

Z wyrazem twarzy, jakby przebiegł przez nią prąd, Keller podążył w stronę otwartych na oścież wrót. Wkroczył na klepisko i spojrzał na leżący w słomie worek. Jego usta wykrzywiły się w grymasie zadowolenia. W tej samej chwili odwrócił się na pięcie i tą samą drogą, którą przyszedł do stodoły, wypruł do Granosików. Zatrzymał się od nich w niedużej odległości. Wskazującym palcem przywołał do siebie Jana.

– Mówiliście, że to wszystko... – zawarczał.

– Tak – Jan z trudem wydobył głos przez zaciśnięte gardło.

– A zatem skąd wziął się tamten worek w stodole? Hę?!

– Nie wiem.

Jan, tyle na ile potrafił, starał się wytrzymać twarde spojrzenie Niemca. Czuł, że żołądek podchodzi mu do gardła, a serce trzepie się jak u ptaka, mimo to postanowił nie okazywać po sobie słabości.

– Nie wiecie...

Keller ściągnął usta i zacisnął mocno zęby. W tej samej chwili zrobił gwałtowny wyrok do przodu i ściśniętą mocno pię-

ścią uderzył Polaka w twarz.

Jan mając wrażenie, że w głowie rozbłysło mu tysiące gwiazd, runął na murawę.

– Ty kłamco! Chciałeś oszukać Rzeszę Niemiecką! – zaryczał Keller.

Leżący zwinął się w kłębek.

Zarządca odwrócił się do tyłu i przywołał do siebie najbliższego stojącego z karabinem żołnierza.

– Zastrzelcie go! I tak nie ma z niego większego pożytku! – wydał polecenie.

Przywołany żołnierz wysunął się przed Kellera, zsunął z ramienia karabin i wycelował w leżącego.

W tej samej chwili do Klausa podbiegła Apolonia. Jej twarz była biała jak kreda, a wątle ręce, które wyciągnęła przed siebie, drżały jak w febrze.

– Błagam, zostawcie go! Sami wiecie, że żyje nam się bardzo ciężko! – wyrzuciła z siebie łamiącym się głosem.

Twarcz Kellera spurpurowiała, a blizna znacząca policzek, stała się sinoczerwona. Jednym uderzeniem pięści powalił kobietę na ziemię.

Żołnierz przeładował w karabinie pocisk. Aniela mając wrażenie, że świat wali jej się na głowę, w jednej chwili stanęła między żołnierzem, a leżącymi na ziemi rodzicami.

– Mnie też zastrzel! – wbiła twarde i nieustępliwy wzrok w dwudziestokilkuletniego mężczyznę.

Keller zbliżył się do żołnierza, który ciągle celował w Jana, wyciągnął ramię i uniósł do góry lufę karabinu. Przebiegł wzrokiem po ciężko falujących pod bluzką piersiach dziewczyny i wyszczerzył żółte zęby w szerokim uśmiechu.

– Dobrze – powiedział z zadowoleniem w głosie. – Daruję mu, ale ty to odpracujesz.

Żołnierz na dany mu znak, odwiesił broń na ramię i wycofał się.

Jan i Apolonia z trudem wstali z ziemi. Oboje trzęsąc się i podtrzymując za łokcie, opuścili w dół przybite oblicza.

Klaus wycelował w Jana palcem.

– I na przyszłość: nie próbujcie tego więcej! – zawarczał.

Przeniósł wzrok na Anielę.

– A ty zgłosisz się do mnie w najbliższą sobotę o ósmej rano! Posprzątasz u mnie cały dom! ■

XV Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy informuje, że tegoroczna Biesiada Literacka UPPL odbędzie się 6 marca (piątek) o godz. 17.00 w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi przy ul. Czerwonej 3. Organizatorzy serdecznie zapraszają do czynnego udziału w tej imprezie autorów lekarzy z całej Polski, a do współbiesiadowania wszystkich miłośników żywego słowa.

Osoby, które podczas spotkania pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (wydruki formatu A-4 w dwóch egzemplarzach) najpóźniej do 15 lutego na adres: ZG UPPL, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka”). W zgłoszeniu konieczne jest podanie

aktualnego adresu pocztowego (można podać również adres e-mail) oraz numeru telefonu kontaktowego.

Czas przewidziany na autorskie prezentacje zależny będzie od liczby zgłoszeń, jednak każdy uczestnik ma zazwyczaj do dyspozycji trzy do pięciu minut. Po jego wystąpieniu przewidziany jest krótki komentarz krytyka. Na zakończenie odbywa się tajne głosowanie publiczności, a po nim jury oblicza głosy. Nagrodą dla zwycięzców jest kielich ambrozji.

Po biesiadzie Kabaret OIL – BĄK zaprasza na swoją, szóstą już, autorską premierę!

Uwaga! Istnieje możliwość rezerwacji niezbyt drogich noclegów. Szczegółowych informacji udziela sekretariat OIL w Łodzi (tel. 42 683 17 01). ■



V Ogólnopolski Konkurs Literacki „Tu i teraz”

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej, działającej przy łódzkim Klubie Lekarza ogłasza V Ogólnopolski KONKURS LITERACKI pod hasłem „Tu i teraz”. Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów oraz studentów uczelni medycznych, którzy amatorsko zajmują się twórczością poetycką lub prozatorską.

Każdy uczestnik może zgłosić trzy wiersze lub utwór prozatorski nieprzekraczający trzech stron arkusza formatu A-4 (wydruk z interlinią i marginesami). Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem, należy przesłać najpóźniej do 15 lutego na adres: Okręgowa Izba Lekarska, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź (z dopiskiem na kopercie „KONKURS LGN”). Uwaga! Na kopercie nie można umieszczać nazwiska autora ani adresu zwrotnego.

Do zestawu tekstów należy dołączyć zaklejoną kopertę, w której będzie imię i nazwisko autora, jego adres pocztowy oraz numer telefonu kontaktowego (ewentualnie także adres e-mail). Koperta powinna być opatrzona tym samym godłem co zgłaszana praca.

Prace konkursowe będą oceniane przez jury w dwóch kategoriach: prozy i poezji. Przewidziane są nagrody rzeczowe: dwie pierwsze, dwie drugie i po dwa wyróżnienia.

Uroczyste zakończenie konkursu odbędzie się 19 kwietnia (niedziela) o godz. 17.00 w salach Klubu Lekarza OIL w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3. Laureaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Informacji (również dot. noclegów) udziela w sekretariacie OIL Iwona Szelewa lub pod numerem telefonu 42 683 17 01. ■

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim

W dniu poprzedzającym mistrzostwa, 9 stycznia, do Krynicy przyjechało 162 uczestników XIII Zimowej Konferencji Dermatologicznej, by wziąć udział w interdyscyplinarnych wykładach wygłaszanych przez ekspertów biotechnologii, immunologii, dermatologii, reumatologii, chirurgii naczyniowej i alergologii.

Dzień później na stokach Słotwiny z homologacją FIS rozegrano mistrzostwa. Wystartowało 46 osób z całej Polski. W konkurencji kobiet I miejsce zjęła dr Katarzyna Smolarczyk z Warszawy (51.62), II miejsce – dr Kamila Białek-Galas z Krakowa (56.81), a III – dr Małgorzata Pindycka-Piaszczyńska (58.47) z Katowic. Wśród mężczyzn I miejsce zajął dr Łukasz Matusiak z Wrocławia (0:49.11), II – dr Marcin Rudnik z Sopotu (0:49.58), a III – dr Paweł Brzewski z Krakowa (0:49.96).

Rozegrano także Professors Cup. Na trasie przejazdu bardzo dobre wyniki uzyskali profesorowie: Anna Woźniacka, Jacek Szeptowski, Wojciech Zegarski, Zbigniew Rybak i Paweł Stręk. W mistrzostwach trady-

cyjnie uczestniczą też dzieci lekarzy. W tym roku 4,5-letni Wincenty Mrowiecki z Krakowa (01:48.01) dał pokaz odwagi, determinacji oraz imponujących umiejętności narciarskich.

Organizatorzy składają Naczelnej Izbie Lekarskiej serdeczne podziękowania za ufundowanie pucharów dla zwycięzców XIII Mistrzostw Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim. ■



FOTO: Archiwum

Obszerna relacja z tego wydarzenia w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.

Premium



II Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu

O Puchar Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

11 kwietnia 2015



ROZGRYWKI W KATEGORIACH:

- Open
 - +45
 - Kobiet
- Kategoria zostanie rozegrana przy min. 8 uczestnikach.

ZAPEWNIAMY:

- posiłek w trakcie rozgrywek
- herbatę, kawę, owoce
- koszulki turniejowe dla uczestników

NAGRODY:

- Dla pierwszych trzech miejsc: puchary oraz nagrody rzeczowe
- Pocieszenia: nagrody rzeczowe do rozlosowania wśród uczestników

MIEJSCE ROZGRYWEK: Centrum Sportowe Hasta la Vista, ul. Górska 5, 53-610 Wrocław

Zapisy: turnieje@hastalavista.pl Szczegóły: www.hastalavista.pl

Zapraszamy na
**XVI OGÓLNOPOLSKIE ZAWODY
NARCIARSKIE OKULISTÓW,**
które odbędą się 28 lutego 2015 r.
w Kalnicy k. Wetliny.



Rozpoczęcie w dniu poprzedzającym w zajeździe Niedźwiadek o godz. 19.00 kolacją koleżeńską wraz z koncertem gitarowym. W dniu zawodów na stoku "Bogdanka" ognisko, gorące posiłki i zimne napoje, pokaz sztucznych ogni na zakończenie. Powrót w niedzielę po śniadaniu.

**POGODA NIE BĘDZIE PRZESZKODĄ
W ODBYCIU ZAWODÓW!**

Potwierdzeniem uczestnictwa jest wpłata 200 zł od osoby na konto: Stanica Berdo 57 8642 1155 2015 1504 7863 0001 do 15 lutego br. W razie pytań prosimy o kontakt (16) 767 80 40 (w godz. 9-16:00) lub e-mail: poczta@kremenaros.com.pl

Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy w Częstochowie Hucisko Orle Gniazdo, 13-14 czerwca

13 czerwca – rajd rowerowy

Rozpoczęcie godz. 11.00, powrót do miejsca startu około godz. 17.00.

2 trasy z przewodnikiem: odpowiednio 20 km i 50 km (do wyboru na miejscu).

Biesiada integracyjna od godz. 18.00.

14 czerwca – alternatywnie

Spływ kajakowy od godz. 10.00: przejazd do Sygontki i spływ rzeką Wiercicą do Przyrowa (ok. 3 godzin). Powrót do Huciska ok. godz. 15-16.00.

Zwiedzanie Jasnej Góry o godz. 12.00
zbiórka koło punktu informacyjnego Jasnej Góry (punktualnie).

Przy rezerwacji konieczna wpłata zaliczki na hotel w kwocie 100 zł i wpłata wpisowego na konto OIL w Częstochowie, nr konta: 82114018890000243333001001, MBank Oddział w Częstochowie.

W tytule wpłaty należy wpisać: „Udział w rajdzie [podać ilość] osób”.

Do 10 maja należy przesłać potwierdzenie wpłaty faksem pod numer 34 365 41 20 wew. 300. Wpłaty można dokonać również osobiście w biurze OIL, ul. gen. Józefa Zajączka 5.

Szczegółowe informacje: Tomasz Klimza, tel. 691 48 83 83 lub w biurze OIL w Częstochowie (34) 368 18 88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org.



FOTO: Shutterstock



XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim Korbielew – Piłsko 21-22 lutego

Szczegółowe informacje dostępne na stronie internetowej
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach oraz Ośrodka Piłsko Jontek
www.izba-lekarska.org.pl

www.pilsko.org

Zgłoszenia: email: csk@sport.katowice.pl

Informacje:

Adam Dyrda 601 447 521, a-dyrda@tlen.pl

Mariusz Smolik 504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com

Piotr Zagórski 663 787 901, piotrzagorski@yahoo.com

26-28.03

W Wieluniu odbędą się Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej organizowane przez OIL w Łodzi. Zgłoszenia można przesłać w nieprzekraczalnym terminie do 28.02.2015 r. Więcej informacji w „Aktualnościach” na www.gazetalekarska.pl.

Suplement

Opis posłów i senatorów tylko pozornie odbiega od wydarzeń bieżących. Wycinkowy obraz parlamentaryzmu polskiego, poczynawszy od II RP, a skończywszy na współczesności, ma pokazać, jak mało znaczy środowisko lekarskie w świecie polityki. Nie możemy mieć złudzeń. Marzenie o laurce dla naszych koleżanek i kolegów z mandatem społecznego zaufania od wielu lat pozostaje w dużej części niespełnione.

Nie mogę zrozumieć, dlaczego nie potrafimy ze sobą rozmawiać. Jestem oczywiście zwolennikiem słownych kłinczów, ostrych debat, potyczek intelektualnych, bogatej retoryki. To zawsze dobrze robi, rozwija, pokazuje inne pola do namysłu, wkurza, ale nie powoduje zasklepienia w ciasnocie własnej czaszki. Do tego trzeba jednak ludzi z klasą. Lekarze z założenia spełniają ten warunek. Mają umiejętność słuchania, argumentacji, codziennie wyciągają wnioski, różnicują, ważą zagrożenia i racje. Ich wybory oparte są na doświadczeniu własnym, ale nie stronią od konsylium, szukają wsparcia wśród autorytetów. Dlaczego więc nasz głos ginie w szumie informacyjnym i sprytnych kampaniach medialnych preparowanych na wzór suplementów diety? Dlaczego spokojny, pewny tembr, niezbędny w gabinecie lekarskim, nie wystarcza do komunikacji publicznej? Dlaczego jazgot, powtarzane bezsensowne frazesy i podprogowe straszenie wypiera rozsądną debatę? Dlaczego nie można usiąść na czas, napić się herbaty, podać sobie ręce i dążyć do wspólnych celów? Wszystkimi powinno zależeć na tym samym: bezpieczeństwie pacjenta, rozwoju medycyny, godnym wykonywaniu wolnego zawodu lekarza. Wszyscy wiedzą, że bez pieniędzy żaden z tych postulatów nie zostanie spełniony.

Posłowie i senatorowie, ministrowie i premierzy przez ostatnie ćwierć wieku sprawiają wrażenie, że nie wiedzą, o czym do nich mówią lekarze. Podobną ułomność mają niektórzy dziennikarze. W polityce i mediach liczy się coraz częściej news – suplement rzetelnej informacji. Ludzkie życie i zdrowie traktuje się instrumentalnie: dla poklasku przy zmianie prawa, dla oglądalności w najlepszym czasie antenowym. Reformy wyznaczają partyjne konwencje, zaśmiecone balonikami na TAK, oświetlone ciepłymi kolorami, okraszone sloganami dopiętymi do ostatniej litery.

Kiedy premier, minister, poseł i senator są lekarzami, inni posłowie i senatorowie, a przede wszystkim obywatele dostają sygnał, że decyzje podejmują fachowcy. Z zażenowaniem, a może z typową dla Polaków satysfakcją, patrzą na rozgrywający się spektakl werbalnej walki, uczą się metod i pułapek, jakie zastawili na siebie doktorzy. Licytują, a może nawet obstawiają zakłady, kto kogo pokona w tej bratobójczej bitwie. Śmieją się z nas. Załatwiają swoje poselskie sprawy kosztem jednej grupy zawodowej. Spieszą się, bo wiedzą, że prędzej czy później koniunktura może się odwrócić i ich grupy wyborcze odwrócą się razem z nią. Interwały są czteroletnie. Życie na dobrym chlebie przyzwyczajają, a czas biegnie coraz szybciej.

Posel i senator koalicji różni się od posła i senatora opozycji niewiele. Opozycja zawsze pomoże, chociaż nigdy nie może. Koalicja waży dobra ogółu, działając pod wpływem zmieniających się wartości słupków sondażowych. Wszyscy zapominają o obywatelskim państwie prawa, o swobodzie gospodarczej, o dotrzymywaniu umów przedwyborczych. Parametry obietnic zmieniane są w zależności od bieżącej sytuacji.

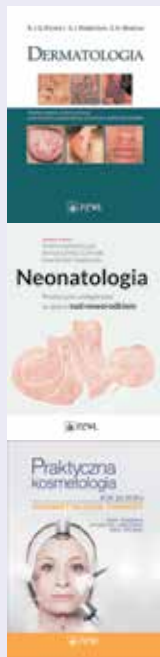
Powrót posła i senatora po przegraniu mandatu, po rzuceniu mandatem, po wyrzuceniu z mandatem jest podobny. Zawsze chwała i cześć. Wiele pomysłów, które nie mogły być zrealizowane, bo przeszkadzali inni. Oburzenie i refren piosenki, którą tak lubię: „a nas nigdy tutaj nie było, wianki dziewicze na naszej skroni. To tylko kilka osób robiło, to oni, oni, to oni!”.

Opowiadanie o polskich parlamentarzystach lekarzach, poza dumnym podkreśleniem, że Ona i On są od nas, nie wzbogaca. To tylko statystyka i ciekawostki. Gdyby słowa: jestem lekarzem, niosły za sobą racjonalne budowanie systemu bez wykluczeń, byłaby to wówczas zupełnie inna bajka. ■

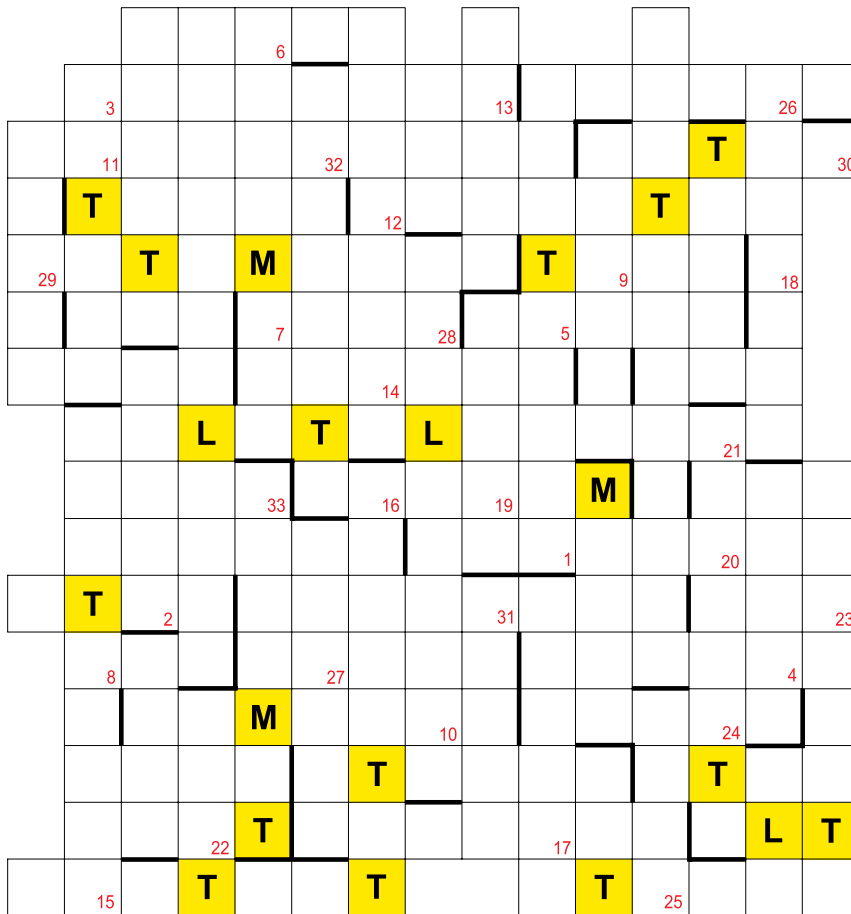


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 93 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, M i T. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie czeskie. Należy je przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2015 r. Wśród autorów prawdziwych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 202 („GL” nr 11/2014)
Człowiek z natury jest dobry, ale ma w sobie diabła.

Nagrody otrzymują: Aneta Stefańska (Dąbrowa Górnicza), Dorota Wasylewicz (Radłów), Józef Jaguś (Kielce). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* dwuwypukła w gałce ocznej * jasełka * miasto obwodowe nad rzeką Teterew * przyjaciel Nel * Michałki i Marcinki * elektroda ujemna * dynastyczny przydomek Henryka VIII * typ lasu z przewagą olszy * gumowa na dłoni * minister spraw zagranicznych (1956-68) * laska Dionizosa * tożsamość etniczna * frukta * świętojańska * fiński koncern telekomunikacyjny * trądzik (łac.) * koń o czarnej sierści * gród z Krupówkami * grecki kebab * lew morski * napój z owoców lub warzyw * syn Dedala * owcza serwatka * chroniony wróg trawnika * defekt punktowy sieci krystalicznej * kraj z Kampalą * żołnierz wywodzący się od smoka * czopek, stożek (łac.) * grosz z Ulan-Bator * poeta, biskup, przełożony Kopernika * spełnienie planów * organellum ruchu * zespół egzaminacyjny lub wyborczy * starożytne państwo w pn. Mezopotamii * tamże (łac.) * wziernikowanie żołądka (łac.) * podobizna * August II i III * sztuczny język w „Roku 1984” Orwella * wytrzebiony samiec kozy * angielski, altowa odmiana oboju * stan z Fortalezą * łąka dla krów * pędy do rozmnażania wierzby i topoli * entomogamia * autor „Jerozolimy wyzwolonej” * kawaler maltański * szaleń jadowity * pomaga utrzymać stałe ciśnienie gazu * atol, który 1-y wita Nowy Rok * niższy od sopranu * sól gorzka rodzima * lista, spis * walczyli z krzyżowcami * walczyła o utrzymanie francuskiej Algierii * czarny z jesiotra * odwrotność cosinusa * Wielka, najwyższy szczyt Beskidów Kysuckich * z Portosem i Alarismem * kręci się w oku * zmiekczenie przez artykulację środkowopodniebienną * pierwszy bratobójca * Organisation for Security and Co-operation in Europe * astrowaty z kolcami * część opery * miasto z Zaandam i Zaandijk * szabla kaukasko-tatarska * jajo wszy * popełniła samobójstwo z Petroniuszem

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 165 000 egz.

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

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

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

Diennikarze:
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)
Maria Domagała (Warszawa)

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

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

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

Ogłoszenia:

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

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