

03
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

W ogonie Europy



28

Stomatologia

Z uśmiechem
przez życie

32

Prawo i medycyna

W sprawie reklamy
przed sądem

44

Ochrona zdrowia na świecie

Cukrzyca nadal
w ataku

Spis treści



17



39



42



46

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Kto będzie leczył i pielęgnował?
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** O pakiecie i emigracji
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Uczmy się od Macedonii
- 12 **Temat miesiąca:** Polska służba zdrowia w ogniu Europy
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:** Dbajmy o naszych lekarzy
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Społeczeństwo się zmienia, urzędnicy nie nadążają
- 20 **Samorząd:** Wobec agresji konieczne jest wsparcie
- 22 **Samorząd:** Uzależnieni lekarze w innych krajach
- 24 **Samorząd:** Poszanowanie autonomii i zasad etyki zawodu
- 26 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Nie zgadzam się na bylejąkość
- 28 **Stomatologia:** Z uśmiechem przez życie
- 31 **Stomatologia:** Doskonalenie zawodowe
- 32 **Prawo i medycyna:** W sprawie reklamy przed sądem
- 33 **Biuletyn NRL**
- 39 **Praktyka lekarska:** Co z polską psychiatrią?
- 42 **Praktyka lekarska:** Komórki gleju węchowego – nadzieja i przyszłość
- 44 **Ochrona zdrowia na świecie:** Cukrzyca nadal w ataku, obrona niegotowa
- 46 **Indeks korzyści:** Prośba anonimowej pacjentki
- 48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Czechow – lekarz, pisarz i wizjoner
- List do redakcji:** O geriatrii raz jeszcze
- 49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Trombopoetyna
- 50 **List do redakcji:** W sprawie współpracy z przemysłem
- 51 **List do redakcji:** Czy okulista może rozpoznać białaczkę?
- 52 **Błąd malarski:** Jak na dłoni
- 54 **Kultura:** Wiersze wybrane
- 55 **Kultura**
- 56 **Sport**
- 57 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (49) / J. Wanecki:** Kolorowy semafor
- 66 **Jolka lekarska**

Mija termin składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, oraz o sposobach gospodarowania. Więcej w **aktualnościach** na www.gazetalekarska.pl.

30.03

Do tego dnia należy złożyć sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (formularz MZ 11). Należy je wypełnić w formie elektronicznej w Systemie Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia.

31.03

Ostatni dzień na składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty (dotyczy lekarzy prowadzących praktyki zawodowe, którzy: posiadają pojazd mechaniczny osobowy lub ciężarowy, lub korzystają z własnej kotłowni, lub z własnego ujęcia wody).

Ważne!

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską. Redakcja nie prowadzi list wysyłkowych, zarządzają nimi okręgowe izby lekarskie.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Kto będzie leczył i pielęgnował?

W telewizyjnym programie „Świat się kręci”, emitowanym całkiem niedawno, jednym z tematów był problem zmniejszających się kadr medycznych.

Przedstawicielem naszego zawodu był prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes tejże rady. Oboje rzeczowo i bez emocji, a to nieczęsto się zdarza, przedstawiali dane dotyczące „kurczących się” liczebnie zawodów lekarza i pielęgniarki. Temat starzenia się grupy zawodowej lekarzy często przewija się przez nasze samorządowe dyskusje. Są specjalności, na przykład chirurdzy i ginekolodzy, gdzie znaczący odsetek lekarzy jest po 50. roku życia. Podobnie ważnym problemem jest od lat emigracja zarobkowa naszych koleżanek i kolegów, najczęściej młodych. W mediach te tematy bywają poruszane znacznie rzadziej. Tymczasem dane są zatrważające. Dotyczy to obu omawianych zawodów, ale szczególnie pielęgniarek i położnych. Prognoza najbardziej przemawiająca do wyobraźni: w ciągu najbliższych siedmiu lat jedna trzecia pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Jedna trzecia, czyli co trzecia pielęgniarka i położna. Perspektywy są mocno niepokojące także z tego powodu, że spośród absolwentek wydziałów pielęgniarstwa polskich uczelni, znaczący procent nie podejmuje w ogóle pracy w wyuczonym zawodzie, inne panie od razu szukają pracy za granicą i bez trudu ją tam znajdują. Ekonomicznie zawód ten, tak ważny i potrzebny w systemie opieki zdrowotnej, nie jest atrakcyjny. Trudno się zatem dziwić młodym kobietom i nielicznym w tym gronie młodym mężczyznom, że szukają

godziwych warunków pracy. Obecny system szkolenia pielęgniarek, nastawiony na pielęgniarki z dyplomami wyższych uczelni, minimum z licencjatem, a lepiej z tytułem magistra, powoduje, że coroczny napływ nowej kadry jest nieporównywalnie mniejszy niż poprzednio, kiedy szpitale i przychodnie zasilane były absolwentkami liceów pielęgniarstkich lub szkół pomaturalnych. Od wielu lat słyszę, od osób zajmujących się kształceniem pielęgniarek i odpowiedzialnych za ich pracę w placówkach medycznych, że istnieje potrzeba uzupełnienia tej grupy zawodowej o osoby, które posiadałyby wykształcenie średnie zawodowe. Ma to znaczenie szczególnie w czasach, kiedy z powodów ekonomicznych coraz mniej jest personelu podstawowego. Salowe zastępowane są pracownikami firm zewnętrznych, odpowiadających za sprząatanie, coraz mniej jest sanitariuszy. We wspomnianym programie prezentowana była także wypowiedź przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia. Porównanie tego, co mówili obecni w studio przedstawiciele zawodów medycznych i tego, co mówiła reprezentantka resortu, dawało wrażenie, że osoby te dysponują zupełnie innymi danymi statystycznymi i opierają się na wynikających z tych danych różnych prognozach.

Postawione w tytule pytanie to problem, którego znaczenie będzie dramatycznie rosło w najbliższych latach. Niestety nie widzę działań, które pozwoliłyby mi spać spokojnie, że za piętnaście lat będzie mnie i moich bliskich miał kto leczyć i pielęgnować. ■

Migawka



Pakiet onkologiczny zostanie zaskarżony do Trybunału Konstytucyjnego – tak zdecydowała Naczelna Rada Lekarska na ostatnim posiedzeniu, które odbyło się 13 lutego br. O tym, dlaczego reforma przygotowana przez ministra Bartosza Arłukowicza nie pomaga, a wręcz utrudnia dostęp do leczenia, piszemy w **aktualnościach** na www.gazetalekarska.pl.

FOTO: Mariusz Tomczak



NFZ kontra lekarz

W jednym z poprzednich numerów rozważałem sytuację lekarzy, przeciwko którym NFZ występuje z roszczeniami o zwrot refundacji leków przepisanych – zdaniem Funduszu – niezgodnie z zasadami określonymi w umowie upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane. Jedna z takich spraw trafiła w końcu na wokandę Sądu Najwyższego. Wyrok ten może mieć znaczenie dla rozstrzygnięć w podobnych sporach, dlatego warto go szerzej omówić.

S pór rozpoczęła kontrola u lekarza, podczas której NFZ sprawdzał sposób wystawiania recept na leki refundowane pro auctore i pro familia. Kontrola ta wypadła dla lekarza negatywnie – nie prowadził on dokumentacji medycznej, co NFZ uznał za naruszenie umowy i zażądał zwrotu kwoty ponad 60 tys. zł nienależnie wypłaconej refundacji. Kwota ta została zasądzona wyrokiem Sądu Rejonowego. Apelacja lekarza od tego wyroku została oddalona i tak – na skutek kasacji lekarza – sprawa trafiła do Sądu Najwyższego.

Rozstrzygając sprawę, Sąd Najwyższy uznał, że roszczenia NFZ nie mogą być oparte o przepisy regulujące bezpodstawne wzbogacenie (taką podstawę pośrednio wskazywały wydane w sprawie wyroki zasądzające zwrot refundacji od lekarza). Na takiej podstawie można bowiem żądać zapłaty wyłącznie od osoby, która bezpośrednio to świadczenie otrzymała. Lekarz, wykonując uprawnienia przewidziane umową z NFZ, nie otrzymuje od niego jakiegokolwiek świadczenia, bo ono trafia do pacjenta. Nie może być wobec tego bezpodstawnie wzbogacony.

Sąd Najwyższy uznał, że ewentualna odpowiedzialność lekarza może opierać się na przepisach o niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu zobowiązań. Podstawowe znaczenie dla oceny odpowiedzialności lekarza ma to, czy stwierdzone podczas kontroli braki w prowadzonej przez niego dokumentacji medycznej pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Sąd Najwyższy przeprowadził również analizę treści umowy zawartej przez lekarza z NFZ i doszedł do wniosku, że celem umowy jest to, żeby:

- pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz,
- leki trafiały do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy refundacyjnej, a także które rzeczywiście ich potrzebują i w ilościach tylko niezbędnych.

Szczegółowe postanowienia tych umów mają ponadto gwarantować, żeby lekarz postępował przy wypisywaniu recept tak, aby ten cel osiągnąć. Tak określony cel zawarcia umowy stanowi podstawę do ustalenia, czy uchybienie lekarza uzasadniając żądanie zwrotu równowartości refundacji.

Rozważając zebrany w sprawie materiał, Sąd Najwyższy doszedł do dwóch wniosków:

1. osoby, które otrzymywały leki, były do tego uprawnione;
2. osoby te otrzymywały leki na podstawie recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza.

Interpretując postanowienia umowy, Sąd Najwyższy wywiódł, że możliwość zwrotu refundacji związana jest tylko z wadliwością recept, a z umowy nie wynika wprost, że uzasadnia ją wadliwość dokumentacji medycznej. Aby tak było, wadliwość dokumentacji musi pozostać w związku przyczynowym z wadliwym wystawieniem recept, co z kolei musiałoby prowadzić do tego, że leki trafiają do osób nieuprawnionych do ich uzyskania ze środków publicznych. Zdaniem Sądu Najwyższego literalna interpretacja postanowień umów lekarzy z NFZ, jak i cel zawarcia takich umów, nie pozwalają na uznanie, że same błędy w dokumentacji dają podstawę do żądania zwrotu refundacji. Sąd Najwyższy podkreślił, że skoro leki otrzymuje osoba uprawniona do ich uzyskania ze środków publicznych, to ich koszty obciążają z mocy prawa NFZ. Konkludując rozważania, powtórzył, że żądanie w takiej sytuacji zwrotu refundacji od lekarza nie ma żadnej podstawy prawnej (wyrok SN z 14.11.2014, sygn. akt I CSK 633/13).

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Dziś placówki
podejmujące się
leczenia pacjentów
chorych onkologicznie
ryzykują często
poważnymi
trudnościami
finansowymi
– wszyscy dyrektorzy
szpitali, które zajmują
się leczeniem
onkologicznym,
poradnie, które za
tzw. poradę zero nie
otrzymują pieniędzy,
AOS i POZ. Dziś w ślad
za pacjentem idzie
bankructwo.

O pakiecie i emigracji

W drugim tygodniu lutego br. pani premier Ewa Kopacz poprosiła, aby z oceną pakietu onkologicznego poczekać aż do momentu, kiedy „uczciwie z panem ministrem zaraportują, jak się to udało”.

Rozumiem, że poprosiła dziennikarzy, a poprzez nich społeczeństwo, a w tym również lekarzy, którzy – jak rozumiem – też mają czekać, co powie minister Arłukowicz. Tymczasem, wiceminister Neumann już dzisiaj wie, że lekarze na pakiet onkologiczny narzekają „gremialnie i medialnie”. I dodaje, że to lekarze muszą zmienić swoje przyzwyczajenia, a „jak się przyzwyczają do nowego, też przestaną narzekać.” Czyli mamy posłusznie czekać na raport i równie posłusznie się przyzwyczajać. Trudno się z tym pogodzić, kiedy posiadamy już wstępną analizę zgodności przepisów pakietu onkologicznego z Konstytucją, która potwierdza, że wiele jego postanowień może naruszać jej zapisy. I dlatego też podjęliśmy decyzję o przygotowaniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, uznając, że pakiet zawiera rozwiązania prawne, które mogą budzić poważne wątpliwości konstytucyjne.

Ostatnio w mediach padło stwierdzenie, że pakiet onkologiczny przygotowany jest dobrze, tylko dyrektorzy placówek nie potrafią z niego korzystać. Przedstawicielka Narodowego Funduszu Zdrowia zaznaczyła, że duża część szpitali nie potrafiła prawidłowo „zdać tych pacjentów”. „Zdać tych pacjentów”? Ciekawe, kto dzisiaj pamięta hasło „pieniądz idzie za pacjentem”. To hasło miało być zwiastunem końca reformy i symptomem prawidłowego funkcjonowania systemu. Pieniądz miał iść przed pacjentem lub za nim, a lekarze mieli zajmować się jedynie leczeniem. Dziś placówki podejmujące się leczenia pacjentów chorych onkologicznie ryzykują często poważnymi trudnościami finansowymi – wszyscy dyrektorzy szpitali, które zajmują się leczeniem onkologicznym, poradnie, które za tzw. poradę zero nie otrzymują pieniędzy, AOS i POZ. Dziś w ślad za pacjentem idzie bankructwo.

Naczelna Rada Lekarska, przypominając swoją krytyczną ocenę zarówno sposobu przygotowania, wprowadzania, jak i praktyki działania tzw. pakietu onkologicznego, ponownie stwierdziła niedopuszczalność narzucanych przez nowe przepisy zasad selekcji chorych. Uznała, że chaos, ograniczenia finansowe i naciski administracyjne wynikające z nowych przepisów doprowadziły do poważnych zaburzeń w zakresie organizacji opieki nad pacjentami. Szczególnie jaskrawo dostrzegane są trudności, jakie napotykają pacjenci ze scho-

zzeniami nowotworowymi, którzy z różnych powodów nie znaleźli się w tzw. pakiecie, i chorzy nieonkologiczni. To, czego my, lekarze i lekarze dentyści, powinniśmy pilnować, to takie postępowanie, aby pacjenci nie mieli wątpliwości, że będziemy im pomagali i otaczali ich opieką, nawet jeżeli utrudniają nam to tworzone wbrew opinii środowiska przepisy. Dziękuję wszystkim, którzy nie zważając na trudności rozregulowanego systemu ochrony zdrowia, w tym złych przepisów pakietu onkologicznego, otaczali chorych zgodną z aktualną wiedzą, etyczną opieką, jakiej chorzy potrzebują.

Mam wrażenie, że moja korespondencja z Ministerstwem Zdrowia dotycząca obowiązków przedłożenia przez ministra skutków ustawy refundacyjnej to już brazylijski serial – jak nie obejrzyś kilku odcinków, nic się nie stanie – i tak się domyślisz, co mogło się w nim wydarzyć. I tutaj też każdy już zaczyna się domyślać, jakie mogą być przyczyny, że Rada Ministrów nie przedkłada Sejmowi sprawozdania, choć powinna to zrobić po upływie dwóch lat od wejścia w życie ustawy refundacyjnej. Można podejrzewać, że roczna zwłoka to niechęć ujawniania wszystkich skutków wprowadzenia ustawy refundacyjnej w życie. Niestety problem w tym, że w serialu widz wie, że to fikcja, która jego osobiście nie dotyczy. Inaczej z lekami i ich refundacją – dotyczą każdego pacjenta i wyjaśnienie każdemu się należy. W realu.

W 2014 r. zaobserwowaliśmy znaczący wzrost odbieranych zaświadczeń potrzebnych lekarzom do pracy w innych krajach Unii Europejskiej. Liczba zaświadczeń w porównaniu do roku ubiegłego i lat 2011, 2012 wzrosła o 25 proc. Przypominały mi się czasy, kiedy odnotowywaliśmy apogeum w latach 2005 i 2006. To był czas, kiedy ministrowie zdrowia z uwagą tych danych słuchali. Chciałbym, aby i obecny minister zdrowia zwrócił na to uwagę, bo chęć młodych ludzi do wyjazdów poza granice naszego kraju zawsze powinna być niepokojąca. Na pewno do takich decyzji o wyjeździe przyczyniają się sytuacje związane z rezydenturami: miejsc jest dużo, ale sposób rozdziału jest taki, że znaczna część nie zostanie przez młodych ludzi wykorzystana. Idea dobra, realizacja – jak zwykle. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

L4 za wynagrodzeniem?

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Ministra Pracy i Polityki Społecznej o wprowadzenie odpłatności dla lekarza za wydawanie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny. Zdaniem NRL to ZUS powinien ponosić koszty wydania zaświadczenia. Jak przypomniała NRL, zaświadczenia wydawane są przez lekarzy na podstawie upoważnienia udzielonego przez ZUS, które wystawiane jest po złożeniu przez lekarza pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy. Orzekanie o stanie zdrowia pacjenta w celu wydania zaświadczenia o niezdolności do pracy jest bez wątpienia czynnością mieszczącą się w zakresie wykonywania zawodu lekarza. Dodatkowo NRL wskazała, że wydawanie zaświadczeń wiąże się nie tylko z dodatkową pracą lekarza, ale także powoduje powstanie po jego stronie kosztów pobierania druków zaświadczeń z ZUS oraz cotygodniowego dostarczania kopii wydanych zaświadczeń do ZUS. Podobnie przygotowywana informatyzacja wydawania zaświadczeń spowoduje konieczność poniesienia przez lekarzy dodatkowych nakładów na dostosowanie sprzętu i oprogramowania do tego zadania.

Pakiet do TK

Naczelna Rada Lekarska 13 lutego br. postanowiła skierować wniosek do Trybunału Konstytucyjnego związany z pakietem onkologicznym, gdyż po wstępnej analizie pakiet zawiera rozwiązania prawne, które mogą budzić poważne wątpliwości konstytucyjne: 1) pogorszenie sytuacji pacjentów nieonkologicznych, szczególnie tych, którzy cierpią na równie poważne choroby wymagające równie niezwłocznej pomocy diagnostyczno-leczniczej; 2) pogorszenie sytuacji pacjentów onkologicznych nieobjętych pakietem onkologicznym; 3) różnicowanie sytuacji pacjentów korzystających z opieki lekarza POZ i lekarza AOS; 4) wprowadzenie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów poprzez zbyt daleko idące konsekwencje dla lekarzy POZ w razie nieosiągnięcia tego współczynnika; 5) bezzasadne różnicowanie lekarzy POZ i AOS w zakresie uprawnienia do wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Refundacja w SN

„Bez wykazania, że leki i świadczenia medyczne, ze względu na nienależyte wykonanie umowy przez lekarza trafiły do osoby nieuprawnionej do

otrzymania ich ze środków publicznych, żądanie zwrotu kosztów refundacji przepisanych przez lekarza leków nie znajduje uzasadnienia. Skoro leki otrzymała osoba uprawniona do ich uzyskania ze środków publicznych, to ich koszty obciążają z mocy prawa NFZ. Należy wobec tego powtórzyć, że żądanie w takiej sytuacji refundacji od lekarza nie ma żadnej podstawy prawnej.” – stwierdził Sąd Najwyższy (sygn. akt I CSK 633/13) w już prawomocnym wyroku. W lutym 2011 r. NRL sprzeciwiała się wprowadzeniu nieproporcjonalnej do stopnia winy odpowiedzialności lekarzy i lekarzy dentyistów za błędy w wystawianiu recept refundowanych niezależnie od faktycznej straty poniesionej przez NFZ. NRL podkreślała, że otrzymanie leku refundowanego jest uprawnieniem chorego.

Rozbieżność z terminarzem

NRL zaapelowała do Prezesa NFZ o umieszczenie w prowadzonym przez Centralę NFZ Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne wyraźnej informacji, że wyświetlane dane nie uwzględniają liczby pacjentów kontynuujących leczenie. Podmioty mają obowiązek przekazywania co najmniej raz w tygodniu do NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, a co najmniej raz w miesiącu danych dotyczących osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca i danych dotyczące liczby oczekujących i informacji o średnim czasie oczekiwania.

Zgodnie z art. 20 ust. 1a znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Zapis ten powoduje, że opublikowana lista oczekujących w poradniach ambulatoryjnych wykazuje znaczącą rozbieżność z faktycznym terminarzem przyjęć placówki, który musi uwzględniać pacjentów kontynuujących leczenie, którzy na liście nie są ujawnieni. Bez niezbędnej w tym zakresie informacji odczytywane w Informatorze NFZ dane o liczbie zapisanych pacjentów w konfrontacji z podanym obok terminem pierwszego możliwego przyjęcia mogą u pacjentów niepotrzebnie wywoływać uczucie niezrozumienia lub nawet podejrliwości.

Apel podatkowy

NRL zaapelowała do Ministra Finansów w sprawie zaniechania poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy w związku z uczestniczeniem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych

przez organy samorządu zawodowego lekarzy. Naczelna Rada Lekarska wskazała, że za dopuszczalnością zaniechania poboru podatku od lekarzy i lekarzy dentystów przemawia przede wszystkim to, że do ustawicznego doskonalenia zawodowego ustawy zobowiązują lekarzy i lekarzy dentystów w oczywistym interesie ich pacjentów, a także to, że wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych korzysta ze zwolnienia podatkowego.

Umowy z NFZ

Prezydium NRL – po zapoznaniu się z projektem zarządzenia dotyczącym umów – jest zdania, że formalne procedury ubiegania się o zawarcie umowy są ważnym elementem porządkującym proces wyłonienia świadczeniodawców, ale proponuje, aby drobne uchybienia i dające się łatwo usunąć braki formalne oferty nie prowadziły do jej odrzucenia.

Prezydium zwróciło uwagę, że formularz oferty często nie zawiera na każdej stronie wyraźnego oznaczenia miejsca, w którym oferent powinien złożyć podpis – w takiej sytuacji celowe jest wprowadzenie możliwości usunięcia tego braku w sytuacji, gdy oferent niewątpliwie podpisał ofertę, jednakże jego podpis lub parafta nie zostały umieszczone na każdej stronie. Prezydium wniosło też o znaczne ograniczenie danych, które w myśl załącznika nr 8 do projektu zarządzenia prezesa NFZ mogą być zastrzegane jako tajemnica przedsiębiorcy. Pełne stanowisko na stronie www.nil.org.pl.

Odpady – proponowana zmiana

W projekcie rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi pojawił się m.in. wymóg posiadania umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą przy pomieszczeniu, stacjonarnym urządzeniu chłodniczym, a także w sąsiedztwie przenośnego urządzenia chłodniczego. Prezydium zaproponowało zmianę tak, aby w przypadku, gdy odpady medyczne składowane są w przenośnym urządzeniu chłodniczym, wymogi określone w tym przepisie ograniczyć do zapewnienia w sąsiedztwie tego urządzenia dostępu do stanowiska wyposażonego w dozownik płynu dezynfekcyjnego i zasobnik ręczników jednorazowego użytku.

„Projektowany przepis w obecnym brzmieniu jest nieuzasadniony, a jego realizacja w przypadku małych gabinetów i przychodni może okazać się trudna. Personel przychodni w trakcie kontaktu z workami zawierającymi odpady z reguły używa jednorazowych rękawic, zatem sam kontakt z zawartością worka jest raczej tylko teoretycznie możliwy. Zawarty w projekcie wymóg pojemników i stelaży wyposażonych w mechanizm pedałowu niweluje jeszcze możliwość tego kontaktu (podczas usuwania worka z pojemnika lub stelaża). Procedura odkażenia rąk po zdjęciu rękawic po zakończonej czynności wkładania lub wyjmowania worków z przenośnego urządzenia chłodniczego oraz ich wytarcia jest zatem zdecydowanie wystarczająca” – zaznaczyło Prezydium. ■



Fundacja Lekarze Lekarzom, w imieniu swoim oraz osób, które otrzymały wsparcie, dziękuje wszystkim, którzy nawet symboliczną kwotą zechcieli zasilić konto Fundacji, a w szczególności ofiarodawcom z Dębicy, Łodzi, Wrocławia i Warszawy. Pragniemy podziękować członkom motocyklowego klubu DoctoRRiders za kolejne wpłaty przeznaczone dla kolegi w trudnej sytuacji życiowej.

Liczymy na dalsze wsparcie. Pomagamy Koleżankom i Kolegom, którzy potrzebują pomocy – wszystkich z nas. Będziemy wdzięczni za propagowanie informacji o Fundacji wśród tych, którzy jeszcze o nas nie słyszeli.

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

Mariusz Janikowski,
prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Wpłat darowizny można dokonywać na konto Fundacji:

Fundacja Lekarze Lekarzom

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

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



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Nazwiska
najbardziej
rozchwytywanych
w kraju
specjalistów są
publikowane
w mediach.
Uznanie wśród
pacjentów
przekłada się
na wysokość
wynagrodzenia
specjalistów
w zakresie od
-20 do
+ 20% stawki
podstawowej.
Liderzy mogą
liczyć na
dodatkowe
nagrody pieniężne.

Uczmy się od Macedonii

Można się zżymać na to, co na temat systemu ochrony zdrowia sądzą pacjenci, zarzucając im ignorancję i emocjonalne sądy. Nie zmienia to faktu, że opieka zdrowotna ma przede wszystkim im służyć i ich oceny nie powinny być przemilczane.

Dlatego publikowany od 2005 r. przez Health Consumer Powerhouse Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia to jeden z najważniejszych rankingów systemów ochrony zdrowia na naszym kontynencie. Jak łatwo się domyśleć, polska służba zdrowia należy do najslabiej ocenianych w Europie. W najnowszym wydaniu Indeksu, na 36 krajów zostaliśmy sklasyfikowani na piątym miejscu od końca, wyprzedzając Litwę, Serbię, Czarnogórę, Rumunię, ulokowaną na końcu stawki, Bośnię i Hercegowinę. Tuż przed nami, ale za to ze znacznie wyższą punktacją, znalazła się... Albania, którą z kolei minimalnie wyprzedziła Bułgaria. Pierwsze miejsce przypadło Holandii. Bardzo wysokie oceny uzyskały sklasyfikowane za nią Szwajcaria, Norwegia, Finlandia i Dania. Przyzwoitą piętnastą pozycję zajęła ochrona zdrowia w Czechach, mimo znacznie słabszego, w porównaniu z krajami liderującymi, finansowania. Wielkie uznanie autorów zdobyła zajmująca 16. miejsce Macedonia, jeszcze dwa lata temu wlokąca się za Polską.

Główny wniosek twórców Indeksu wskazujący, że mimo kryzysu ekonomicznego ochrona zdrowia w wielu krajach ma się coraz lepiej, dowodzi, jak wielkie znaczenie ma przemyślana organizacja systemu. Tak jest w przypadku Czech, pierwszego kraju w regionie, w którym od 2008 r. wprowadzono współpłacenie za usługi medyczne, oraz Macedonii, wychwalanej przede wszystkim za wzorowo działającą informatyzację systemu. Czechy są nam bliskie, jak przysłowiowa koshula. O Macedonii słyszymy rzadko, bo maleńka i trudno ją znaleźć nie tylko na mapie, ale i w katalogach biur podróży. Tymczasem ten malowniczy zakątek Bałkanów wart jest nie tylko turystycznej eskapady. Jak się okazuje, nasi organizatorzy systemu ochrony zdrowia powinni jeździć do Skopje po nauki. Od połowy 2013 r. można się w Macedonii zarejestrować przez internet do wybranego lekarza. W podstawowej opiece zdrowotnej nie ma kolejek, a te do specjalistów są krótkie. Bo dzięki współpłaceniu za usługi medyczne w Macedonii chodzi się do lekarza, gdy jest to potrzebne. Na dodatek przewlekłe chorzy nie muszą odwiedzać przychodni, by otrzymać recepty na bezterminowo stosowane leki. Wystarczy, że zgło-

sza się do apteki i okażą wyposażoną w chip kartę macedońskiego NFZ. Dane gromadzone na bieżąco w formie cyfrowej informują, które placówki i którzy lekarze cieszą się największym wzięciem, jaki sprzęt i w jakim regionie jest najbardziej potrzebny. System służy również do budowania pozytywnego wizerunku lekarzy. Nazwiska najbardziej rozchwytywanych w kraju specjalistów są publikowane w mediach. Uznanie wśród pacjentów przekłada się na wysokość wynagrodzenia specjalistów w zakresie od -20 do + 20% stawki podstawowej. Liderzy mogą liczyć na dodatkowe nagrody pieniężne.

Uznanie na europejskich salonach dla systemu ochrony zdrowia zaledwie dwumilionowej Republiki Macedonii, bo tak brzmi prawidłowa aktualna (choć pewnie nie ostatnia!) nazwa tego państwa, może dziwić. Mierzone parytetem siły nabywczej PKB na osobę wynosi tam poniżej 10 tys. dolarów na osobę, a kraj nie może liczyć na hojne dotacje z Brukseli, bo na razie puka do bram UE jako kandydat, z niepokojem patrzący na nieprzychylną tym staraniom, znacznie większą i bardziej wpływową Grecję.

W mojej ocenie sukces Macedonii nie jest przypadkowy. Najnowszą historią Bałkanów interesuję się od lat. Dzisiejsza Republika Macedonii to niegdyś Jugosławia. W tym nieistniejącym już prawie ćwierć wieku państwie, już w latach 70. i 80. XX w. medycyna stała na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce. Był sprzęt, którego wówczas w Polsce praktycznie nie znano, były niedostępne u nas leki i co najważniejsze – lekarze, którzy bez większych problemów mogli kształcić się w najlepszych ośrodkach na świecie. Jak widać, Macedończycy potrafili z tych tradycji czerpać. Czytając o tamtejszym systemie opieki zdrowotnej, miałem wrażenie, jakbym widział przed sobą racjonalny program naprawy naszej ochrony zdrowia. Program, którego u nas, póki co, nawet nie napisano.

P.S. Serdecznie dziękuję za cenne informacje na temat systemu ochrony zdrowia w Macedonii pani doktor Emilii Kotewskiej-Avramevej, Macedoniec z pochodzenia, prezes Towarzystwa Polsko-Macedońskiego. ■

Polska służba zdrowia w ogonie Europy

Lucyna
Krysiak

W rankingu przeprowadzonym corocznie przez Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) Polska zajęła dalekie 31. miejsce na 36 możliwych. Oznacza to, że nasz system leczenia jest jednym z najgorzej funkcjonujących w Europie.

Wyniki rankingu potwierdza życie. Kilka lat czeka się na zabiegi wszczepienia endoprotez stawów: biodrowych i kolanowych czy na operację zaćmy. Ostatnio obiegała kraj informacja o Polakach, którzy wyjeżdżają do Czech, gdzie tego rodzaju zabiegi przeprowadza się od ręki, a NFZ bez słowa je refunduje.

Wynik ten jest gorszy od ubiegłorocznego, co budzi niepokój i skłania do zadawania pytań o przyszłość polskiej opieki zdrowotnej. W rankingu Polska wyprzedziła tylko Litwę, Serbię, Czarnogórę, Rumunię oraz Bośnię i Hercegowinę, a więc państwa ekonomicznie słabsze. Przed Polską znalazły się Bułgaria i Chorwacja, które także nie są gospodarczymi tuzami. Szef badań dr Arne Bjornberg był zdziwiony, że w kraju, gdzie gospodarka jest w dobrej kondycji, opieka zdrowotna znalazła się na odległej 31. pozycji i uzyskała tylko 511 punktów na 1000 możliwych. Kraje sąsiednie zdobyły ich więcej – Estonia (677), Łotwa (593), Czechy (714). Więcej punktów uzyskały nie tylko państwa mniej zamożne, ale też te, które wstąpiły do Unii Europejskiej później niż Polska: Bułgaria (547) i Chorwacja (640), a także te, które do Unii nie należą – Albania (545) i Macedonia (700). Najwięcej punktów zdobyły: Holandia (898), Szwajcaria (855), Norwegia (851). Powyżej 800 punktów uzyskały także: Finlandia (846), Dania (836), Belgia (820), Islandia (818), Luksemburg (814) i Niemcy (812). Co istotne, w większości krajów odnotowano wzrost liczby punktów w stosunku do lat ubiegłych, co oznacza, że tam opieka zdrowotna ma się coraz lepiej. Wyniki rankingu za 2014 r. ogłoszono w Brukseli, w obecności komisarza UE do spraw zdrowia Vytenisa Andriukaitisa i mówi się o nich w całej Europie.

Równia pochyła

Złe wyniki Polaków w rankingu EHCI potwierdzają rodzime badania Fundacji Watch Health Care. Według danych fundacji czas oczekiwania na leczenie w ramach NFZ jest w Polsce coraz dłuższy. Na przełomie czerwca i lipca 2013 r. wyniósł średnio 3 miesiące (a więc wydłużył się o 2 tygodnie). Największym ograniczeniem dostępu do świadczeń w dalszym ciągu są kolejki na wizytę do lekarza specjalisty (np. na wizytę do angiologa i endokrynologa czeka się średnio ponad 8 miesięcy). W angiologii kolejka wydłużyła się o ponad 3,5 miesiąca w stosunku do lat poprzednich, w endokrynologii o 1,2 miesiąca. Wypowiadając się dla „Newsweeka”, prezes fundacji WHC Krzysztof Łanda zaznaczył, że problemem nie są pieniądze, tylko sposób, w jaki są wydawane, o czym świad-

czy fakt, że stan opieki medycznej jest u nas zdecydowanie gorszy niż w krajach o porównywalnym PKB na głowę mieszkańca. Ranking (EHCI) oceniał m.in. czas oczekiwania na świadczenia medyczne, dostępność do leczenia onkologicznego oraz przeżywalność po leczeniu, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne i dostępność do nowych leków. Ujawnił, że w Polsce zbyt długo czeka się na leczenie raka, problemem są zakażenia szpitalne, zbyt często nie przestrzega się praw pacjentów oraz nieskutecznie prowadzi działania na rzecz profilaktyki. Wyniki rankingu potwierdza życie. Kilka lat czeka się na zabiegi wszczepienia endoprotez stawów: biodrowych i kolanowych czy na operację zaćmy. Ostatnio obiegała kraj informacja o Polakach, którzy wyjeżdżają do Czech, gdzie tego rodzaju zabiegi przeprowadza się od ręki, a NFZ bez słowa je refunduje. Co takiego mają nasi południowi sąsiedzi, że lepiej niż Polacy radzą sobie z problemem leczenia raka, kolejkami do specjalistów i na operacje? Czy mają więcej pieniędzy, czy może lepiej nimi zarządzają? Zytę Kaźmierczak-Zagórską, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, oburza finansowanie przez NFZ w ramach opieki transgranicznej zabiegów wszczepienia soczewek w zaćmie na terenie Czech. – W Polsce jest wiele placówek wyspecjalizowanych w tego rodzaju zabiegach, które za te same pieniądze wykonałyby je równie dobrze, ale NFZ nie chce podpisać z nimi kontraktu. To przykład destrukcyjnej polityki prowadzonej przez tę instytucję – podkreśla Zyta Kaźmierczak-Zagórska. Dodaje, że na słabą wydolność systemu wpływa także brak odpowiedniego wykorzystania opieki podstawowej, w której tkwi ogromny potencjał. Uważa, że należy go rozwijać, wyposażać w instrumenty do realizowania zadań, które obecnie gdzieś się rozmywają. Jest także problem szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz doskonalenia zawodowego po specjalizacji. Jest ono oparte na indywidualnych dążeniach poszczególnych lekarzy, a nie rozwiązaniach instytucjonalnych. W dużym stopniu przykłada się do tego NFZ, który poprzez kontrakty w pewnym sensie kształtuje model szkolenia. – Kontrakt limitujący przyjęcia, liczbę zabiegów działa antymotywacyjnie i blokuje rozwój lekarza – mówi prezes Kaźmierczak-Zagórska.

Bolesny temat – onkologia

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia to ranking opracowywany na podstawie ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań prowadzonych przez Health Consumer Powerhouse (HCP), a także danych statystycznych. To zapewnia badaniom obiektywizm, co docenia Komisja Europejska, która zamierza wprowadzić systematyczne oceny służby zdrowia w krajach członkowskich i chce wzorować się na rankingu EHCI. Ranga badania jest więc wysoka. Tym bardziej boli wytknięcie Polsce, że tak duży kraj, należący do UE, ma tak słabe wyniki. Szczególnie bolesny jest temat onkologii, gdyż jak wiadomo, świat nie szczędzi środków na walkę z rakiem, a Polska jest w ogonie Europy. Czy wprowadzenie od stycznia tego roku pakietów: kolejkowego i onkologicznego może to zmienić? Prof. Alicja Chybicka, kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, potwierdza, że z dostępnością do onkologa i wysoko wyspecjalizowanych ośrodków leczenia chorób nowotworowych jest w Polsce gorzej niż źle. – Choć przykro o tym mówić, gdyby Polak przykładowo urodził się we Francji lub w Belgii i zachorował na raka, miałby szanse na wyleczenie i długie życie, w naszym kraju spadają one kilkudziesięciokrotnie – ubolewa prof. A. Chybicka. Dodaje, że jeśli chodzi o chore dzieci, sytuacja jest o tyle lepsza, że bez pakietu kolejkowego i onkologicznego zawsze było dla nich tzw. zielone światło i udawało się w porę podejmować leczenie. Nie wierzy w nagłą poprawę sytuacji. Już po dwóch miesiącach od wprowadzenia pakietów widać, że jego założenia nie mogą być w pełni realizowane, ponieważ systemy komputerowe w podstawowej opiece zdrowotnej i w szpitalach nie są kompatybilne. Praktyka weryfikuje więc już na starcie szczytne założenia pakietów. Rozpoznanie wpisane w tzw. zieloną kartę miało pacjentowi ułatwić szybki dostęp do specjalistycznego leczenia, ale brak kompatybilności systemów to uniemożliwia. Być może pakiet zadziała, ale na to trzeba czasu, dodatkowych narzędzi i weryfikacji błędnych założeń.

Odbudować profilaktykę

Jako silny punkt polskiej służby zdrowia w rankingu EHCI wymieniono kardiologię interwencyjną, która jest zorganizowana zgodnie z najwyższymi standardami europejskimi, co przekłada się na spadek liczby zgonów z powodu zawałów serca. Polacy żyją więc coraz dłużej, ale i tak o 4 lata krócej niż inni mieszkańcy Europy. Czynnikiem, które o tym decydują, jest wiele, ale największy wpływ ma styl życia – aktywność fizyczna, sposób odżywiania, umiejętność radzenia sobie ze stresem i używki: nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne. Główną rolę do spełnienia ma więc profilaktyka, która w raporcie EHCI wypadła bardzo źle. Prof. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a także przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, który od 20 lat zajmuje się prewencją chorób serca ▶

Jako silny punkt polskiej służby zdrowia w rankingu EHCI wymieniono kardiologię interwencyjną, która jest zorganizowana zgodnie z najwyższymi standardami europejskimi, co przekłada się na spadek liczby zgonów z powodu zawałów serca. Polacy żyją więc coraz dłużej, ale i tak o 4 lata krócej niż inni mieszkańcy Europy.

Europejski
Konsumencki
Indeks Zdrowia
to ranking
opracowywany na
podstawie ankiet
wypełnianych
przez pacjentów
oraz niezależnych
badań
prowadzonych
przez Health
Consumer
Powerhouse (HCP),
a także danych
statystycznych.
To zapewnia
badaniom
obiektywizm, co
docenia Komisja
Europejska,
która zamierza
wprowadzić
systematyczne
oceny służby
zdrowia w krajach
członkowskich
i chce wzorować
się na rankingu
EHCI.

i naczyń, jest zaniepokojony danymi rankingu, a jeszcze bardziej tym, że od 5 lat sytuacja w profilaktyce się pogarsza. – Na programy profilaktyczne NFZ odpowiada coraz mniej obywateli, działania różnych instytucji zajmujących się profilaktyką są nieskoordynowane i często mają charakter akcyjny. Nie ma też skutecznych działań edukacyjnych – wylicza profesor. Uważa, że to konsekwencja braku ustawy o zdrowiu publicznym. Ustawa określiłaby zadania, wyznaczyłaby instytucje odpowiedzialne za ich realizację, ustaliła konkretny budżet na promocję i profilaktykę. Obecnie nakłady na profilaktykę i prewencję zdrowia są w Polsce rekordowo niskie, niższe od zalecanych przez WHO nawet 100-krotnie. Profesor Zdrojewski zwraca także uwagę na koszty,

jakie ponosi leczenie i społeczeństwo z powodu braku wydolnej i skoordynowanej profilaktyki. Uważa, że wprawdzie należy się cieszyć ze wzorowo zorganizowanej kardiologii interwencyjnej, w której nie ma nierówności w zdrowiu, jednak jest to leczenie skutków, a nie przyczyn, a te tkwią w złym stylu życia, co przekłada się na brak skuteczności działań profilaktycznych. Profesor zwraca uwagę, że w Polsce występowanie zawałów serca jest o 40 proc. wyższe niż w innych krajach UE, a więc problem jest bardziej złożony, niż postrzega się go przez pryzmat uratowanych pacjentów. – Jeśli nie rozwiążemy problemu prewencji, za kilka lat może się okazać, że system nie udźwignie finansowania kosztownego leczenia chorób serca i naczyń – ostrzega profesor

Komentarz

Konstantego Radziwiłła, członka Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich

– Na co dzień jesteśmy odbiorcami publikacji rankingowymi wszystko, co nas otacza. Także w ochronie zdrowia pojawiają się konkursy na najlepszego lekarza, menadżera zdrowia, placówkę medyczną, szpital itp. Spora część tych „wyścigów” oparta jest na nieostrych kryteriach, czasem bywa kryptoreklamą organizatorów i uczestników, a niekiedy po prostu zabawą. Szwedzcy założyciele Health Consumer Powerhouse, od ośmiu lat publikujący Europejski Konsumencki Wskaźnik Zdrowia (EHCI), podeszli do sprawy poważnie i z zacięciem ludzi naprawdę poświęcających się idei poprawy jakości opieki medycznej dla wszystkich Europejczyków. Publikując ostatni raport, dziwią się oni, dlaczego niektóre systemy ochrony zdrowia nie potrafią korzystać z doświadczeń tych, którym idzie to lepiej, podczas gdy inne umiemy w krótkim czasie odważnie doprowadzić do znaczącej poprawy, chociażby w takich dziedzinach jak prawa pacjenta, czy skrócenie kolejek. Obserwując zawstydzające (i pogarszające się od dwóch lat) miejsce Polski w rankingu, trzeba przyznać, że źle wypadamy w zasadzie we wszystkich sześciu obszarach oceny. Warto więc nie tylko zmartwić się słabą pozycją polskiego systemu ochrony zdrowia, ale uważnie przyglądając się przyczynom tego stanu, identyfikować problemy i spoglądać na to, jak poradzili sobie z nimi najlepsi.

Wśród spraw dotyczących praw pacjenta, zła ocena Polski wynika z niskiego stopnia realizacji dyrektywy o medycznej opiece transgranicznej (na co samorząd lekarski od dawna zwraca uwagę) i słabego rozwoju informatyzacji (e-recepta, internetowe umawianie wizyt itp.). W zakresie dostępu do opieki zdrowotnej, wypadamy fatalnie w długości kolejek do planowych zabiegów chirurgicznych, terapii onkologicznej, tomografii komputerowej, a nawet nie

więcej niż jednodniowego oczekiwania na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Także wśród kryteriów wyników leczenia, śmiertelność poudarowa, przeżycia w onkologii i wreszcie oczekiwana długość życia lokują nas w ogonie Europy. W zakresie rzeczywistej dostępności do świadczeń i leków, liczba operacji zaćmy, opieka długoterminowa i dializy blisko domu pacjenta oraz dostęp do nowoczesnych leków w onkologii i reumatologii nie są naszymi mocnymi stronami. Jako przysłowio- wy gwóźdź do trumny naszego miejsca na mapie zdrowotnej Europy można potraktować działania w zakresie zdrowia publicznego. EHCI bardzo krytycznie ocenił polskie starania na rzecz obniżania ciśnienia tętniczego w populacji, walki z paleniem tytoniu oraz o bezpieczeństwo na drogach.

Co zrobić z tak miazdzącą oceną naszego systemu ochrony zdrowia? Wydaje się, że niektóre kraje, będące poprzednio bardzo nisko w rankingu, potrafiły wyciągnąć wnioski (np. Łotwa i Czechy prawie podwoiły swoje wyniki w stosunku do roku 2006). Czy nas na to nie stać? Na pewno polski system wymaga lepszego finansowania. Ale przynajmniej część zmian wymaga po prostu zmian legislacyjno-organizacyjnych (do takich należy np. zgodna z duchem dyrektywy implementacja przepisów o opiece transgranicznej, bardziej zdecydowana polityka względem tytoniu i alkoholu, bardziej konsekwentne przepisy gwarantujące bezpieczeństwo na drogach, czy intensywniejsza informatyzacja ochrony zdrowia). Osobiście sądzę, że polską gospodarkę, która jako jedna z niewielu w Europie w znacznej mierze oparta się kryzysowi, stać na to, aby wesprzeć także system ochrony zdrowia, na który warto zacząć patrzeć nie tylko w kategoriach kosztów, ale także jako mądrą inwestycję.

Zdrojewski. Dodaje, że istnieją twarde dowody naukowe, że gdyby wprowadzić optymalne programy prewencyjne, można by o 80 proc. zmniejszyć liczbę zawałów serca i o 40 proc. obniżyć zachorowalność na choroby nowotworowe. Jest więc o co walczyć.

Zakażenia szpitalne

Zakażeń szpitalnych nie da się całkowicie wyeliminować. Ryzyko to jest wpisane w pobyt w szpitalu i nie zależy tylko od przestrzegania określonych standardów. Jest ono związane w dużej mierze z powszechnym stosowaniem antybiotykoterapii i problemem oporności drobnoustrojów na te leki, a także z wydolnością systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Ranking EHCI wymienił zakażenia szpitalne jako jeden z obszarów słabej wydolności ochrony zdrowia w Polsce. Prof. Małgorzata Mulanda, prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, nie jest zdziwiona dalekim 31. miejscem w rankingu, jednak nie zgadza się z łączeniem tego miejsca ze skutecznością zwalczania zakażeń szpitalnych. Wyjaśnia, że na ten proces składają się trzy elementy: profilaktyka, rozpoznanie i leczenie. – Wskaźniki zapadalności dotyczące zakażeń szpitalnych za rok 2012-2013 wynoszą u nas 5,9-6,4, a więc nie odbiegają od innych krajów Unii Europejskiej. Nie rozumiem

więc, na jakiej podstawie elementy te badający wrzucili do jednego worka – mówi prof. Mulanda. Tłumaczy, że profilaktyka zakażeń szpitalnych zależy od wykształconego personelu, a pielęgniarki epidemiologiczne są coraz lepiej wyedukowane i ich nie brakuje. Brakuje natomiast lekarzy przewodniczących zespołom, ponieważ jest to deficytowa specjalność (nie ma chętnych do objęcia tej funkcji), ale i tak rozpoznanie zakażeń mieści się w określonych standardach. Gorzej wygląda sytuacja w laboratoriach mikrobiologicznych, które ze względów ekonomicznych są wyprowadzane poza szpitale. – Jeśli elementy nie są spójne, ponieważ ekonomia prowadzona przez placówki opieki zdrowotnej nie sprzyja tej spójności, to jak ma wzorowo działać zwalczanie zakażeń szpitalnych? – pyta prof. M. Mulanda. Prezes PTZS zaznacza także, że zakażenia szpitalne sporadycznie są wywołane zaniedbaniami higienicznymi. Częściej winę ponosi fatalnie działający system ochrony zdrowia. Pacjenci są przyjmowani do szpitali z dużym opóźnieniem (również chorzy onkologicznie), często są operowani w ostatniej chwili, w stanach zagrożenia życia, a to czynniki ryzyka wystąpienia powikłań w postaci zakażenia. Jednym z niechlubnych przykładów, który ma wpływ na szerzenie się zakażeń szpitalnych, jest brak izolatek w szpitalach. ■

Ranking EHCI
wymienił zakażenia
szpitalne jako
jeden z obszarów
słabej wydolności
ochrony zdrowia
w Polsce.

Nasi w Europie



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Zapewne do
większości krajów,
w tym i bogatych,
doskonale pasuje
powiedzenie,
które na jednej
z konferencji
europejskich
organizacji
lekarskich
przytoczyła pani
profesor Grant
z Wielkiej Brytanii:
medycyna to
wspaniały zawód,
ale podła praca.

Dbajmy o naszych lekarzy

Takie stwierdzenie w Polsce wydawałoby się bezapelacyjnie słuszne. Wiadomo, lekko nie jest, sporo lekarzy wyjeżdża, bardzo nieliczni chcą do Polski przyjechać, jest nas coraz bardziej za mało. O warunkach pracy dużo dobrego powiedzieć się nie da. Stres, pośpiech, biurokracja, coraz dziwniejsze zarządzenia utrudniające wykonywanie zawodu zgodnie z wiedzą i zasadami, stałe przekraczanie czasu pracy. Mimo to chętnych na podjęcie studiów medycznych mamy dużo – w 2014 r. było ich 15-30 na jedno miejsce.

W styczniu mówiłem o działaniach podejmowanych przez europejskich lekarzy specjalistów w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego na konferencji dziekanów uniwersytetów medycznych, dyrektorów medycznych dużych szpitali i przedstawicieli instytucji nadzorujących kształcenie podyplomowe w Szwajcarii. O tych działaniach już wiele razy pisałem na łamach „Gazety Lekarskiej”, więc teraz chcę napisać o tym, co mówili nasi szwajcarscy koledzy. Otóż oni też twierdzą, że muszą jak najszybciej zacząć dbać o swoich lekarzy.

Dla wielu lekarzy z Polski i z innych krajów o podobnym statusie praca w Szwajcarii zapewne byłaby bardzo satysfakcjonująca. Ale wszystko jest względne. W Szwajcarii 40% lekarzy specjalistów to osoby, które uzyskały dyplomy za granicą. To tyle samo co w Wielkiej Brytanii (41%). Proponuje się, podobnie jak w Polsce, aby zacząć płacić szkolącym szpitalom i opiekunom specjalizacji. Niektóre kantony szukają własnych rozwiązań ułatwiających szkolenie. Na przykład szpital kliniczny w Genewie zorganizował programy specjalizacyjne, w których uczestniczą duże i małe szpitale oraz indywidualne praktyki. Jednak apele do etycznych obowiązków nie są skuteczne wobec coraz większego nacisku na wykonywanie jak największej liczby procedur z powodu trudności ekonomicznych.

Poprawa warunków szkolenia może trochę pomóc, ale warunki pracy to kolejna i dużo trudniejsza sprawa. Zapewne do większości krajów, w tym i bogatych, doskonale pasuje powiedzenie, które na jednej z konferencji europejskich organizacji lekarskich przytoczyła pani profesor Grant z Wielkiej Brytanii: medycyna to wspaniały zawód, ale podła praca. To było o przyczynach niewielkiego wśród Brytyjczyków zainteresowania byciem lekarzem w Wielkiej Brytanii. To samo dotyczy Szwajcarii, Polski i wielu innych krajów, choć pewnie wszędzie w trochę inny sposób. Kolega z uniwersytetu w Monachium mówił, że Niemcy podjęli już liczne działania i udało się zahamować migrację lekarzy do krajów, w których lepiej się zarabia albo lepiej się żyje. Jeżeli jednak znacznie bogatsze kraje mają taki problem, to w Polsce problem jest bardzo duży.

Mówmy więc i powtarzajmy wszystkim naokoło, żeby dbali o naszych lekarzy i o innych pracowników medycznych i że dbałość nie polega na biurokratycznym nadzorze i pohukiwaniu, lecz na zapewnianiu dobrych warunków pracy. Że warunki pracy to nie tylko płace. W odróżnieniu od Szwajcarii i Wielkiej Brytanii do nas prawie nikt nie przyjeżdża, więc jeżeli ktoś naprawdę chce zmniejszyć kolejki i poprawić dostęp do diagnostyki i leczenia, musi zadbać o pracowników. ■



FOTO: Marta Jakubiak

Spółeczeństwo się zmienia, urzędniccy nie nadążają

Z **prof. dr. hab. Andrzejem Rychardem**, dyrektorem Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, rozmawia **Mariusz Tomczak**.

Panie profesorze, jaki jest wizerunek lekarzy wśród Polaków?

Wciąż dobry, aczkolwiek nieco maleje. W rankingach zaufania lekarze nadal są wysoko ze względu na to, że zajmują się zdrowiem – bardzo ważnym elementem życia człowieka, które jest niezwykle istotne w naszym systemie wartości. Jeśli spojrzymy na badania prestiżu zawodów Centrum Badania Opinii Społecznej, to u lekarzy średnia spadła z 86 punktów w 1975 r. do 72 punktów w 2013 r. Po pierwsze, wynika to

z faktu, że żyjemy w czasach krytycyzmu wobec wielu ustabilizowanych autorytetów. Po drugie, wzrosły kompetencje społeczeństwa wynikające chociażby ze wzrostu poziomu wykształcenia. Praca lekarza nie jest już owiana taką tajemnicą jak kiedyś. Coraz więcej ludzi czuje się kompetentnych do dyskusowania z lekarzami. Jako społeczeństwo jesteśmy znacznie bardziej świadomi swoich oczekiwań wobec lekarzy oraz znamy swoje prawa i procedury medyczne, do których powinni się stosować.

Na nieco malejący prestiż lekarzy wpływa również sytuacja panująca w całym systemie ochrony zdrowia. Nie jest tak, że sami lekarze są odpowiedzialni za system, ale wszelkie niedostatki uderzają właśnie w nich, wpływając na odbiór społeczny całego środowiska lekarskiego. Jeśli spojrzymy na to, co wydarzyło się w Polsce na przestrzeni ostatnich 25 lat, wszędzie zobaczymy ogromny postęp, ale po wejściu do przychodni widać go dużo mniej. Służba zdrowia, jako system, jest znacznie gorzej rozwinięta niż pracujący w niej lekarze, a na dodatek niezwykle mocno zróżnicowana. Są wyspy innowacyjności, takie jak np. kardiologia, ale widać dużo niedoskonałości rykoszetem uderzających w lekarzy.

Dlaczego społeczeństwo krytykuje ich pracę? Internetowe komentarze o lekarzach nie zawsze są przychylne.

One wynikają z paru powodów. Pryska mit lekarza jako osoby, której zdania nie można zakwestionować i to nie tylko dlatego, że coraz bardziej kwestionujemy wszelkie poglądy. Mimo że dzięki dostępowi do alternatywnych forów dyskusyjnych nie można oczywiście podważyć diagnozy czy słuszności procedur medycznych, to pacjenci czują się coraz bardziej pewni swego zdania. Z jednej strony, jak wspomniałem, wzrasta jakość odbiorcy usług medycznych, bo pacjent niewątpliwie staje się stroną bardziej kompetentną, a z drugiej ten kompetentny pacjent styka się z nieprawdopodobnie kiepsko działającym systemem ochrony zdrowia, który – szczególnie na tle innych systemów życia zbiorowego w Polsce, przede wszystkim gospodarczego – razi swoją archaicznością i niską efektywnością. Kto wtedy obrywa? Człowiek pierwszego kontaktu, czyli lekarz. Pacjent nie widzi przecież w gabinecie naprzeciwko siebie ministra, dyrektorów departamentów z ministerstwa czy tych, którzy wymyślili Narodowy Fundusz Zdrowia i reguły jego działania, lecz lekarza, do którego nie może dostać się przez pół roku. Krótko mówiąc, lekarz dostaje za system.

Na dodatek w tym niezreformowanym systemie lekarze często potrafili się dobrze odnaleźć. Nierzadko pracują w więcej niż jednym miejscu i niektórzy wynegocjowali bardzo dobre kontrakty, przez co żyją na wyższym poziomie niż inni. Słyszymy z mediów, że ktoś dostaje co miesiąc 30 tys. zł, a ktoś inny zarabia nawet 50 tys. zł miesięcznie, ale ludzie mają słabe rozeznanie, jakie są rzeczywiste zarobki tej grupy zawodowej, jak naprawdę wygląda średnia zarobków, ile zarabia lekarz zaraz po studiach ani ile pieniędzy dostaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujący nas w przychodni. Łatwo wtedy opinią publiczną manipulować.

Na początku stycznia był ostry konflikt części lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z Ministerstwem Zdrowia, a cztery tygodnie później resort opublikował raport dotyczący zarobków lekarzy. Czy to przypadek?

Byłoby kompletną naiwnością sądzić, że jedno z drugim nie jest związane. Ministerstwo zapewne chciało pokazać, że lekarze nie są w aż tak złej sytuacji finansowej. Istotnie, sytuacja tej grupy poprawiła się, choć nie wiem, jak się to rozkłada w przypadku różnych specjalności i w zależności od miejsca wykonywania zawodu. Podejrzewam, że zarobki są bardzo silnie zróżnicowane, co nie zawsze zależy od talentu czy posiadanych wysokich umiejętności, a często od czynników, na które przeciętny lekarz nie ma żadnego wpływu, np. umiejscowienia w danym segmencie systemu ochrony zdrowotnej. To może ludzi frustrować. Używanie argumentów płacowych przez środowiska urzędnicze ma jednak krótkie nogi. Może się skończyć tym, że wielu lekarzy nie zechce wiązać swojej przyszłości z Polską, co zresztą już się dzieje. Emigracja, pomimo że dostępność lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest dosyć niska w porównaniu ze standardami panującymi w innych krajach Unii Europejskiej. Warto podkreślić, że wyjeżdżanie lekarzy za granicę nie rozwiązuje problemów...

... a wręcz może je nasilić. Liczby mówią same za siebie.

Zgadza się. W Polsce istnieje pewne napięcie między pacjentami, środowiskiem biurokracji i administracji oraz lekarzami, wzmacniane m.in. przez walkę z kryzysem ekonomicznym, który leży u podstaw polskiej transformacji ustrojowej. Wówczas mieliśmy dramatyczną sytuację gospodarczą, którą przezwyciężyliśmy, a im bardziej kraj ma się lepiej, tym ludzie coraz bardziej zwracają uwagę na niewystarczające zaspokojenie potrzeb innych niż ściśle materialne. To naturalny proces, bo Polska przechodzi z fazy rozwoju przemysłowego do fazy rozwoju poprzemysłowego, w której dla społeczeństwa coraz większe znaczenie nabiera zaspokajanie potrzeb takich jak: zdrowie, edukacja, kultura czy dostęp do informacji i innych uprawnień obywatelskich. Te dziedziny będą osią coraz większej ilości frustracji i konfliktów, czego jednym z przejawów są mocniejsze niż kiedyś oczekiwania tak pacjentów, jak i lekarzy. Środowisko lekarskie wie, że reprezentuje coraz ważniejszą sferę życia, a tymczasem władza w największym stopniu wciąż koncentruje się na systemie przemysłowym. Mówiąc obrazowo: górnicy są nadal ważniejsi od nauczycieli, a stocznioowcy od lekarzy, choć o tych ostatnich jest coraz głośniejsze. W niedalekiej przyszłości na sile przybierze również głos pacjentów, nauczycieli czy studentów, lecz na tę chwilę system administracyjny w naszym kraju nie jest do tego jeszcze przygotowany. Cały świat przesuwają się powoli w stronę społeczną, wzrasta waga pozamaterialnych elementów rozwoju. Skoro społeczeństwo się starzeje, usługi społeczne, w tym także służba zdrowia, muszą funkcjonować znacznie lepiej.

Od wielu lat samorząd lekarski mocno krytykuje ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza. Jak pan ocenia język debaty publicznej w tym sporze?

Lekarz wykonuje zawód szczególnie, który musi kierować się wartościami o charakterze moralnym. To nie to samo, czym byłby np. protest piekarzy, tym niemniej coś innego może zamknąć lekarz niż przychodnię? W jaki inny sposób może wyrazić swój sprzeciw w dramatycznej sytuacji?

Język tej debaty pozostawia wiele do życzenia, podobnie jak w przypadku innych sporów toczonych w naszym kraju. W narracji stosowane są rozmaite mitologie i mity dla zyskania poparcia społecznego. Władze, w tym także obecny minister zdrowia, lubią zarzucać lekarzom, że mają w nosie interes pacjenta i dbają głównie o swój korporacyjny interes. Lekarze odpowiadają, że jest wręcz przeciwnie, bo to właśnie im zależy na pacjentach. Mamy do czynienia z nadmiernym natężeniem emocji, a wszystko jest oblane sosem nieco populistycznych połajanek. Ludzie to widzą... W moim przekonaniu nie da się rozwiązać problemu w ochronie zdrowia bez współuczestniczenia finansowego ze strony pacjentów. Żaden rząd nie podjął tego tematu, każdy premier się tego obawia z tego samego powodu, dla którego nadal nie kupiono normalnego samolotu na potrzeby najważniejszych władz w państwie. Każdy rząd wyzwała populistyczne lęki i strachy, często sam ich używa w rozprawach z różnymi grupami społecznymi, ale to powraca rykoszetem, powodując niemożność podjęcia decyzji m.in. w zakresie współpłacenia obywateli nie tylko za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej, ale również za państwową edukację na wyższych poziomach. To polityka na bardzo krótką metę, choć – jak widać – trwa już długie lata.

Wróćmy ma moment do wydarzeń sprzed kilku tygodni. Czy lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej wolno było nie otworzyć swoich gabinetów? Gdzie jest granica, której nie można przekraczać?

Lekarz wykonuje zawód szczególny, który musi kierować się wartościami o charakterze moralnym. To nie to samo, czym byłby np. protest piekarzy, tym niemniej coś innego może zamknąć lekarz niż przychodnię? W jaki inny sposób może wyrazić swój sprzeciw w dramatycznej sytuacji? W moim przekonaniu całkowite dezawuowanie tej formy protestu nie jest możliwe, choć powinien być on ostatecznością. W Polsce co jakiś czas będzie to coraz powszechniej używany element nacisku, ponieważ ostatni protest lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego okazał się chyba w jakiś sposób skuteczny. Co prawda dziś każda strona uważa, że wtedy wygrała, ale sprowadzanie tego do meczu jest nieporozumieniem. Myślę, że osoby skupione w tej organizacji zdają sobie sprawę z braku szerokiego repertuaru zachowań protestacyjnych. Żeby do takich akcji nie dochodziło, decydenci muszą zacząć bardzo poważnie podchodzić do zagadnienia reformy systemu ochrony zdrowia. Trzeba również dopuścić myślenie, że w Polsce na czele Ministerstwa Zdrowia wcale nie muszą stać lekarze, bo resort nie jest od leczenia, ale od organizowania leczenia. Są na świecie, także w naszym kraju, specjaliści potrafiący zarządzać systemem zdrowia publicznego, niekoniecznie mający za sobą studia z zakresu medycyny. Kto wie, czy to nie byłoby lepsze zarówno dla lekarzy, jak i dla systemu opieki zdrowia.

Proszę jeszcze zwrócić uwagę na logikę myślenia ministra: najpierw do systemu wprowadzano mechanizmy

wymuszające na lekarzach sposób zachowywania się podobny do biznesmenów – musieli zacząć dokładnie liczyć wszystkie koszty oraz sprawdzać, co im się opłaca, a co nie – po czym z dużym zaskoczeniem przyjęło do wiadomości fakt, że ci ludzie rzeczywiście kalkulują tak jak przedsiębiorcy. Wtedy, huzia na Józia, podniósł się głos, że tego im robić nie wolno. Albo trzeba było wprowadzać inny system, albo – skoro z lekarzy zrobiło się przedsiębiorców – nie można dziwić się, że zaczęli stosować logikę działalności ekonomicznej czasami stojącą w konflikcie z istotą działalności medycznej. Żeby przewidzieć rozwój tej sytuacji, nie trzeba mieć wykształcenia medycznego – wystarczyło zdawać sobie sprawę z funkcjonowania złożonych organizmów, jakimi są organizacje formalne, i jaką one kierują się logiką. Naszej biurokracji zabrakło wyobraźni instytucjonalnej.

Wiele emocji wywołało wejście w życie pakietu onkologicznego. Lekarz stwierdzi, że to naturalne, skoro – patrząc na statystyki zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów – obowiązujące od początku roku zmiany dotyczą tysięcy pacjentów oraz ich rodzin i ich bliskich. A co na ten temat powie socjolog?

Zastrzegam, że nie jestem specjalistą, ale pamiętam słowa jednego z profesorów medycyny, który powiedział, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie są dostatecznie przygotowani do wykonywania diagnostyki leżącej u podłoża pakietu onkologicznego. Obawiam się, że chociaż zamiar był szczytny i słuszny, w praktyce może polec. Aby zmiany w pełni się udały, trzeba m.in. zmienić sposób kształcenia i to już na etapie studiów medycznych, żeby lekarz w przychodni mógł skuteczniej rozpoznawać pierwsze niepokojące objawy. Czy w tej chwili tak się dzieje? Właśnie doświadczenia podpowiadają mi, że nie.

Czy to dobrze, że w Polsce istnieje wiele organizacji reprezentujących lekarzy i pacjentów? Czy z punktu widzenia tak jednych, jak i drugich, nie byłoby lepiej, gdyby było ich mniej, ale miały donośniejszy głos?

Tego nie można zabraniać. Czasy, kiedy miał istnieć jeden związek zawodowy piekarzy, a władza określała, kto ma prawo reprezentować lekarzy, dawno odeszły w zapomnienie. To prowadziło zresztą do większych wynaturzeń niż sytuacja, w której tych organizacji czasami może faktycznie jest zbyt dużo. Wolę problemy wynikające z ich nadmiernej liczby niż z ewentualnego monopolu którejkolwiek z nich. W służbie zdrowia trzeba myśleć o bardziej spluralizowanych rozwiązaniach we wszystkich możliwych wymiarach, łącznie z jej finansowaniem, bo – jak już wcześniej mówiłem – ono nie musi w całości spoczywać wyłącznie na państwie. Jednak gdy system staje się bardziej pluralistyczny, należy wprowadzić inny model zarządzania, polegający na decentralizacji. Bo czy dobrym pomysłem było utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia w miejsce kas chorych? ■

Władze, w tym także obecny minister zdrowia, lubią zarzucać lekarzom, że mają w nosie interes pacjenta i dbają głównie o swój korporacyjny interes. Lekarze odpowiadają, że jest wręcz przeciwnie, bo to właśnie im zależy na pacjentach. Mamy do czynienia z nadmiernym natężeniem emocji, a wszystko jest oblane sosem nieco populistycznych połajanek.

Wobec agresji konieczne jest wsparcie

Ze **Zbigniewem Brzezinem**, Rzecznikiem Praw Lekarza w Naczelnej Izbie Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Kiedy decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej powołano w NIL Rzecznika Praw Lekarza, środowisko wierzyło, że znajdzie wsparcie w wielu trudnych sprawach. Czy oczekiwania te zostały spełnione?

Instytucja Rzecznika Praw Lekarza istnieje dopiero 5 lat, a więc drugą kadencję. To nowa rola zarówno dla mojego poprzednika, jak i dla mnie. Wcześniej nie było w samorządzie wzorców, z których moglibyśmy czerpać. Nowej roli musieliśmy się więc uczyć. Na początku polegała ona na reagowaniu na zdarzenia, które spotykają lekarzy, na pokierowaniu do odpowiednich organów prawnych, które profesjonalnie zajmą się ich sprawami. Chodziło o to, aby w potrzebie lekarz znalazł w rzeczniku oparcie w postaci pośrednika, który będzie wiedział, jak mu pomóc w zależności o tego, czy jego sprawa kwalifikuje się do odpowiedzialności karnej, zawodowej czy cywilnej. Z czasem stało się jasne, że pomoc prawna to jedno, a druga to uświadamianie lekarzom, że wykonując zawód zaufania publicznego, mają nie tylko określone obowiązki, ale i prawa. I tak doszliśmy do stworzenia Karty Praw Lekarza, która – jeśli lekarze będą sobie tego życzyć – tak jak Karta Praw Pacjenta, może zawisnąć na ścianie w każdej przychodni, szpitalu, w zakładzie diagnostyki. Jesteśmy na

etapie końcowym tworzenia tego dokumentu, który jest zbiorem praw przysługujących lekarzowi, ale rozproszonych w różnych ustawach. Mówiąc więc o oczekiwaniach i ich spełnianiu, myślę, że na początku działania instytucji Rzecznika Praw Lekarza NIL bardziej były nastawione na indywidualną pomoc prawną, a obecnie taką pomoc lekarze mogą już uzyskać w swoich izbach, zadania RPL rozszerzyły się więc o edukację o prawach, jakie mają lekarze i jak mogą je egzekwować.

Wydawało się, że wzorem NIL, Rzecznicy Praw Lekarza zostaną powołani w każdej izbie okręgowej, jednak tak się nie stało. Czym to należy tłumaczyć?

Tak naprawdę działają w każdej izbie, różnica polega na tym, że w jednych izbach rada wyznaczyła do pełnienia tej funkcji kogoś z lekarzy, w innych sama wzięła na siebie obowiązek kierowania sprawami lekarzy, podpierając się prawnikami i powierzając im pełnienie funkcji rzeczników. W prowadzeniu takich spraw trzeba mieć zarówno wiedzę medyczną, jak i prawną, więc niezależnie od tego, jakie rozwiązanie przyjęto, lekarz który potrzebuje pomocy, zawsze powinien ją otrzymać w swojej izbie. Jeśli sprawa wykracza poza lokalny charakter, pozostaje Biuro Rzecznika Praw Lekarza w NIL, do którego może się zwrócić. Funkcja Rzecznika Praw Lekarza nie jest zapisana w ustawie o izbach lekarskich, powoływanie tego rodzaju organów leży więc w gestii rad okręgowych i rady naczelnej. Ponieważ nie ma ograniczeń ustawowych, działalność rzeczników praw lekarza może być regulowana w zależności od potrzeb danej izby. W obecnej kadencji w zakres działania Rzecznika Praw Lekarza NIL włączono koordynowanie prac rzeczników praw lekarza czy też prawników pełniących taką rolę w poszczególnych izbach. Będziemy się regularnie spotykać, wymieniać doświadczenia, dzielić się spostrzeżeniami, pomysłami. To daje możliwość skonfrontowania problemów i spojrzenia na nie bardziej kompleksowo, ale i z dystansem. Pierwsze spotkania mamy za sobą, pierwsze wnioski także. Wyzwaniem jest problem agresji. Najwięcej spraw, które trafiają do okręgowych rzeczników dotyczy agresywnych zachowań pacjentów wobec lekarzy. Wielu lekarzy nie wie, jak dochodzić sprawiedliwości, często nie wierzą, że to jest możliwe. Będziemy do nich docierać

z informacją, że jesteśmy, działamy, wystarczy się do nas zwrócić.

Skąd tyle agresji?

Pacjenci odreagowują na lekarzach swoje frustracje związane z długim oczekiwaniem w kolejkach na badania i przyjęcie do szpitala. Coraz częściej dochodzi do dantejskich scen, ponieważ pacjent nie wie, jak działa system i kto ponosi odpowiedzialność za jego niedogodności. Wini więc lekarza, czasem dyrektora placówki, czasem NFZ, nigdy polityków, którzy przecież decydują zarówno o kształcie opieki zdrowotnej, jak i jej finansowaniu.

Z jakim rodzajem agresji lekarz spotyka się najczęściej?

Są to obelgi słowne, pisanie bezpodstawnych skarg do Rzecznika Praw Pacjenta i różnych innych instytucji, ale są też rękoczyny. Bywa, że dochodzi do obrażeń – złamanie ręki, nosa, wybicia zęba – których skutki leczy się miesiącami. Liczba takich zachowań wzrasta. Do tego dochodzą obelżywe wpisy na stronach internetowych. Ponieważ są anonimowe, trudno z nimi walczyć. Każda sprawa musi być rozpatrzona indywidualnie, by móc doradzić lekarzowi, jakie ma podjąć działania i nadać im odpowiedni bieg. Od ubiegłej kadencji przy NIL działa internetowy system monitorowania agresji w ochronie zdrowia MAWOZ, który pozwala nam ocenić skalę zjawiska, wyciągnąć wnioski, a lekarzom ułatwia za pośrednictwem zamieszczonej tam ankiety zgłoszenie swojej sprawy, jeśli chce – również anonimowo. Taka forma oszczędza czas i nie wymaga bezpośredniego kontaktu z rzecznikiem. Wielu lekarzy nie chce zgłosić się do rzecznika, bo to dla nich krępujące, wiąże się z upokorzeniem, pozostawia osad. Proszę mi wierzyć, wobec agresji lekarz nie przechodzi obojętnie. Rolą Rzecznika Praw Lekarza NIL jest stworzenie poczucia, że lekarz nie jest pozostawiony sam sobie.

Lekarze są także narażeni na ataki mediów, które w pogoni za sensacją często posuwają się za daleko....

Media potrafią lekarzy wychwalać pod niebiosa, np. przy okazji jakiejś spektakularnej operacji czy uratowania życia choremu w beznadziejnej sytuacji. Wystarczy jednak jakieś potknięcie, by nie zostawiły na nim suchej nitki. Nikt wtedy nie pyta, czy przypadkiem nie zawinił system, szpital, kontrakt z NFZ, tylko feruje się wyroki, dokonuje słownego linczu. Trudno temu przeciwdziałać, bo media mają sprzymierzeńca w pacjentach niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej, a lekarz zawsze jest na pierwszej linii. Na dodatek obowiązuje go tajemnica lekarska i broniąc się w mediach, nie może ujawnić dokumentacji medycznej, gdyż złamałby prawo. Wydawałoby się, że nauką może być wygrany przez lekarza proces, ale to bardziej satysfakcja niż kara, nawet jeśli sąd zasądzi przeprosiny, napisanie sprostowa-

wania lub wypłacenie odszkodowania. Wydawca ma to wliczone w koszty. Istnieje przeświadczenie, że z mediami jeszcze nikt nie wygrał, ale nie składamy broni. Uważamy, że wzorem niektórych państw europejskich można w Polsce stworzyć prawo pozwalające zasądzać takie kary, które rzeczywiście wydawca odczuje. W Wielkiej Brytanii były sprawy, w których odszkodowania były na tyle wysokie, że wydawcy groziła plajta. Lepsze prawo pozwoli chronić interesy ludzi niesłusznie pomówionych, oczernionych. Jednym z przykładów bezkarności była sprawa, która rozegrała się na jednej z izb przyjęć. Ojciec pacjenta, zresztą prawnik, zwymyślał lekarza od doktora Mengele, ale sprawę umorzono ze względu na małą szkodliwość społeczną czynu. Być może, gdyby pan mecenas musiał zapłacić karę za obrazę, byłby bardziej powściągliwy w słowach.

Słyszymy jednak o pijanych lekarzach, zachowujących się niezgodnie z normami etycznymi, którzy stanowią zagrożenie dla chorych, godzą też w wizerunek całego środowiska. Jak reagować?

W obecnej kadencji jednym z nowych zadań Rzecznika Praw Lekarza NIL jest koordynowanie prac pełnomocników ds. zdrowia lekarzy powołanych przy okręgowych izbach lekarskich. Lekarz, jak każdy człowiek, może mieć problemy zdrowotne – popaść w uzależnienia, depresję, których następstwem mogą być zachowania odbiegające od norm przyjętych dla wykonywania zawodu lekarza. Weszliśmy w kontakt ze specjalistami w tej dziedzinie i przygotowujemy algorytmy postępowania w tego rodzaju sytuacjach. Prawda jest jednak taka, że w Polsce jest za mało lekarzy, szczególnie specjalistów, są więc oni przeciążeni pracą, a system jest niedofinansowany. Sondaże pokazują, że w porównaniu z latami 90. ubiegłego wieku, zadowolenie z wykonywania zawodu lekarza spadło o połowę. Mimo że od tego czasu ich uposażenia znacznie wzrosły, nie przekłada się to na satysfakcję. Lekarze pracują pod presją, coraz bardziej są obarczani pracą administracyjną, czego skutkiem może być wypalenie zawodowe i sięganie po różnego rodzaju używki. Próba przetrwania na ich barki odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu jest ogromnym obciążeniem i rzutuje na spadek zaufania pacjentów do lekarzy. Badania wskazują, że im sprawniej funkcjonuje system, im większe są nakłady na opiekę zdrowotną, tym większe jest zaufanie do kadr medycznych. Jednak w kraju, gdzie lekarz POZ ma pod opieką dwukrotnie więcej chorych niż np. w Niemczech, nie może być zadowolony z jego usług. Chcemy, aby społeczeństwo było tego świadome i zamierzamy dotrzeć do pacjentów z tego rodzaju informacjami. Może w formie gazetek, jak to robi izba niemiecka? Edukowanie pacjentów, uświadamianie im prawdy o systemie, to droga do łagodzenia napięć na linii lekarz pacjent. To także sposób, by odbudować zaufanie pacjenta do lekarza. ■

Z czasem stało się jasne, że pomoc prawna to jedno, a druga to uświadamianie lekarzom, że wykonując zawód zaufania publicznego, mają nie tylko określone obowiązki, ale i prawa. I tak doszliśmy do stworzenia Karty Praw Lekarza, która – jeśli lekarze będą sobie tego życzyć – tak jak Karta Praw Pacjenta, może zawisnąć na ścianie w każdej przychodni, szpitalu, w zakładzie diagnostyki.



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

Uzależnieni lekarze w innych krajach

Tak jak w wielu dyscyplinach medycznych należymy do światowej czołówki, tak w kwestii troski o zdrowie naszych uzależnionych kolegów lekarzy i jednocześnie w ochronie pacjentów przed ich nieodpowiedzialnymi zachowaniami, nie mamy się zbytnio czym pochwalić.



O tym, że ten bardzo ważny temat jest w środowisku niedoceniany i że nie tylko ja odczuwam z tego powodu dyskomfort, świadczą listy kolegów lekarzy, które od paru miesięcy napływają zarówno do redakcji „Gazety Lekarskiej”, jak i do mnie. Wierzę, że nadszedł czas, kiedy dzięki naszym wspólnym wysiłkom, te sprawy zostaną w niedalekiej przyszłości uporządkowane.

Problem pomocy uzależnionym lekarzom oraz ochrony pacjentów przed ich zachowaniami ma na świecie dosyć długą historię. Jeszcze w XIX w. w Stanach Zjednoczonych ukazały się artykuły opisujące uzależnienia u lekarzy¹. Powstała w 1912 r. The Federation of State Medical Boards (FSMB), która zrzesza i reprezentuje organizacje medyczne, jeszcze w latach 50. wzywała do tworzenia specjalnych programów wspierających lekarzy.

Początek idei programów zdrowotnych dla lekarzy – PHP (Physician Health Program) dała publikacja „The Sick Physician”². W artykule tym, Amerykańskie Towarzystwo Medyczne zwróciło uwagę na fakt, że jest ono odpowiedzialne wobec społeczeństwa za zapewnienie pacjentom właściwej i fachowej opieki przez lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Stwierdzono też, że od czasu do czasu ta odpowiedzialność jest zagrożona poprzez zachowania lekarzy, wynikające z zaburzeń psychicznych i uzależnień od substancji psychoaktywnych.

W 1974 r. opublikowano Ustawę o niepełnosprawnych lekarzach (Disabled Doctors Act) zobowiązującą do raportowania przypadków niepełnosprawności.

W 1977 r. podczas jednej z konferencji organizowanych przez AMA oficjalnie uznano, że zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia są poważnym problemem w środowisku lekarzy.

Większość PHP powstała w latach 70., a programy terapeutyczne dla lekarzy w latach 80. W latach 90. opracowano schemat postępowania z lekarzami uzależnionymi, od chwili stwierdzenia uzależnienia aż do momentu powrotu do pracy po odbytym leczeniu.

Proces monitorowania i dokumentowania działań naprawczych trwa najczęściej 5 lat i należy do najważniejszych aspektów programu zdrowotnego dla lekarzy. Polega on m.in. na: raportowaniu przez lekarza przebiegu swojego leczenia, planowanym i losowym badaniu płynów ustrojowych, wyznaczeniu w miejscu pracy osoby wspierającej/monitorującej i okresowych spotkaniach osobistych z przedstawicielem PHP. Jak widać, problem ten traktowany jest przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne wyjątkowo konsekwentnie oraz niezwykle poważnie. Nic dziwnego, że skuteczność programu wynosi 70-75 proc. i nieporównywalnie przewyższa skuteczność innych programów terapii uzależnień.

O tym, jak to wygląda w Kanadzie, mówił w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” (marzec 2009), dr med. Zbigniew Wańkowicz. Pozwolę sobie zacytować fragmenty tego wywiadu „... niemal natychmiast po tym, jak ktoś z personelu czy pacjentów poczułby ode mnie choćby cień alkoholu, powiadomiłby o tym mojego szefa, a ten wezwałby mnie i odsunął od pacjentów. Równie szybko zostałoby też o tym

zdarzeniu poinformowane kanadyjskie zrzeszenie lekarzy, czyli Royal College of Physicians and Surgeons, a także odpowiednie organy w Ministerstwie Zdrowia. W praktyce oznacza to jedno: utratę ważnej licencji, która jest odpowiednikiem polskiego prawa wykonywania zawodu, i utratę zarobków... w kilka minut straciłbym wszystko. Tu nikt się nie bawi w perswazje, dobre rady w rodzaju weź się w garść czy czekanie, aż lekarz przestanie pijany przychodzić do pracy. Jeden telefon odcina od zawodu i pieniędzy”. Dalej czytamy „lekarz dostaje szansę: lecz się i stosuj do ustalonych reguł, a dostaniesz szansę powrotu. Cena jest ogromna i w zasadzie to propozycja nie do odrzucenia. O ile wybiera się medycynę, a nie alkohol... wracający z leczenia lekarz musi też raz w tygodniu dzwonić do wyznaczonego laboratorium, gdzie jest badany jego mocz”.

Procedury postępowania z uzależnionymi lekarzami istnieją także we wszystkich krajach tzw. starej Europy.

W Irlandii od 1985 r. istnieje „Program dla chorych lekarzy” (Sick Doctor Scheme), a przy Radzie Lekarskiej (Medical Council) specjalna Podkomisja, której zadaniem jest wspieranie lekarzy, którzy stali się „ofiarami nadużywania substancji psychoaktywnych”. Program ten dba jednocześnie o ograniczanie zagrożenia dla pacjentów ze strony lekarzy. Jeżeli irlandzki lekarz nadużywa alkoholu lub używa narkotyków, to w momencie stwierdzenia tego faktu zostaje oddany pod opiekę konsultanta – lekarza psychiatry, którego wskazuje Medical Council. Od tego czasu jest poddawany testom na obecność alkoholu, leków lub narkotyków (pobiera się mocz, krew, ślinę bądź próbkę włosów). Po ukończeniu podstawowego programu terapeutycznego lekarz jest objęty nadzorem Rady Lekarskiej.

W Wielkiej Brytanii problemem uzależnionych lekarzy zajmuje się Brytyjskie Towarzystwo Medyczne (British Medical Association) oraz Główna Rada Medyczna (General Medical Council), która prowadzi podobne do amerykańskich – Programy Zdrowotne dla Lekarzy (PHP) z długoterminowym okresem monitorowania postępów. Przedmiotem zainteresowania GMC są również wszelkie zachowania, które podważają zaufanie do zawodu lekarza, jak np. prowadzenie przez lekarza samochodu bez prawa jazdy czy bez ważnego ubezpieczenia.

W Niemczech np. Izba Lekarska w Hamburgu posiada swój autorski Program Interwencyjny. Po uzyskaniu informacji, że jakiś lekarz może mieć problem z uzależnieniem, zostaje zaproszony na rozmowę do izby. Celem rozmowy jest weryfikacja podejrzeń, a w przypadku ich potwierdzenia proponowana jest terapia. Po ukończeniu terapii, z osobą uzależnioną spisuje się umowę dotyczącą dalszego postępowania terapeutycznego. Umowa obejmuje m.in. zgodę na wyrywkowe kontrolowanie przestrzegania abstynencji oraz na okresowe spotkania z przedstawicielem izby. Czas uczestnictwa w programie zależy od postępów w terapii.

Z kolei, mój przyjaciel dr Marek Ketner, który od 30 lat mieszka i pracuje jako lekarz w Norwegii, powie-

dział mi, że jeżeli przełożony stwierdzi, że lekarz jest w pracy w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, to odbiera takiemu lekarzowi możliwość kontaktu z pacjentami i najczęściej zgłasza przypadek do lekarza wojewódzkiego, a ten z kolei, jeżeli uzna, że stan jest na tyle poważny, że zagraża bezpieczeństwu pacjentów, ma obowiązek zgłoszenia sprawy do Helse-tilsynet (izba kontroli zawodowej). Helse-tilsynet bada przypadek i może pozbawić lekarza prawa wykonywania zawodu. Przed powrotem do zawodu lekarz musi udokumentować odbyte leczenie, jest też systematycznie sprawdzany pod kątem utrzymywania abstynencji (badania kontrolne krwi, moczu itp.).

Znamienne jest, że we wszystkich programach pomocy kładzie się szczególny nacisk na wieloletnie monitorowanie lekarzy uczestniczących w programie terapeutycznym, a ci, którzy nie podejmują leczenia, są bezpardonowo pozbawiani prawa wykonywania zawodu.

Dla specjalistów zajmujących się leczeniem uzależnień sprawa monitorowania jest oczywista, bowiem głównym i najczęściej spotykanym powodem powrotu do picia lub brania przez osobę, która rozpoczęła proces leczenia, jest przerwanie przez nią tego procesu. Niezwykle ważne dla ostatecznego sukcesu terapii jest długoterminowe utrwalanie tych początkowych efektów terapii. Wieloletnie monitorowanie przebiegu procesu terapeutycznego i jednocześnie zagrożenie utratą prawa wykonywania zawodu w przypadku przerwania leczenia to czynniki motywujące do kontynuacji leczenia. Podczas wieloletniego uczestnictwa w procesie terapii rosną bowiem szanse na zrozumienie swojej choroby oraz na nauczenie się nowego sposobu funkcjonowania i tym samym na zatrzymanie swojej choroby. Uzależnienie to nie jest ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, po którego wycięciu pacjent prawie natychmiast powraca do zdrowia i do swoich obowiązków.

Pamiętajmy o tym, że lekarz również może być chory i potrzebować naszego wsparcia. Każdy z nas powinien przy tej okazji wiedzieć, że uzależnienia nazywane są chorobami zaprzeczeń, więc nic dziwnego, że lekarz, podobnie jak i jego pacjenci, bardzo długo nie zauważa swojej choroby (swojego uzależnienia od substancji psychoaktywnych). Dlatego powinniśmy zrobić wszystko, aby pomóc mu w zidentyfikowaniu swojej choroby i w podjęciu leczenia. Nie wykluczając, w stanach silnego zaprzeczania, konieczności zastosowania nawet bardzo radykalnych, ale na ogół skutecznych metod wpływu.

Nadszedł już chyba czas na to, aby również i u nas zostały wprowadzone procedury motywujące do podjęcia i kontynuacji leczenia oraz monitoring jego przebiegu, a uzależniony lekarz, żeby znalazł zrozumienie i mądre wsparcie ze strony swoich przełożonych oraz kolegów. ■

W praktyce oznacza to jedno: utratę ważnej licencji, która jest odpowiednikiem polskiego prawa wykonywania zawodu, i utratę zarobków... w kilka minut straciłbym wszystko. Tu nikt się nie bawi w perswazje, dobre rady w rodzaju „weź się w garść” czy czekanie, aż lekarz przestanie pijany przychodzić do pracy. Jeden telefon odcina od zawodu i pieniędzy”.

Szerzej na ten temat w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.



¹ Mattison, J. (1883). Opium addicts among medical men. Medical Record, 23:621-623; Crothers, T.D. (1899). Morphism among physicians. Medical Record, 55:784-786.

² The Sick Physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. JAMA 1973; 223: 684-687.

Poszanowanie autonomii i zasad etyki zawodu

Agnieszka Seweryniak

Uroczystości jubileuszu 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego, które odbywały się pod koniec ubiegłego roku, uświetniła obecność wielu znamienitych gości, w tym przedstawicieli światowych, europejskich oraz krajowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych. W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” opublikowaliśmy wywiad z dr Tin Chun Wong, prezes Światowej Federacji Dentystycznej (FDI). Dla środowiska lekarskiego szczególne znaczenie miał udział w tych obchodach prezesa Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA – World Medical Association) – dra Xaviera Deau, z którym wywiad publikujemy poniżej.

Podczas obchodów jubileuszu w swoim wystąpieniu dr Xavier Deau wyraził radość z możliwości uczestnictwa w tak doniosłym momencie historii polskiego samorządu lekarskiego. Podkreślił także, że jako prezes Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, skupiającego 111 krajowych organizacji lekarskich, będzie starał się promować przede wszystkim poszanowanie zasad etyki zawodowej. To one – w czasach naznaczonych kryzysem gospodarczym oraz tendencjami do racjonalizacji ekonomicznej świadczeń opieki zdrowotnej – winny być dla lekarzy bezwzględny punktem odniesienia.

Z drem Xavierem Deau, prezesem Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, rozmawia Agnieszka Seweryniak.



wowanie nadzoru nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza na terenie danego kraju. W praktyce samorząd zajmuje się uznawaniem kwalifikacji zawodowych lekarzy, prowadzi rejestr osób uprawnionych do wykonywania zawodu w danym państwie. Samorząd lekarski jest również organem dyscyplinarnym działającym w oparciu o przyjęte zasady etyki zawodowej. W sytuacji, gdy pacjent uzna, że dany lekarz postąpił wbrew określonym zasadom, może złożyć zażalenie do właściwego organu. Podsumowując, samorząd lekarski występuje zarówno w roli organu administracji publicznej określającej zasady wykonywania zawodu lekarza, jak również jest bezpośrednią instancją dla pacjenta oraz organów administracji państwowej.

Jakie są według pana największe wyzwania istotne z punktu widzenia zawodu lekarza?

W mojej ocenie, najistotniejszą kwestią jest zapewnienie, aby wykonywanie zawodu lekarza odpowiadało rzeczywistym i bieżącym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa. Z tego powodu niezbędne jest zagwarantowanie poszanowania podstawowych zasad etyki zawodowej, w tym przede wszystkim autonomii lekarzy wobec instytucji administracji państwowej i organów władzy, niezależności, która leży u podstaw dobrej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Drugą istotną kwestią, którą należy respektować, jest tajemnica lekarska, będąca sama

Panie prezesie, jak postrzega pan rolę samorządu zawodowego lekarzy i innych niezależnych organizacji reprezentujących zawody medyczne? Czy działalność tego rodzaju organizacji ma istotne znaczenie?

Działania podejmowane przez samorząd lekarski powinny zmierzać przede wszystkim do zapewnienia właściwej regulacji zawodu lekarza. Zadaniem samorządu jest również spra-

w sobie wartością absolutną i niezbędną do zbudowania zaufania pacjenta. Kolejnym bardzo ważnym zagadnieniem jest wyeliminowanie konfliktu interesów. To przyczyni się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjentów, dla których lekarz powinien być niezależnym gwarantem usług zdrowotnych.

Jakie są najważniejsze zadania dla Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w najbliższych latach?

Dzięki temu, że Światowe Stowarzyszenie Lekarzy zapewnia niezależność swoich członków, tj. krajowych organizacji lekarskich, te ostatnie mogą gwarantować na terenie własnych państw autonomię lekarzy oraz poszanowanie uniwersalności zasad etyki. Kształcenie lekarzy jest warunkiem niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa usług zdrowotnych, wysokich kwalifikacji zawodowych lekarzy, a także wysokich standardów wykonywanych świadczeń.

Krajowe organizacje lekarskie, w tym samorządy zawodowe należące do Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, jako pierwsze dostrzegają problemy związane z migracją lekarzy w skali europejskiej i światowej, dlatego potrzebna jest konstruktywna współ-

praca pomiędzy organizacjami członkowskimi Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego, a także pomiędzy Światowym Stowarzyszeniem Lekarzy a krajowymi organizacjami lekarskimi.

Jak pan ocenia polską medycynę na tle innych państw, a także wkład polskich lekarzy w działalność stowarzyszenia i medycynę europejską oraz światową?

W moim przekonaniu polski samorząd lekarzy i lekarzy dentyków jest organizacją niezależną. Zapewnia poszanowanie zasad etyki przy wykonywaniu zawodu lekarza, a także autonomię lekarzy. Jest też organizacją budzącą szacunek, z którą polskie instytucje administracji państwowej oraz organy władzy muszą się liczyć.

W ramach Światowego Stowarzyszenia Lekarzy oraz na poziomie europejskim tej organizacji cieszymy się z jakości naszych relacji oraz wkładu polskiego samorządu lekarskiego w prace tej organizacji. Również przewodnictwo w europejskich organizacjach lekarskich, obejmowane licznie przez przedstawicieli polskiego samorządu, jest dowodem pełnego zaangażowania w sprawy europejskie. ■

W mojej ocenie, najistotniejszą kwestią jest zapewnienie, aby wykonywanie zawodu lekarza odpowiadało rzeczywistym i bieżącym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa.



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

To zaczyna być nasza
cecha narodowa
– prowizorka
i bylejakość,
a powiedzenie
„byle do wiosny”
staje się aktualne
o każdej porze roku:
latem, wiosną, zimą
i jesienią. Sama
już nie wiem, czy
to aura na nas tak
wpływa, czy nasze
zachowania na nią.

Nie zgadzam się na bylejakość

*Często, aby stało się to, czego
pragniemy, trzeba przestać robić to,
co robimy.*

Ramón Gómez de la Serna

Mam takie wrażenie, że ostatnimi czasami w naszym kraju zaczęła dominować moda na bylejakość.

Zima jakaś w tym roku taka bylejaka, ciągle pada deszcz, jest szaro i chłapa. Śniegu jak na lekarstwo. Jest tylko gdzieś gdzieś, taki kiepsko refundowany, a w większości kraju po prostu bywa – nawet za pełną odpłatnością. Jedynie w górach było chociaż trochę białą, dzięki czemu nieliczni szczęśliwcy mogli korzystać z zimowego wypoczynku. Szusując na stokach, regenerowali siły do pracy. Na nizinach było szaro, buro i ponuro, a gdy czasami zaświeciło słońce, to bardzo szybko pozostawały po nim wspomnienia.

Jest też pospieszna bylejakość ustawodawcza. Mogłabym ją zrozumieć w wyjątkowych sytuacjach, lecz w naszym kraju to właściwie stan constans. Wszyscy chcemy zmian na lepsze, ale cały czas robimy to samo. Może najwyższy czas przestać udawać, że wszystko się wie, a do stanowienia prawa zatrudnić fachowców, którzy potrafią słuchać tych, dla których to prawo mają stanowić. To zaczyna być nasza cecha narodowa – prowizorka i bylejakość, a powiedzenie „byle do wiosny” staje się aktualne o każdej porze roku: latem, wiosną, zimą i jesienią. Sama już nie wiem, czy to aura na nas tak wpływa, czy nasze zachowania na nią.

Ale my, lekarze, nie możemy sobie pozwolić na bylejakość. Musimy leczyć naszych pacjentów zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną i starać się postępować tak, by jak najszybciej wracali do zdrowia i to bez względu na koszty leczenia – czy to się będzie podobało rządzącym czy nie, ponieważ za wszelkie pozorne oszczędności odpowiemy imiennie.

Myślę, że zawsze należy być lekarzem, który leczy i nie lekceważy objawów zgłaszanych przez pacjenta. Zamiast poddawać się wszechobecnej biurokracji, w leczeniu powinniśmy opierać się nie tylko na naszej wiedzy medycznej, ale mieć też odrobinę wyobraźni co do ewentualnych efektów na-

szych poczynić i zawsze wybierać to, co jest najważniejsze dla ratowania życia i poprawy jego jakości. Moim zdaniem lepiej wykonać więcej badań, niż później tłumaczyć się z zaniechania lub zaniechania.

Tak to już jest, że nikt nie analizuje i nie sprawdza, jaki wpływ na pogarszanie się jakości życia mają błędy popełniane przez stanowiących prawo. Ostatnio bardzo nagłaśnia się każde niepowodzenie w leczeniu i tak naprawdę nie jest ważne, dlaczego do takiej sytuacji doszło. We wszystkich mediach nie ma dnia, aby nie było audycji, w której mówi się z wielką troską o biednych pacjentach, niemogących doczekać się szybkiej pomocy medycznej. Zawsze bardzo łatwo jest o wszelkie zło w tej materii oskarżyć lekarzy, podtrzymując fantastyczne opowieści o niebotycznych zarobkach.

Czasami mam wrażenie, że na własne życzenie dajemy się zaszufładować w bylejakość. Działamy sami i w osamotnieniu, wzajemnie dyskwalifikując swoje umiejętności, uznając, że tylko nasza specjalność jest najważniejsza. A przecież doskonale wiemy, że tylko wspólnie mamy szanse i możliwości na wyleczenie wielu chorób i pokonanie licznych absurdów. Nie licytujmy więc naszych umiejętności, a pracujmy razem.

Chyba nie chcemy, aby również wiosną była bylejakość... Kto nie miał okazji skorzystać z zimowego wypoczynku, powinien czerpać pełnymi garściami energię ze słońca i budzącej się przyrody. Dłuższe dni są okazją do spacerów i obserwacji odradzającego się od nowa życia. Na takie krótkie chwile odpoczynku trzeba znaleźć czas. Natura zawsze stara się tworzyć jak najlepiej i najpiękniej. Weźmy z niej przykład i twórzmy nasze dzieła z radością i miłością, najlepiej, jak potrafimy, przecież słońce świeci też dla nas. Otrząśnijmy się z zimowego marazmu, skończmy z narzekaniem na zły los. Uśmiechnijmy się do siebie i zróbmy wszystko, abyśmy z satysfakcją mogli powiedzieć, że chcieliśmy i zrobiliśmy to dobrze.

Niech wiosenna energia będzie w nas i z nami. ■

Błąd organizacyjny – co robić w przypadku braku miejsc w podmiocie leczniczym?

Brak miejsc lub inne sytuacje powodujące brak możliwości przyjęcia pacjenta do placówki zazwyczaj skutkują koniecznością odesłania pacjenta do innego podmiotu leczniczego. Co robić, gdy dysponujemy własnym transportem medycznym? Czy taka sytuacja może skutkować odpowiedzialnością cywilną?

Zazwyczaj błędy medyczne kojarzone są wyłącznie z działaniem lub zaniechaniem lekarza. Tymczasem, postępujący poziom specjalizacji oraz podziału zadań skutkuje wzrostem znaczenia problematyki winy organizacyjnej, leżącej po stronie podmiotu leczniczego. Nie bez znaczenia pozostaje także coraz większa waga, jaką przypisuje się ochronie dóbr osobistych pacjentów.

Stan faktyczny

8 września 2000 r. w okolicach godziny 3.00 nad ranem do izby przyjęć szpitala klinicznego zgłosiła się kobieta w ciąży. Pacjentka poinformowała badającego ją lekarza, że jest to jej trzecia ciąża. Po przeprowadzeniu niezbędnych badań lekarz ocenił stan kobiety jako dobry, rozwarcie szyjki macicy na 3 cm. Skurcze macicy występowały regularnie co 5 do 7 minut. Lekarz stwierdził konieczność hospitalizacji pacjentki. Niestety, z uwagi na brak miejsc na bloku porodowym oraz brak dostępnej karetki, zalecono pacjentce udanie się do innego szpitala. Działając w ten sposób lekarz powoływał się na zarządzenie dyrektora szpitala. Przed opuszczeniem szpitala pacjentka zaczęła krwawić, natomiast po zajęciu miejsca w samochodzie kierowanym przez męża, kobieta rozpoczęła akcję porodową. Kobieta została dowieziona do innego szpitala, gdzie na parunku, przy asyście lekarza ze szpitala, do którego dojechali, urodziła zdrowe dziecko.

Wyrok w I instancji

Niezależnie od faktu, że pomimo całego dramatyizmu sytuacji kobiecie udało urodzić się zdrowe dziecko, wraz z mężem zdecydowała się ona na skierowanie powództwa do sądu cywilnego przeciwko szpitalowi. W pozwie domagała się opublikowania przeprosin oraz 40.000 złotych tytułem zadośćuczynienia. Sąd I instancji w wyroku z 2005 r. oddalił w całości roszczenia pacjentki. Zdaniem sądu, mimo opinii biegłych, działanie lekarza należy co prawda uznać za ryzykowne, ale mimo wszystko uzasadnione. Sąd wskazywał ponadto w uzasadnieniu do wyroku, że działanie lekarza nie było „samowolne”, gdyż był on związany zarządzeniami dyrektora szpitala. Jednocześnie sąd zgodził się z twierdzeniem pozwanego szpitala, że ani pacjentka, ani jej dziecko nie doznali szkody w wyniku zaszłego zdarzenia.

Wyrok w II instancji

Argumentacji sądu I instancji nie podzielił jednak Sąd Apelacyjny. Wskazał on, że w wyniku działania szpitala doszło do naruszenia dóbr osobistych pacjentki. Zaistniała sytuacja doprowadziła do powstania uzasadnionego stanu poczucia zagrożenia po stronie rodzącej. Szpital nie tylko nie przyjął jej na oddział porodowy, ale nie zapewnił także właściwego transportu medycznego, co mogłoby zniwelować poczucie zagrożenia. Sąd II instancji nie miał także zasadniczo wątpliwości w zakresie bezprawności działania lekarza, gdyż za-

rządzenia dyrektora szpitala nie mają charakteru bezwzględnie obowiązującego prawa i nie mogą uchylić bezprawności działania lekarza. Ostatecznie zasądzono na korzyść pacjentki kwotę 5000 zł.

W przypadku braku możliwości udzielenia pomocy pacjentowi w ramach danego podmiotu leczniczego, gdy stan pacjenta może wskazywać na ryzyko zagrożenia zdrowia lub życia, wskazane jest zapewnienie profesjonalnego transportu medycznego. Gdy podmiot leczniczy nie dysponuje takim transportem, powinien skontaktować się z innym podmiotem celem zorganizowania takiego transportu. Odpowiedzialność cywilna w tym przypadku skutkowałą stosunkowo niewielką kwotą odszkodowania. Stanowisko sądu uzmysławia jednak, jak wysoki byłby wyrok, gdyby poród nie zakończył się szczęśliwie.

Wskazówki dla podmiotów leczniczych oraz personelu medycznego

- Odpowiedzialność cywilna podmiotu leczniczego nie ogranicza się tylko do świadczeń na terenie podmiotu. Każda decyzja dotycząca pacjenta zgłaszającego się do podmiotu – w tym także decyzja o skierowaniu go do innej placówki – może być przedmiotem odpowiedzialności cywilnej.
- Przyjęcie pacjenta do placówki, podobnie jak wypisanie pacjenta, czy skierowanie do innej placówki powinno być objęte konkretnymi procedurami. Elementem takiej procedury powinien być zapis o konieczności zapewnienia transportu medycznego w przypadku odesłania pacjenta do innej placówki.
- Przydatne są tzw. „check listy”, gdzie lekarz dyżurny znajdzie wszystkie najważniejsze elementy procedury i będzie miał możliwość szybkiego sprawdzenia poprawności swoich decyzji.
- W sytuacjach niestandardowych, nie przewidzianych w procedurach, podmiot leczniczy powinien mieć możliwość szybkiej porady prawnej. Idealna w tym celu wydaje się Telefoniczna Asysta Prawna, dostępna w ramach ubezpieczenia ochrony prawnej. Możliwość szybkiej porady prawnej pozwala minimalizować ryzyko popełnienia błędów organizacyjnych, a także pomaga w podjęciu prawnie bezpiecznych decyzji.



Partner ubezpieczeniowy lekarzy
TU INTER Polska S.A.
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa
www.interpolska.pl

**Maciej
Balcerowski**

Prawnik w Biurze
Ubezpieczeń
Odpowiedzialności
Cywilnej
TU INTER Polska S.A.

Jeżeli dany podmiot leczniczy nie może udzielić pacjentowi pomocy, a istnieje ryzyko zagrożenia zdrowia lub życia chorego, podmiot zobowiązany jest zapewnić profesjonalny transport medyczny. Gdy nie dysponuje takim transportem, powinien skontaktować się z innym podmiotem leczniczym, aby taki transport zorganizować.



**Anna
Lella**

Prezydent elekt
ERO-FDI
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej

Próchnicy
można unikać,
a jednak jest ona
paradoksalnie
najczęściej
występującą
chorobą
niezakaźną.
Choroba
próchnicowa
zębów oraz
choroby przyzębia
są jednymi
z najbardziej
powszechnych
i ważnych
globalnych
obciążeń
zdrowotnych.

Z uśmiechem przez życie

20 marca obchodzimy już po raz 7. Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej (ŚDZJU) ustanowiony przez Światową Federację Dentystyczną – FDI.

W tym roku odbywał się on będzie pod hasłem „Smile for life”.

deą tego wydarzenia jest budowanie świadomości społeczeństw o roli zdrowia jamy ustnej dla całego organizmu, do osobniczej zdolności prowadzenia satysfakcjonującego trybu życia, a także – co nie jest bez znaczenia – uzmysłowienie nam wszystkim, jakie problemy ekonomiczne kryją się za „zwykłym bólem zęba”. ŚDZJU jest również okazją do przypomnienia roli lekarza stomatologa, nie tylko w leczeniu schorzeń w obrębie głowy i szyi, ale też jako lekarza pierwszego kontaktu, który może zaobserwować pierwsze symptomy innych schorzeń ogólnoustrojowych, manifestujące się w jamie ustnej.

Próchnicy można unikać, a jednak jest ona paradoksalnie najczęściej występującą chorobą niezakaźną. Choroba próchnicowa zębów oraz choroby przyzębia są jednymi z najbardziej powszechnych i ważnych globalnych obciążeń zdrowotnych (próchnica i choroby przyzębia dotyczą ponad 90 proc. światowej populacji), a nowotwory jamy ustnej są na ósmym miejscu wśród najczęściej występujących nowotworów, stanowiąc na całym świecie przyczynę 400 000-700 000 zgonów rocznie. FDI uruchomiła internetowe centrum danych FDI Data Hub for Global Oral Health, jako uzupełnienie wcześniejszej publikacji „Atlas zdrowia jamy ustnej”. Centrum danych „FDI Data Hub” ma być globalną platformą, na której dostępne będą dane dotyczące zdrowia jamy ustnej.

Tegoroczne hasło ŚDZJU „Smile for life” zawiera podwójne przesłanie: „z uśmiechem przez całe

życie” i „celebrowanie życia”, przy słusznym założeniu, że ludzie uśmiechają się wówczas, gdy są zdrowi i szczęśliwi.

Aby pomóc organizatorom obchodów dnia, w którym promujemy zdrowie jamy ustnej, FDI przygotowało materiały dostępne na stronie internetowej www.worldoralhealthday.com. Znalazł się tam zestaw pomocnych narzędzi w postaci plakatów i najnowszych informacji oraz podpowiedzi, jak zorganizować obchody w swoim kraju i nawiązać współpracę z firmami sponsorującymi. Ponadto prezydent FDI, dr Tin Chun Wong, nagła dla planujących przygotowania do wydarzeń z okazji ŚDZJU specjalną wiadomość, a także przekazała słowa zachęty dla tych, którzy jeszcze ich nie zaplanowali.

Podczas obrad ostatniego Światowego Parlamentu Stomatologicznego w ramach Światowego Forum Zdrowia Jamy Ustnej przedstawiciele poszczególnych organizacji członkowskich prezentowali stosowane przez siebie metody obchodów podczas sześciu poprzednich edycji tego dnia. Była to inspirująca wymiana doświadczeń zachęcająca do podejmowania nowych kierunków działań.

W dyskusji prowadzonej nad dotychczasowymi wynikami promocji zdrowia jamy ustnej przewijały się głosy, że stomatolodzy przegrali walkę z próchnicą, prowadząc ją w zasadzie samotnie. Stwierdzono, że konieczne jest wzmożenie działań w kierunku włączenia do walki z próchnicą wszystkich zajmujących się ochroną zdrowia.

Prof. Honorata Shaw,

przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą PTS:

– Stanowiska FDI są pomocne nie tylko w aspekcie poszerzenia wiedzy polskich stomatologów dotyczącej struktury i zadań FDI, ale okażą się również przydatne w praktyce lekarskiej. Jak wiadomo, najczęściej odwiedzanym przedstawicielem służby zdrowia jest lekarz stomatolog. Stąd wiedza o związku chorób jamy ustnej z ogólnym stanem zdrowia będzie z pewnością pomocna w motywowaniu pacjenta do działań profilaktycznych w obrębie jamy ustnej, co może wspomóc leczenie istniejących schorzeń ogólnych. Choroby niezakaźne, takie jak nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, cukrzyca, przewlekłe schorzenia układu oddechowego, są obecnie głównym problemem zdrowotnym społeczeństw i przyczyną śmierci w skali światowej.

Naczelnym zadaniem stomatologów jest informowanie społeczeństwa zarówno w sektorze zajmującym się zdrowiem, jak i poza nim, czyli w edukacji, polityce zatrudniania i sektorach związanych z rolnictwem. Istotne jest edukowanie agend rządowych, twórców polityki i przywódców organizacji społecznych o problemach dotyczących zdrowia jamy ustnej i ogólnego stanu zdrowia poprzez jasno określone sposoby kontroli stosowania cukru w przemyśle spożywczym oraz działalności przemysłu tytoniowego. Dla powodzenia tej działalności należy wykorzystać fakt wspólnych z chorobami cywilizacyjnymi czynników ryzyka schorzeń jamy ustnej (cukier, palenie, alkohol) oraz prezentować dowody na skuteczność działań profilaktycznych w stomatologii.

Należy szczególnie skupić się na współpracy z lekarzami zajmującymi się opieką nad przyszłymi matkami oraz z pediatrami. Ważną rolę mają również do spełnienia pracownicy edukacji, szczególnie we wczesnych etapach nauczania.

Ta nowa taktyka walki z próchnicą wynika z danych przedstawionych po badaniach nad tzw. próchnicą wczesnego dzieciństwa (ang. Early Childhood Caries – ECC), za którą uważa się występowanie tej choroby u dzieci poniżej 6. roku życia. W ostatnim czasie zaobserwowano globalny wzrost występowania próchnicy u dzieci w wieku 2-5 lat, co stało się dla FDI sygnałem uznania tego problemu jako priorytetowego.

W dokumencie przyjętym przez Zgromadzenie Ogólne podczas ostatniego kongresu, określającym politykę FDI w tej kwestii, znalazło się stwierdzenie, że zdrowie jamy ustnej dziecka ma początek w życiu płodowym. Zły stan zdrowia matki czy nieprawidłowe odżywianie w okresie ciąży wpływa na wagę urodzeniową, może prowadzić do zaburzeń mineralizacji szkliwa, a tym samym predysponuje do rozwoju wczesnej próchnicy. Nieleczona choroba próchnicowa prowadzi do zapalenia miazgi, infekcji i zapalenia tkanek otaczających ząb, co nieodmiennie wiąże się z bólem i wszystkimi jego konsekwencjami zaburzającymi prawidłowe odżywianie dziecka, komunikację z nim, a także proces uczenia się. Wszystkie te problemy prowadzą do frustracji dziecka, obniżają jego poczucie własnej wartości, tym samym wydatnie obniżają jakość życia.

Szczegółnej uwagi wymaga uświadomienie dorosłym, że troska o uzębienie dziecka w okresie do 3. roku życia należy do nich i zależy od nich, ponieważ dziecko nie jest w tym wieku zdolne do samodzielnego oczyszczenia zębów. Również od dorosłych, w tym rodziców, nauczycieli, władz ochrony zdrowia i edukacji zależy ograniczenie spożywania przez dzieci cukru we wszystkich jego formach. Dlatego regulacje „zabraniające sprzedaży słodczy w kioskach szkolnych zasługują na pochwałę jako właściwy krok w tym kierunku”.

Stanowisko FDI wylicza skuteczne środki zapobiegawcze ECC. Działania, jakie należy podjąć, aby ograniczyć próchnicę wczesnego dzieciństwa, obejmują:

- edukację rodziców oraz ich lekarzy i lekarzy dentyстів w zakresie dbałości o uzębienie podczas ciąży oraz ochrony przed czynnikami mogącymi wpływać szkodliwie na rozwój uzębienia;
- edukację pracowników służby zdrowia o wadze rodzicielskiego zaangażowania w proces dbałości o uzębienie dziecka z chwilą wyróżnienia się pierwszego zęba lub przynajmniej od ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia;
- wspieranie integracji wszystkich pracowników ochrony zdrowia w działaniach na rzecz stałego informowania i wspomagania kobiet ciężarnych, niemowląt i małych dzieci, szczególnie z grup ▶

Warunkiem powodzenia w zapobieganiu wczesnej próchnicy zębów jest włączenie zdrowia jamy ustnej w zakres opieki podstawowej, w oparciu o zasadę współpracy różnych specjalności i zawodów medycznych.

Artykuł prof. Marii Kleinrok „Objawy oczne, uszne i inne u chorych z bólowym zespołem dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych” w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM” na www.gazetalekarska.pl.



zagrożonych brakiem dostępu do opieki zdrowotnej;

- wprowadzenie systemów nadzoru państwa skoncentrowanych na próchnicy zębów uzębienia mlecznego dzieci do 5. roku życia we wszystkich krajach.

Zapobieganie i postępowanie z wczesną próchnicą u dzieci może być prowadzone przez wiele osób związanych z opieką nad dziećmi poprzez ocenę stanu uzębienia, szczotkowanie preparatami stosowanymi w profilaktyce, lakowanie uzębienia oraz przez udzielanie wskazówek dotyczących zasad profilaktyki. Znając rolę fluoru w zapobieganiu próchnicy, należy w instrukcjach dotyczących pielęgnacji uzębienia przekazać informację o odpowiednich dawkach podczas czyszczenia zębów. Tam, gdzie to możliwe, osoby zajmujące się opieką nad dziećmi powinny być wyszkolone w pedodontycznej opiece stomatologicznej.

Warunkiem powodzenia w zapobieganiu wczesnej próchnicy zębów jest włączenie zdrowia jamy ustnej w zakres opieki podstawowej, w oparciu o zasadę

współpracy różnych specjalności i zawodów medycznych. Osoby odpowiedzialne za leczenie, we współpracy z agendami rządowymi, służbą zdrowia i mediami, powinny zrobić wszystko, aby uświadomić pacjentom, rodzicom i opiekunom podstawy zdrowia jamy ustnej u dzieci w sposób zrozumiały zarówno językowo, jak i na poziomie danej kultury. Bo tylko wiedza o zasadach zachowania zdrowia jamy ustnej jest drogą do równości w zdrowiu.

Badania Komitetu Naukowego FDI mają znaczące konsekwencje dla stomatologicznej opieki zdrowotnej w kontekście ochrony zdrowia, interdyscyplinarnej edukacji i praktyki oraz inspiracji w zakresie kształcenia ustawicznego. Odnoszą się do tego Stanowiska FDI, np. w sprawie chorób niezakaźnych NCD; w sprawie zdrowia jamy ustnej i społecznych determinant zdrowia oraz implikacji dla działań FDI; w sprawie śliny jako materiału diagnostycznego; wczesnego wykrywania zakażeń HIV i właściwej opieki nad zakażonymi HIV i chorymi na AIDS; zdrowia jamy ustnej w okresie prenatalnym i niemowlęcym; i innych. ■

Agnieszka Ruchała-Tysler

Przewodnicząca
KS NRL,
wiceprezes NRL

Komisja Stomatologiczna NRL i kongres stomatologów

6 lutego odbyło się w Kołobrzegu posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Spotkaniu towarzyszyła konferencja naukowo-szkoleniowa organizowana cyklicznie przez OIL w Szczecinie, którą patronatem honorowym objął i był obecny na obradach, prezes NRL, Maciej Hamankiewicz.

Omawiane tematy dotyczyły przede wszystkim:

- możliwości kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentyków,
- wykonywania zawodu lekarza w Polsce w kontekście wzrastających obciążeń administracyjnych (np. związanych z utylizacją odpadów medycznych),

- likwidacji naboru na szkolenia asystentek stomatologicznych,
- wybielania zębów przez osoby nieuprawnione,
- wykonywania świadczeń w ramach NFZ.

W nawiązaniu do exposé premier Ewy Kopacz, dyskutowano na temat możliwości zmian i poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi w wieku szkolnym. Podjęto decyzję, by zwrócić się do premier Kopacz z prośbą o spotkanie w sprawie powrotu gabinetów do szkół. Takie spotkania powinny się odbyć również z Prezesem NFZ oraz Ministrem Zdrowia.

Obrady przyciągnęły uwagę Telewizji Polskiej, która uczestniczyła w posiedzeniu lekarzy dentyków.



FOTO: Kacper Pajor

Doskonalenie zawodowe

Czytelniczka pyta

Niedawno złożyłam w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie certyfikaty poświadczające uczestnictwo w kursach i szkoleniach, ponieważ chciałam dopełnić obowiązku doskonalenia zawodowego i zbierać wymagane 200 punktów/4 lata.

Niestety większość certyfikatów nie została uznana, ponieważ „organizatorzy nie spełnili formalności” – nie zarejestrowali danego kursu/szkolenia. Było to dla mnie duże zaskoczenie. Dlaczego?

Katarzyna Krysztopik

Prawnik odpowiada

Szczegółowe kwestie związane z ustawowym obowiązkiem lekarzy i lekarzy dentystów stałego uzupełniania i doskonalenia wiedzy oraz umiejętności zawodowych¹ określone są w pewnym zakresie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a przede wszystkim w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2004 r.²

Z punktu widzenia prawidłowego wypełniania obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy należy pamiętać, że jest to system mający charakter sformalizowany w odniesieniu do następujących kwestii:

- dopuszczalnych form doskonalenia zawodowego;
- liczby punktów edukacyjnych przysługujących za poszczególne formy kształcenia;
- terminu odbycia kształcenia;
- dokumentów potwierdzających odbycie określonej formy kształcenia;
- podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia.

Dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego rozlicza się za pomocą punktów edukacyjnych uzyskiwanych w następujących po sobie okresach rozliczeniowych obejmujących 48 miesięcy.

Liczbę punktów uzyskiwanych przez lekarzy za poszczególne (dopuszczalne) formy doskonalenia zawodowego określa załącznik do rozporządzenia MZ. W odniesieniu do niektórych form kształcenia wprowadzone zostały limity punktów możliwych do uwzględnienia w danym okresie rozliczeniowym (np. za udział w kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych można w okresie rozliczeniowym uzyskać maksymalnie 40 pkt.).

W każdym okresie lekarz musi uzyskać co najmniej 200 punktów. Punkty za konkretne kształcenie będą uwzględnione, jeżeli odbyło się ono w danym okresie rozliczeniowym – nie można ubiegać się o uwzględnienie punktów za szkolenia odbyte przed początkiem okresu ani w sytuacji „niedoboru” punktów w poprzednim okresie, ani w sytuacji ich „nadwyżki”.

Punkty za odbycie dopuszczalnej formy kształcenia będą uwzględnione przy rozliczaniu okresu, jeżeli organizatorem tych form kształcenia był

podmiot posiadający uprawnienie do prowadzenia kształcenia podyplomowego wynikające z obowiązujących przepisów prawnych.

Z jednej strony są to:

- podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego,
- uczelnie medyczne,
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
- medyczne jednostki badawczo-rozwojowe.

Z drugiej strony, organizatorami kształcenia mogą być inne podmioty pod warunkiem, że uzyskały wpis w rejestrze podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów, po wykazaniu, że spełniają określone prawem warunki – rejestr prowadzi okręgowe rady lekarskie (a także Naczelna Rada Lekarska, gdy organizatorem kształcenia zamierza być okręgowa izba lekarska). Należy pamiętać, że obowiązkowi wpisu do ww. rejestru podlegają także lekarskie towarzystwa naukowe.

Okręgowa izba lekarska, rozliczając dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego na podstawie przedstawionych przez lekarza dokumentów potwierdzających odbycie poszczególnych form kształcenia (np. zaświadczeń, dyplomów, notek bibliograficznych), może uwzględniać jedynie te punkty, które zostały uzyskane zgodnie z powyższymi warunkami. Sam fakt, że na zaświadczeniu widnieje adnotacja, iż zgodnie z rozporządzeniem MZ przysługuje za nie taka a taka liczba punktów, nie oznacza, że faktycznie lekarz te punkty uzyska. Radziłbym lekarzom zamierzającym uczestniczyć w różnego rodzaju formach kształcenia, chcącym się upewnić, czy za takie kształcenie uzyskają punkty edukacyjne podlegające ostatecznie uwzględnieniu, aby w przypadku wszelkich wątpliwości, np. czy podmiot jest uprawniony do organizowania szkolenia, czy szkolenie jest akredytowane bądź czy rzeczywiście przysługuje za nie określona ilość punktów edukacyjnych, próbowali to ustalić jeszcze przed odbyciem szkolenia, szczególnie odpłatnego. W pierwszej kolejności warto zapytać samego organizatora, w której okręgowej izbie lekarskiej jest zarejestrowany, a potem ew. zweryfikować taką informację w tej izbie. ■



Marek Szewczyński

Radca prawny,
Naczelna Izba
Lekarska, Ośrodek
Uznawania
Kwalifikacji, Dział
Współpracy
Międzynarodowej

¹ Art. 18 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: Lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

W sprawie reklamy przed sądem

Z **Grzegorzem Wroną**, Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, rozmawia **Marta Jakubiak**.



Coraz więcej lekarzy lub aktorów lekarzy występuje w reklamach. Dlaczego tak się dzieje i czy w związku z tym do rzeczników odpowiedzialności zawodowej wpływa więcej skarg?

Jest wiele osób zmęczonych czy wręcz poirytowanych narastającą ilością reklam, w których biorą udział nie aktorzy, lecz lekarze, bardzo często podpisani z imienia i nazwiska, a także ze specjalności, którzy podkreślają, że są lekarzami. Swoją funkcję zaświadczaają zarówno wizerunkiem, jak i wypowiedzią. Potwierdzam, że w stosunku do lekarzy, którzy naruszają zapisy art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej, rzeczywiście toczą się postępowania w organach samorządu.

Lekarze świadomie łamią zakaz reklamy?

Jestem przekonany, że w większości łamanie prawa wynika z niewiedzy. Duża część moich kolegów lekarzy wie, że nie wolno im reklamować leków, w ustawie „Prawo farmaceutyczne” nazywanych „produktem leczniczym”. Zakazuje im tego art. 55 wspomnianej ustawy. Z przykrością stwierdzam jednak, że nie znają zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, które również są obowiązującym ich wyznacznikiem prawa. Ponadto mam też wrażenie, że lekarze są wprowadzani w błąd przez producentów reklam, którzy podają półprawdę, kiedy zachęcają lekarzy do udziału w reklamie, prze-

konując, że nie będą rekomendować zabronionych produktów leczniczych, lecz jedynie wyroby medyczne, jak np. pieluchomajtki. Ponieważ w ustawie „Prawo farmaceutyczne” nie ma zakazu reklamy wyrobów medycznych, błędnie myślą, że takie produkty mogą reklamować. Otóż nie mogą, bo zabrania im tego art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Prowadziłem sprawę lekarza, który tłumaczył, że reklamowany przez niego produkt jest wyrobem medycznym, a nie produktem leczniczym, a co za tym idzie – uważał, że nie złamał prawa. Wyjaśniał też, że przed podjęciem decyzji o wzięciu udziału w reklamie dokładnie zapoznał się ze specyfikacją produktu, a także otrzymał potwierdzenie od producenta, że produkt nie jest lekiem, lecz wyrobem medycznym.

Z przykrością stwierdzam, że o ile lekarze znają zapisy ustawy „Prawo farmaceutyczne”, to nie znają zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wstyd. KEL to prawo, które mają obowiązek przestrzegać. Lekarza obowiązuje przede wszystkim art. 63 KEL, a dodatkowo poprzeczkę podnosi art. 55 ustawy „Prawo farmaceutyczne”.

Ponadto należy rozróżnić prawo lekarza do udzielania informacji od niedopuszczalnej reklamy. Czasami granica pomiędzy nimi bywa niełatwa do określenia. Dodatkowo zaczęły pojawiać się głosy, że nowoczesne czasy wymuszają, by podjąć dyskusję o możliwości wprowadzenia zmian w zapisach art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jeżeli głosów na tak będzie rzeczywiście dużo, to lekarze mają pełne prawo, żeby za pośrednictwem swoich delegatów występować o taką dyskusję na Krajowym Zjeździe Lekarzy.

Ja i moi koledzy rzecznicy widzimy w środowisku generalnie negację dla udziału w reklamach i eliminację takich zachowań wszelkimi dostępnymi środkami. Na ten temat były toczzone dyskusje na prezydiach i posiedzeniach NRL, a także w organach okręgowych. Ponieważ większościowa opinia jest krytyczna, jest to wykładnia dla rzeczników co do sposobu postępowania. Reklama i reklamiarstwo są monitorowane. Właściwie wszyscy okręgowi rzecznicy prowadzą postępowania w tym zakresie. Być może przychodzi czas, aby je upublicznić.

Upublicznić, czyli...?

Informować o tym, że postępowania rzeczników kończą się wnioskami o ukaranie i orzeczeniami sądu orzekającymi winę lekarza, potwierdzanymi przez Sąd Najwyższy. Mówię o orzeczeniach, które nabierają walu prawomocności.

BIULETYN

Nr 6 (158) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, X 2014

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 17 października 2014 r.

UCHWAŁA Nr 28/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 października 2014 r.

**w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej
w roku 2015**

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

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2015: 13 lutego, 10 kwietnia, 26 czerwca, 4 września, 16 października, 4 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 29/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 października 2014 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie powołania Komitetu
Organizacyjnego obchodów 25-lecia reaktywowania izb lekarskich**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 19/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie powołania Komitetu Organizacyjnego obchodów 25-lecia reaktywowania izb lekarskich wprowadza się następującą zmianę:

§ 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Jolanta Szczurko”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 16/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 października 2014 r.

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

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 1 października 2014 r. znak GMS-WP-173-218/14, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, iż wszelkie ewentualne zmiany dotyczące uprawnień pacjentów do poziomu refundacji świadczeń opieki zdrowotnej powinny być realizowane bez angażowania w proces ustalania zakresu tych uprawnień lekarzy i lekarzy dentystów udzielających świadczenia.

Odnosząc się do treści projektowanej ustawy, Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że projekt nie wskazuje również źródeł finansowania proponowanych rozwiązań.

Naczelna Rada Lekarska zwraca także uwagę, iż opiniowany projekt jest tożsamy z senackim projektem ustawy (druk 555), który został odrzucony przez Senat w dniu 7 sierpnia 2014 r. Wniosek o odrzucenie projektu ustawy poparły Komisja Ustawodawcza, Komisja Zdrowia, Komisja Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisja Praw Człowieka, Praworządności i Petycji.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 17/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 października 2014 r.

w sprawie poselskich projektów ustaw:

- o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, znak GMS-WP-173-196/14, z dnia 10 września 2014 r. oraz projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach

lekarza i lekarza dentystry przesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, znak GMS-WP-173-197/14, z dnia 10 września 2014 r. zgłasza następujące uwagi do przedmiotowych projektów: Opiniowane projekty ustaw nie usuwają istotnych zastrzeżeń co do zgodności obecnie obowiązującego przepisu art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Naczelna Rada Lekarska wystąpiła w marcu br. do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisu art. 39 ustawy z Konstytucją w zakresie, w jakim:

- nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia;
- nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tych świadczeń u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym;
- zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności jak wykonywanie, uczestnictwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza). Prawo do skorzystania z klauzuli sumienia nie powinno być ograniczone we wszystkich sytuacjach wskazanych w treści art. 30 ustawy. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia nie może mieć miejsca tylko w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Nie jest jednak uzasadnione ograniczenie możliwości odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 30 ustawy.

Korzystając z klauzuli sumienia lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odnotować je w dokumentacji medycznej. Nie można żądać od lekarza korzystającego z klauzuli sumienia, aby swą decyzję w tym zakresie dodatkowo uzasadniał – wymóg uzasadniania takiej decyzji oraz odnotowywania tego uzasadnienia w dokumentacji jest nieproporcjonalny, ponieważ prowadzi do ujawnienia, jaki lekarz reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest również zasadne żądanie od lekarza wcześniejszego określania swoich poglądów np. poprzez ujawnienie możliwości powołania się na klauzulę sumienia.

Wobec faktu, iż żaden z opiniowanych projektów ustaw nie proponuje rozwiązań, które wychodziłyby naprzeciw oczekiwaniom środowiska lekarskiego oraz rozwiewałyby istotne wątpliwości co do niekonstytucyjności obecnie obowiązującej regulacji, Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przedmiotowe projekty.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 18/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 października 2014 r.
w sprawie polityki senioralnej**

Naczelna Rada Lekarska z niepokojem przyjmuje informacje odnośnie programowanej przez rząd polityki senioralnej. Szczególny sprzeciw musi budzić zawarte w rządowych „Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” stwierdzenie, że „przyjęcie przez Rząd tego dokumentu nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora publicznego, a jego finansowanie będzie realizowane przez odpowiednią alokację środków finansowych będących w dyspozycji

jednostek sektora finansów publicznych, przeorganizowanie dostępnych zasobów ludzkich oraz zadań stosownie do wyzwań związanych z postępującym procesem starzenia się populacji”. To oczywiste, że zmiany muszą kosztować, bez określonych źródeł finansowania program nie będzie z sukcesem realizowany.

Konieczne są zmiany systemowe, nie tylko na poziomie zabezpieczenia społecznego seniorów, ale w ochronie zdrowia. Czy rozwiązaniem w tym zakresie będzie Narodowy Instytut Geriatrii, zwiększenie liczby specjalistów czy oddziałów geriatrycznych, tego nie można jednoznacznie stwierdzić. Problem ten wymaga szczegółowej analizy, która nie może odbyć się bez udziału środowiska lekarskiego, którego przedstawicielem jest samorząd lekarski.

Rada po raz kolejny apeluje o dialog Rządu ze środowiskiem lekarskim w celu przygotowania rzetelnych, mających szansę na powodzenie zmian systemowych w opiece senioralnej.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje wolę aktywnego wzięcia udziału w takiej debacie.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 19/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 października 2014 r.
w sprawie prawa lekarzy do postępowania
w zgodzie z sumieniem**

Naczelna Rada Lekarska zapoznała się z aktualną sytuacją etyczną, prawem i praktyką w zakresie przestrzegania prawa lekarzy do postępowania w zgodzie z ich sumieniem.

Rada przypomina o:

- wynikającym z Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązku udzielania pomocy każdemu pacjentowi bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania;
- wynikającym z ogólnych przepisów dotyczących wszystkich obywateli (w tym z Konstytucji Rzeczypospolitej oraz ratyfikowanych przez Polskę dokumentów międzynarodowych) prawie do działania w zgodzie z własnym sumieniem;
- wynikającym z przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza prawie lekarza do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem lub aktualną wiedzą medyczną;
- wynikającym z Kodeksu Etyki Lekarskiej prawie lekarza do zachowania swobody działań zawodowych w zgodzie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, z jednoczesnym poszanowaniem godności pacjenta i mając na uwadze przede wszystkim jego dobro zgodnie z zasadą „Salus aegroti suprema lex esto”;
- stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie treści art. 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakazującej lekarzowi korzystającemu z klauzuli sumienia wskazania realnych możliwości wykonania świadczenia budzącego sprzeciw sumienia lekarza w innym miejscu oraz złożeniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucyjności tego zobowiązania.

W związku z tym Rada stoi na stanowisku, że lekarze mają prawo do korzystania z prawa do odmowy podejmowania działań niezgodnych z ich sumieniem i nie mogą być poddawani żadnym naciskom, dyskryminacji ani represjom z tego powodu.

Rada stwierdza jednocześnie, że stanowiska samorządu lekarskiego zrzeszającego wszystkich lekarzy i lekarzy dentystry w sprawie sumienia mają charakter neutralny światopoglądowo i politycznie. Taki charakter muszą mieć także wszelkie prezentacje opinii samorządu w tej sprawie.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

BIULETYN

Nr 7 (159) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, XII 2014

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 5 grudnia 2014 r.

UCHWAŁA Nr 30/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 5 grudnia 2014 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2015

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2015 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Konstanty Radziwiłł

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Załącznik:

http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/98427/zalacznik_ru_30.pdf

Stanowisko 20/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 grudnia 2014 r.

w sprawie projektu ustawy o biegłych sądowych

Naczelna Rada Lekarska, po rozpatrzeniu projektu ustawy o biegłych sądowych przekazanego przy piśmie pani Moniki Zbrojewskiej, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 14 listopada 2014 r., znak: DPrC-IV-464-1/14/19 141114-00595, przekazuje następujące uwagi:

Naczelna Rada Lekarskiej podziela pogląd, że tryb ustanawiania biegłych sądowych, zakres ich praw i obowiązków oraz warunki nabywania i utraty uprawnień do pełnienia funkcji biegłego sądowego powinny być uregulowane w jednym akcie prawnym rangi ustawowej. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne byłoby poszerzenie zakresu regulacji projektowanej ustawy o zapisy regulujące zasady i tryb wynagradzania biegłych sądowych. Niecelowe jest pozostawienie kwestii wynagradzania biegłych sądowych poza ustawą o biegłych sądowych, szczególnie w sytuacji, gdy zasady wynagradzania biegłego w postępowaniu karnym i w postępowaniu cywilnym regulują odrębne ustawy.

Naczelna Rada Lekarska wyraża przekonanie, że organy wymiaru sprawiedliwości powinny korzystać z opinii sporządzonych przez biegłych lekarzy posiadających wysokie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, autorytet w środowisku medycznym oraz – czego ustawodawca nie dostrzegł – nienaganną postawę etyczną.

Projekt ustawy o biegłych sądowych budzi następujące zastrzeżenia samorządu zawodowego lekarzy.

W art. 7 ust. 1 projektu określono warunki ubiegania się o wpis na listę biegłych sądowych. Projekt przewiduje, że osoba ubiegająca się o stanowisko biegłego powinna posiadać trzyletnie doświadczenie w dziedzinie, w której ma zostać ustanowiona biegłym. Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby w przypadku biegłych sądowych z zakresu medycyny uściślić ten warunek poprzez stwierdzenie, że okres ten liczy się od momentu uzyskania specjalizacji lub tytułu specjalisty z danej dziedziny medycyny. W przypadku zawodu lekarza, dopiero uzyskanie specjalizacji z określonej dziedziny medycyny otwiera drogę do samodzielnego wykonywania niektórych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, celowe jest wobec tego obliczanie doświadczenia zawodowego potrzebnego do nabycia uprawnień do pełnienia funkcji biegłego sądowego od chwili uzyskania specjalizacji.

W art. 7 ust. 2 projektu ustawy określono warunki niezbędne do uzyskania statusu biegłego sądowego przez jednostki organizacyjne. Aby umożliwić jednostkom samorządu zawodowego lekarzy ubieganie się o status biegłego sądowego Naczelna Rada Lekarska wnosi o zmianę w art. 7 ust. 2 pkt 1. Obecnie przepis ten nakazuje wnioskodawcy dysponować personelem o odpowiednich wiadomościach specjalnych i doświadczeniu w określonej dziedzinie, proponuje się dodać, że wnioskodawca może nie tylko dysponować personelem, lecz także zrzęcać osoby dysponujące odpowiednimi wiadomościami specjalnymi i doświadczeniem zawodowym.

Art. 8 ust. 1 pkt 3 projektu nakłada na kandydata na biegłego obowiązek dostarczenia opinii samorządu zawodowego albo pracodawcy o posiadanych wiadomościach specjalnych. Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby lekarze – członkowie samorządu zawodowego ubiegający się o ustanowienie biegłym sądowym, przedstawiali obligatoryjnie opinię samorządu zawodowego, a opinię pracodawcy jedynie fakultatywnie.

W art. 8 ust. 1 pkt 3 projektu wymaga się od kandydata na biegłego przedstawienia opinii o posiadaniu wiadomości specjalnych z danej dziedziny. Naczelna Rada Lekarska uważa, że osoby reprezentujące zawody zaufania publicznego i będące obligatoryjnie członkami samorządu zawodowego, powinny wykazać nie tylko fakt posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, ale również właściwą postawę etyczną. Dlatego opinia samorządu zawodowego o kandydacie na biegłego powinna zawierać informację, czy osoba ta była karana za przewinienia zawodowe oraz czy toczy się przeciwko niej postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Wynika to z faktu, że kandydat na biegłego powinien dawać rękojmiej prawidłowego wykonywania czynności biegłego (art. 7 ust. 1 pkt 2 projektu). Opinia samorządu zawodowego o kandydacie jest jednym ze sposobów pozyskania przez prezesa sądu informacji o karalności zawodowej lub o toczącym się przeciwko lekarzowi postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej, innym

sposobem byłoby nałożenie na prezesa sądu okręgowego obowiązku zwrócenia się z zapytaniem do właściwej okręgowej izby lekarskiej o informacje dotyczące karalności kandydata za przewinienia zawodowe oraz o prowadzonych przeciwko niemu postępowaniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że zgodnie z art. 13 ust. 1 projektu, wszczęcie przeciwko lekarzowi postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej jest przesłanką zawieszenia go przez prezesa sądu okręgowego w pełnieniu funkcji. Niezrozumiałe jest zatem, dlaczego projektowana ustawa nie przewiduje weryfikacji danych o karalności zawodowej na etapie, gdy lekarz ubiega się o ustanowienie biegłym.

Celowe byłoby wprowadzenie do art. 8 ust. 1 pkt 3 projektu wymogu przedstawienia przez kandydata na biegłego będącego lekarzem, danych z ewidencji doskonalenia zawodowego albo nałożenie na prezesa sądu okręgowego obowiązku uzyskania informacji z właściwej okręgowej izby lekarskiej. Na mocy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarze są zobowiązani podnosić kwalifikacje zawodowe i uzyskiwać określoną liczbę punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym. Biegły powinien posługiwać się aktualną wiedzą medyczną, wobec tego należy umożliwić prezesowi sądu okręgowego zasięgnięcie informacji o zrealizowaniu przez kandydata obowiązku doskonalenia zawodowego w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Art. 11 ust. 1 projektu ustawy nakłada na biegłego obowiązek odbycia przeszkolenia w terminie 6 miesięcy od dnia złożenia ślubowania. Rada postuluje, aby biegły odbywał przeszkolenie bezpośrednio po złożeniu ślubowania. Biegli, którzy nie odbyli stosownego przeszkolenia, nie powinni być powoływani przez organy procesowe do wydawania opinii.

Art. 11 projektu ustawy przewiduje, że szkolenia dla biegłych sądowych może prowadzić tylko prezes sądu okręgowego. Ustawa powinna upoważnić prezesa sądu okręgowego do powierzenia samorządowi lekarskiemu realizacji szkolenia dla biegłych z zakresu medycyny lub jego części. Dotyczy to zwłaszcza szkolenia obejmującego praktyczną umiejętność sporządzania opinii przydatnych dla postępowania sądowego, które precyzyjnie odpowiedzą na pytania postawione przez organ procesowy, a jednocześnie będą zrozumiałe dla uczestników postępowania.

W art. 13 ust. 1 projektu ustawy przewidziano, że prezes sądu okręgowego zawiesza biegłego w pełnieniu funkcji m.in. gdy przeciwko biegłemu wszczęto postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej mogące skutkować utratą uprawnień zawodowych. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że zapis mówiący o możliwości utraty uprawnień zawodowych jest wysoce nieprecyzyjny i może stwarzać poważne problemy w jego stosowaniu. Zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, lekarz ponosi odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W przeciwieństwie do przepisów prawa karnego, przepisy o odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie określają dolnej ani górnej granicy zagrożenia karą za dany czyn. Oznacza to, że przed wydaniem przez sąd lekarski prawomocnego orzeczenia trudno przesądzić, czy dany czyn zarzucany lekarzowi może prowadzić do wymierzenia najsurowszej kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 1/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 5 grudnia 2014 r.
do Prezesa Rady Ministrów**

Naczelna Rada Lekarska, biorąc pod uwagę opinie licznych środowisk specjalistycznych stwierdza, że wejście 1 stycznia 2015 r. w życie tzw. pakietu onkologicznego grozi destabilizacją całego systemu ochrony zdrowia. W konsekwencji, nie poprawiając sytuacji pacjentów onkologicznych może istotnie pogorszyć szanse leczenia pozostałych chorych.

Naczelna Rada Lekarska widzi konieczność poprawy opieki onkologicznej w Polsce, jednak w obecnej sytuacji zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o wstrzymanie wejścia w życie tych przepisów.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Dlaczego informowanie o tym jest potrzebne?

Ponieważ mówienie o ogólnikach, nieprzywoływanie konkretnego casusu i nieodwoływanie się do autorytetu ostatecznego, a takim jest Sąd Najwyższy, nie przemawia wystarczająco do świadomości.

Dlaczego orzeczenie Sądu Najwyższego z listopada ub.r. oddalające kasację wniesioną przez lekarza jest tak istotne dla orzecznictwa sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej?

Zanim odpowiem na to pytanie, przybliżę pokrótce, jak przebiega proces orzecznictwa w takich sprawach. Postępowanie dyscyplinarne rzecznika i sądów lekarskich podlega kontroli sądownictwa powszechnego. Innymi słowy, nad naszym postępowaniem dyscyplinarnym kontrolę sprawuje na zasadach kasacyjnych Sąd Najwyższy. Wspomniany wyrok Sądu Najwyższego dotyczy co prawda jednostkowej sprawy, ale jest dla nas istotny, ponieważ będziemy się nim posiłkować, orzekając w innych sprawach podobnych do tej. Wyrok ten potwierdził poprawność toczonego wcześniej postępowania i spojrzenia na temat udziału lekarzy w reklamach.

Fakt, że sprawa udziału lekarza w reklamie stanęła przed Sądem Najwyższym, należy uznać za pozytyw. My, lekarze orzecznicy, otrzymaliśmy potwierdzenie społeczne, że organa odpowiedzialności zawodowej lekarzy zostały skonstruowane nie tylko na potrzeby członków samorządu lekarskiego czy samych lekarzy, ale na potrzeby społeczne.

Czy lekarze na ogół odwołują się od orzeczeń sądów lekarskich?

Liczba składanych odwołań zwiększyła się w ostatnim czasie. Statystyka ta dotyczy zarówno pokrzywdzonych, jak i obwinionych.

Kto jest pokrzywdzonym w reklamie?

Odpowiem w bardzo prosty sposób: ja czuję się pokrzywdzony, ja jako lekarz.

Przecież lekarz może powiedzieć, że nie otrzymał żadnych korzyści w zamian za udział w reklamie.

Za pojęciem „komercja” nie kryją się wyłącznie pieniądze. Udział w reklamie lekarza albo lekarza dentysty daje popularność. Komercyjnym efektem w tym przypadku będzie więc zwiększenie liczby pacjentów w gabinecie. Czy wobec tego lekarz prowadzący po sąsiedzku praktykę, a niekorzystający z reklamy zgodnie z ustawowym zapisem, nie może mieć pretensji, że ma mniej pacjentów? Mam świadomość, że stworzone przed laty zapisy mogą nie podobać się młodemu pokoleniu lekarskiemu, które wrosło w określoną hierarchię ważności, w działalność gospodarczą i wartość pieniądza. Wierzę jednak, że zmieniające się uwarunkowania nigdy nie sprawią, że zatracimy to, co jest wartością najwyższą – dobro pacjenta.

Dopóki Krajowy Zjazd Lekarzy, społeczna mądrość właściwego gremium, nie dokona zmiany w zapisie

Art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej

1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.
2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

Art. 55 Prawa farmaceutycznego

1. Reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości nie może polegać na:
 - 1) prezentowaniu produktu leczniczego przez osoby znane publicznie, naukowców, osoby posiadające wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujące posiadanie takiego wykształcenia;
 - 2) odwoływaniu się do zaleceń osób znanych publicznie, naukowców, osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujących posiadanie takiego wykształcenia.
2. Reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości nie może ponadto zawierać treści, które:
 - 1) sugerują, że:
 - a) możliwe jest uniknięcie porady lekarskiej lub zabiegu chirurgicznego, zwłaszcza przez postawienie diagnozy lub zalecanie leczenia w drodze korespondencyjnej,
 - b) nawet osoba zdrowa przyjmująca produkt leczniczy poprawi swój stan zdrowia,
 - c) nieprzyjmowanie produktu leczniczego może pogorszyć stan zdrowia danej osoby; zastrzeżenie nie dotyczy szczepień, o których mowa w art. 57 ust. 2,
 - d) produkt leczniczy jest środkiem spożywczym, kosmetycznym lub innym artykułem konsumpcyjnym,
 - e) skuteczność lub bezpieczeństwo stosowania produktu leczniczego wynika z jego naturalnego pochodzenia;
 - 2) zapewniają, że przyjmowanie produktu leczniczego gwarantuje właściwy skutek, nie towarzyszą mu żadne działania niepożądane lub że skutek jest lepszy lub taki sam, jak w przypadku innej metody leczenia albo leczenia innym produktem leczniczym;
 - 3) mogą prowadzić do błędnej autodiagnozy przez przytaczanie szczegółowych opisów przypadków i objawów choroby;
 - 3a) odnoszą się w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd, do wskazań terapeutycznych;
 - 4) zawierają niewłaściwe, niepokojące lub mylące określenia przedstawionych graficznie zmian chorobowych, obrażeń ludzkiego ciała lub działania produktu leczniczego na ludzkie ciało lub jego części.
 - 5) (uchylony).

Fakt, że sprawa udziału lekarza w reklamie stanęła przed Sądem Najwyższym, należy uznać za pozytyw. My, lekarze orzecznicy, otrzymaliśmy potwierdzenie społeczne, że organa odpowiedzialności zawodowej lekarzy zostały skonstruowane nie tylko na potrzeby członków samorządu lekarskiego czy samych lekarzy, ale na potrzeby społeczne.

art. 63 KEL, jako rzecznik będę stał na straży przestrzegania tego przepisu. Sądy lekarskie rozstrzygają, czy złożony przez rzecznika wniosek o ukaranie był zasadny i orzekają stosowne kary do wykroczenia.

Stosowne, czyli jakie?

Jeszcze do niedawna sądy lekarskie nakładały na lekarzy kary upomnienia czy nagany. Dzisiaj coraz chętniej sięgają po kary finansowe, ponieważ uznano, że stosowną do przewinienia jest kara finansowa, tzn. przekazanie równowartości uzyskanych korzyści finansowych na cel społeczny, np. na dom lekarza seniora. Osobiście uważam, że ma to głębokie uzasadnienie.

Jakiej wysokości są to kary?

Od jednej trzeciej do trzech średnich krajowych. Chcę jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt. Do tej pory rzecznicy odpowiedzialności zawodowej w kwestiach reklamy koncentrowali się na naruszeniu art. 63 KEL, ale jest jeszcze drugi aspekt, na który zwróciła uwagę dyskusja toczona na jednym z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej. Lekarz jest zobowiązany do udzielania informacji dotyczącej aktualnej wiedzy medycznej. Czy to robią? Dzisiaj telewizja jest pełna reklam pewnego środka do higieny intymnej. Czy lekarze, którzy polecają ten środek, zapoznali się z jego składem i choć przez chwilę zastanowili się, czy jest to na pewno najlepszy wybór dla ich pacjentów i czy

leczy? Czy nie doprowadzają do sytuacji zaniechania skutecznego leczenia w określonych sytuacjach?

Czy firma zlecająca lekarzowi reklamę łamie prawo?

Gdyby zachęcała lekarza do reklamy produktu leczniczego, łamałaby art. 55 ustawy „Prawo farmaceutyczne”. Jeśli proponuje reklamowanie produktu medycznego, a nie leczniczego, prawa nie łamie. Łamie je lekarz, zgadzając się na udział w reklamie. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie nie mogą prowadzić postępowań przeciwko osobom, które nie są lekarzami.

Dlaczego udział w reklamie jest zły?

Kreska, która oddziela to, co jest reklamą, od tego, co jest informacją, nie jest gruba. Samo słowo reklama ma według mnie znaczenie pejoratywne. Mam na myśli wątpliwości pacjenta, który widząc czy słysząc reklamę, od razu podejrzewa, że dla własnych korzyści ktoś poleca mu dany produkt. Media piętnują lekarzy, że za wręczony długopis od firmy czy kwiatki są gotowi postawić na szali swój wizerunek. Dlaczego media piętnują takie zachowania, skoro emitują podważające autorytet lekarzy reklamy i żyją z nich? W moim przekonaniu reklama w zdecydowany sposób zaburza zaufanie między lekarzem a pacjentem. Na szwank naraża to, co jest istotą wykonywania naszego zawodu, zawodu zaufania publicznego. ■

Jeszcze do niedawna sądy lekarskie nakładały na lekarzy kary upomnienia czy nagany. Dzisiaj coraz chętniej sięgają po kary finansowe, ponieważ uznano, że stosowną do przewinienia jest kara finansowa, tzn. przekazanie równowartości uzyskanych korzyści finansowych na cel społeczny, np. na dom lekarza seniora. Osobiście uważam, że ma to głębokie uzasadnienie.

Postępowanie przed Sądem Najwyższym

Opis przypadku

Okręgowy Sąd Lekarski uznał lekarkę (za udział w reklamie) winną naruszenia art. 4 Ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty w związku z art. 63 ust. 2 KEL i ukarał karą pieniężną w wysokości potrójnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Lekarka odwołała się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który zmienił orzeczenie OSŁ, zmniejszając karę do wysokości jednokrotnej średniej. Obróca lekarza złożył kasację do Sądu Najwyższego.

26 listopada 2014 r. (sygn. SDI 41/14)

Podczas rozprawy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wniósł o oddalenie kasacji jako całkowicie bezzasadnej. Zaznaczył, że przepis art. 63 KEL jest przepisem sformułowanym w sposób jasny, czytelny i jednoznacznie zrozumiałym dla każdego lekarza. Podkreślał, że z wykładni językowej tego przepisu nie wynika, że z zamiarem przewinienia zawodowego musi być bezwzględnie emisja reklamy, np. telewizyjna, radiowa czy prasowa. Reklamy rozumianej nie definicyjnie czy słownikowo, ale potocznie, tj. tak jak rozumie to słowo każdy przeciętny członek polskiego społeczeństwa. NROZ sytuację, w której orzekano, odebrał w sposób jednoznaczny. Jednocześnie dodał, że w tej i podobnych sprawach lekarze są postrzegani jako swoiści „naganiacze” dla reklamowanego artykułu. Takie postępowanie może być traktowane w odbiorze społecznym jako dodatkowa, niedopuszczalna forma zarobkowania, kształtująca nie-

właściwy wizerunek większości członków wykonujących zawód zaufania publicznego. Sam fakt posłużenia się za zgodą wizerunkiem lekarki, której dotyczyła opisywana sprawa, jest wykroczeniem przeciwko KEL, nawet gdyby przyjąć, że do emisji reklamy nie doszło.

Naruszenie normy art. 439 §1 pkt 1 kpk, tj. wydanie orzeczenia przez osoby będące świadkami emisji programu, jak wskazywała skarżąca, powołując się na art. 40 § 1 pkt 4 kpk (niewyartykułowany należycie we wniosku kasacyjnym – nie wskazano w sposób właściwy jednostki redakcyjnej tego przepisu), NROZ uznał za chybiony, jeśli spojrzeć na to przez pojęcie tzw. notoryjności sądowej i powszechnej za art. 168 kpk.

Sędziowie Sądu Najwyższego orzekli

Oddalić kasację jako całkowicie bezzasadną, obciążyć obwinioną kosztami sądowymi, uznając jej zarzuty kasacyjne za bezzasadne do uznania winy bez postępowania dowodowego, gdyż nagranie było emitowane, co nie jest kwestionowane nawet przez skarżącą lekarz; co do komercyjnego charakteru czynu, SN uznał orzeczenia sądów lekarskich za prawidłowe i ich ustalenia za takie, których nie można podważać. Lekarka naruszyła KEL, udzielając zgody na rozpowszechnienie swojego wizerunku lekarskiego. SN za niefortunnie sformułowany uznał opis czynu: „wzięła udział w nagraniu”, więc nie popełnia przewinienia za każdym razem, gdy emitowana jest reklama. Udzieliła zezwolenia i według SN to jest przewinienie. Kwestia, ile razy reklama była emitowana, nie miało w tej sprawie znaczenia.

Co z polską psychiatrią?

Na ścianach odpadający tynk, nieszczelne okna, jedna łazienka na kilkadziesiąt osób, brak przyjaznych miejsc terapeutycznych czy spotkań z rodziną, najtańsze leki, braki kadrowe – jesienią ub.r. media aż huczały o skrajnie złych warunkach w polskich szpitalach psychiatrycznych. Czy jest szansa, że te miejsca zmienią swoje oblicze?

**Lidia
Sulikowska**



W placówkach udzielających pomocy osobom chorym psychicznie w bogatszych od nas krajach coraz większą normalnością są okna bez krat, pacjenci mogą w ramach terapii uprawiać ogródek czy hodować zwierzęta, zdarza się nawet, że mają do dyspozycji basen i siłownię. W Polsce powrót do zdrowia psychicznego jest dużo trudniejszy, o takich luksusach nawet nie ma co marzyć.

Przestrzeń bardzo potrzebna

Szpitaly psychiatryczne to w Polsce obiekty często obiekty z długoletnią tradycją, zlokalizowane w starych, zabytkowych budynkach. Z jednej strony piękne, o niecodziennej architekturze, z drugiej jednak – bardzo wyeksploatowane. Niemodernizowane popadają w coraz większą ruinę, o czym wielokrotnie informował m.in. Rzecznik Praw Pacjenta czy Najwyższa Izba Kontroli. Pieniądzy brakuje nawet na zupełnie podstawowe remonty, nie mówiąc już o kosztach związanych z budowa-

niem przyjaznego otoczenia dla pacjenta. Fatalne warunki socjalne nie pozostają bez wpływu na leczenie. – Warunki lokalowe zawsze mają wpływ na pracę personelu oraz samopoczucie pacjentów. W szczególności dotyczy to chorych na oddziałach psychiatrycznych, gdzie hospitalizacja trwa długo, średnio około 30 dni, i często zdarzają się powroty za mury szpitala. Dlatego na tych oddziałach powinno być dużo przestrzeni, a warunki bytowe zbliżone do standardów sanatoryjnych lub wręcz domowych – ocenia Waldemar Giza, prezes zarządu Mazowieckiego Centrum Psychiatrii „Drewnica” w Żąbkach koło Warszawy, które od lat walczy o nową siedzibę. Obecnie placówka funkcjonuje w kilkunastu budynkach, których historia sięga nawet 1885 r. Są one w bardzo złym stanie technicznym. Na szczęście, dzięki dotacjom z Unii Europejskiej i wsparciu samorządu, ma powstać nowoczesny kompleks, więc za kilka lat sytuacja znacząco poprawi się. Nie wszyscy jednak mają przed sobą tak dobrą perspektywę.

Szpitaly nie są w stanie o siebie zadbać z własnych środków, bo wycena świadczeń, jaką proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, jest niedoszacowana.



Mazowieckie Centrum Psychiatrii „Drewnica” w Żąbkach

Nie widzą kosztów

O placówkach psychiatrycznych zbyt często zapomina ich organ tworzący/właściciel. Nie zawsze też uda się skorzystać z funduszy unijnych, a jeśli nawet, to i tak potrzebny jest dodatkowy zastrzyk gotówki, bo finansowanie nie jest równe 100 proc. kosztów inwestycji. Szpitale nie są w stanie o siebie zadbać z własnych środków, bo wycena świadczeń, jaką proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, jest niedoszacowana.

Obecnie z budżetu NFZ na psychiatrię przeznaczają się 3,5 proc. środków – w Unii Europejskiej jest średnio prawie 6 proc., a np. w Szwajcarii – aż 11 proc. Co prawda nasz narodowy płatnik od 2011 r. do 2013 r. zwiększył finansowanie świadczeń psychiatrycznych o około 10 proc., ale to wciąż za mało. Ekspertki szacują, że powinno ono wzrosnąć o kolejne 15-20 proc. Obecnie pieniądze pozyskiwane z kontraktów z NFZ często nie wystarczają nawet na pokrycie bieżącej działalności szpitala, nie mówiąc o remontach czy doposażeniu oddziałów. Czasem, jak w przypadku Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia w Pruszkowie, udaje się zachować płynność finansową, bo szpital każdorazowo wnioskuje do NFZ o możliwość wcześniejszego rozliczenia świadczeń za miesiąc bieżący. To jednak nie wystarcza. Normą jest korzystanie z pożyczek bankowych.

Dlaczego finansowanie psychiatrii na obecnym poziomie jest niewystarczające? Usługi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (dienne i stacjonarne), w odróżnieniu od tych w rodzaju leczenia szpitalnego, są rozliczane tzw. osobodniami (a nie w systemie JGP). – Wycena osobodnia jest taka sama dla wszystkich pacjentów leczonych w danym oddziale. Nie zależy od rozpoznania, przebiegu leczenia, np. zastosowanej diagnostyki czy występujących powikłań, m.in. lekooporności czy dodatkowych konsultacji. Nie wpływa na nią rodzaj przeprowadzonej terapii (psychoterapii, różnorodnych formy terapii zajęciowej) czy fakt, że pacjenta trzeba dodatkowo leczyć z powodu chorób współistniejących, jak np. cukrzycy, nadciśnienia czy nawet raka. Jeśli pacjent jest u nas, to musimy mu zapewnić kompleksową opiekę –

wyjaśnia Maciej Bóbr, rzecznik prasowy Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie.

Dyskryminacja

Zdarza się, że ta sama jednostka chorobowa leczona w szpitalu psychiatrycznym wyceniona jest gorzej niż na innych oddziałach. – Na przykład za rozpoznania: F10.3, F10.4, F19.3, F19.4 mamy stawkę 209 zł/dzień, co daje wartość hospitalizacji przy 8-dniowym pobycie 1 672 zł. Leczenie tych samych rozpoznań na oddziałach toksykologicznych szpitali w ramach grupy S44 „Inne stany w toksykologii” wynosi 3 796 zł. Takich dyskryminacji jest więcej. Wycena świadczeń na oddziale psychiatrycznym dla chorych na gruźlicę, gdzie leczymy de facto dwie jednostki chorobowe, wyniosła w 2014 r. od 147 zł do 187,50 zł (w zależności od województwa), podczas gdy w szpitalu somatycznym dzień pobytu na oddziale dla chorych na gruźlicę, gdzie leczona jest jedna jednostka chorobowa, wyceniony jest na 208 zł – wylicza Maciej Bóbr z krakowskiej placówki psychiatrycznej.

Problemem jest też finansowanie przepustek na poziomie 70 proc. wyceny osobodnia. – Przepustka jest elementem terapii, sprawdzeniem możliwości funkcjonowania pacjenta poza oddziałem szpitalnym. W tym czasie chory pozostaje pod opieką szpitala, np. otrzymuje leki. Odchodzi jedynie koszt posiłków, więc finansowanie powinno zmniejszyć się nie więcej niż o kilka procent – ocenia Maciej Bóbr. Od stycznia 2010 r. szpitale psychiatryczne i leczenia uzależnień muszą też odprowadzać dodatkową składkę do ZUS w wysokości 1,5 proc. od wynagrodzeń personelu medycznego. To jedyni pracownicy sektora ochrony zdrowia, obok zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, których dotyczy ten wymóg.

Cięcia na wszystkim

Taka sytuacja powoduje, że większość szpitali psychiatrycznych musi obniżać koszty na wszystkim, na czym się da. Redukuje się liczbę personelu, więc ci, którzy pracują, są przeciążeni i przemęczeni. Stosuje się tańsze i niestety mniej

Redukuje się liczbę personelu, więc ci, którzy pracują, są przeciążeni i przemęczeni. Stosuje się tańsze i niestety mniej skuteczne terapie, bo nowoczesne leki są za drogie.

W „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” publikujemy wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia odnośnie świadczeń szpitalnych w zakresie psychiatrii a pakietu onkologicznego.





Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie

skuteczne terapie, bo nowoczesne leki są za drogie. Efekt jest taki, że pacjent dłużej jest hospitalizowany i częściej wraca do szpitala, więc kosztuje system dużo więcej, ale nikt z decydentów tego nie widzi. Jest jednak nadzieja, że sytuacja zmieni się na lepsze. – Ośrodki psychiatryczne z całej Polski sygnalizowały Ministerstwu Zdrowia, że sytuacja jest dramatyczna. Dostaliśmy zaproszenie do rozmów z Agencją Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu nowej wyceny świadczeń. Zmiana finansowania jest konieczna – albo poprzez wprowadzenie rozliczeń na podstawie JGP, albo przez zwiększenie stawki za ośrodków. Jest wola współpracy, ale na pozytywne efekty musimy czekać – mówi Lidia Rudzka, dyrektor Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia w Pruszkowie.

Będzie gorzej?

Tymczasem osób cierpiących na zaburzenia psychiczne przybywa. Co czwarty dorosły Polak w wieku produkcyjnym doświadczył co najmniej raz w życiu problemów ze zdrowiem psychicznym (badanie EZOP „Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”, 2012). W 2013 r. w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej leczono 207,3 tys. pacjentów, do tego dochodzą chorzy, którzy korzystali z opieki dziennej i ambulatoryjnej. Coraz częściej pomocy potrzebują osoby młode. Jakich chorób ich dotyczą? – Depresje, zaburzenia osobowości, uzależnienia, fobie i zaburzenia lękowe oraz choroba afektywna dwubiegunowa i psychozy. Notuje się też coraz więcej samobójstw. Częściej diagnozuje się też choroby psychogeriatryczne. Powinniśmy im wszystkim móc zapewnić skuteczną pomoc – informuje dr Anna Mosiołek, zastępca dyrektora ds. leczenia MSCZ w Pruszkowie.

Luki w systemie

Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną będzie wzrastać, tymczasem już teraz brakuje specjalistów. Na wizytę w poradni zdrowia psychicznego trzeba czekać średnio 2,3 miesiące, a na przyjęcie do oddziału dziennego psychiatrycznego – 65

dni (dane: Barometr Fundacji WHC, X/XI 2014). – W kraju jest za mało psychiatrów. Ciągłe poszukujemy lekarzy z tą specjalizacją, ale na rynku jest deficyt, bo Ministerstwo Zdrowia przydzielało zbyt mało miejsc rezydentów na szkoleniach specjalizacyjnych. Kadra się starzeje. W placówce, którą kieruję, zatrudniam kilku lekarzy emerytów – mówi Waldemar Giza, prezes szpitala psychiatrycznego w podwarszawskich Żąbkach. Szczególnie mało jest psychiatrów dziecięcych. – Brakuje też dodatkowych form pomocy pacjentom, udzielanych poza murami szpitala. W poradniach są długie kolejki, nie ma też lekarza opiekuna przypisanego do pacjenta, zespołów leczenia środowiskowego jest jak na lekarstwo. Chory jest pozostawiony sam sobie – uważa Lidia Rudzka ze szpitala psychiatrycznego w Pruszkowie. Jest też problem ze znalezieniem wykwalifikowanych psychologów, psychoterapeutów i terapeutów zajęciowych. – Jest ich wielu na rynku, ale trudno o odpowiednio przygotowanych, a przecież źle poprowadzona terapia może zaszkodzić, a nie pomóc – dodaje.

Do przodu mimo wszystko

Pomimo niewystarczającego finansowania kierujący szpitalami nie załamują rąk i starają się zmieniać oblicze polskiej psychiatrii. Na 2017 r. zaplanowano otwarcie nowej siedziby Mazowieckiego Szpitala Psychiatrycznego „Drewnica”. Budynek będzie miał układ gwiazdowy, dzięki czemu ma zapewnić sprawną komunikację wewnętrzną i podnieść bezpieczeństwo pacjentów. Każdy jego segment będzie oddzielną bryłą o zróżnicowanym charakterze, które zostaną połączone ze sobą segmentem B, urządzonego tak, by przypominał duży ogród zimowy. Znajdzie się tu kawiarnia, czytelnia, kaplica oraz sale terapii zajęciowych. Szpital otaczać będzie duży ogród, w którym znajdą się alejki spacerowe i altanki. Lecznica będzie korzystała z ekologicznych źródeł energii. Zmiany już obserwujemy w szpitalu psychiatrycznym zlokalizowanym w podwarszawskim Pruszkowie, transformację przechodzi także szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Oby kontraktowanie zapewniło sfinansowanie skutecznych terapii dla pacjentów. ■

Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną będzie wzrastać, tymczasem już teraz brakuje specjalistów.

W „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” fotorelacja z trzech szpitali psychiatrycznych i informacje o zmianach, jakie w nich zachodzą lub mają się wydarzyć w niedalekiej przyszłości.

Premium



Komórki gleju węchowego – nadzieja i przyszłość

Jesienią ubiegłego roku świat zelektryzowała informacja o osiągnięciu zespołu neurochirurgów z Wrocławia, którym udało się przywrócić sprawność ruchową u mężczyzny z całkowicie przerwaniem rdzeniem kręgowym. Z **prof. Włodzimierzem Jarmundowiczem**, kierownikiem Kliniki Neurochirurgii USK we Wrocławiu, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Zastosował pan, wspólnie z doktorem Pawłem Tabakowem, a także przy wsparciu ekspertów z Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu oraz specjalistów z Anglii, eksperymentalną terapię, dzięki której zregenerowano przecięte włókna nerwowe rdzenia kręgowego. Pacjent zaczął chodzić, korzystając z szyn ortopedycznych. Jak do tego doszło?

Problem związany z regeneracją tych włókien od dawna nurtuje całe pokolenia lekarzy, w tym także i mnie. Dotychczas stano na stanowisku, że nie da się ich odnowić, więc gdy ulegną całkowitemu przerwaniu, np. poprzez przecięcie czy zmiążdżenie, pacjent jest skazany na ciężkie kalectwo. Podejmowano różne próby ich regeneracji, np. z wykorzystaniem komórek macierzystych, ale bez sukcesu. Nam udało się zastosować terapię, która okazała się przełomem.

Terapia ta jest oparta na badaniach prof. Geoffrey'a Raismana z University College London, który zauważył, że węchowe komórki glejowe mają zdolność odnowy uszkodzonych neuronów węchowych. Eksperymenty na zwierzętach wykazały, że odnawiają nie tylko neurony węchowe, ale także innych części układu nerwowego, w tym włókna rdzenia kręgowego. Szczury odzyskiwały funkcje ruchowe. Kilka ośrodków z innych krajów postanowiło spróbować tej terapii u ludzi. My także.

Nie byliście pierwszymi, którzy próbowali, ale to właśnie wam się udało... W jaki sposób osiągnęliście ten sukces?

Poznałem doktora Pawła Tabakowa, żywo zainteresowanego tematem regeneracji neuronów z wykorzystaniem komórek glejowych, jakieś 10 lat temu. Oczywiście wyzwanie było ogromne. Stworzyliśmy zespół badawczy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Udało się też nawiązać współpracę z Instytutem Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, czego efektem było opracowanie sposobu pobierania i hodowli komórek glejowych z błony nosa, na który uzyskaliśmy patent. Potem sprawdziliśmy na zwierzętach, czy komórki te są bezpieczne.

W 2008 r. wykonaliśmy dwie operacje u ludzi – przeszczepiliśmy komórki glejowe z błony węchowej nosa u dwóch pacjentów z całkowicie przerwaniem rdzeniem kręgowym. U osób tych nastąpiła poprawa czucia, pojawiło się napięcie mięśniowe i zaobserwowaliśmy, że są w stanie wykonywać niewielkie ruchy. Ale to jeszcze nie był przełom. Od 2010 r. nawiązaliśmy bliższą współpracę z prof. Raismanem, szukaliśmy też wiedzy na różnych konferencjach i zjazdach naukowych.

W 2012 r. przeszczepiliśmy komórki glejowe kolejnemu pacjentowi i to był przełom. Męż-

czyzna z całkowicie przerwany rdzeniem kręgowym zaczął odzyskiwać sprawność w takim stopniu, że sami byliśmy bardzo zaskoczeni.

Dlaczego akurat w tym przypadku udało się?

Nałożyło się na to kilka kwestii. Po pierwsze, pacjent Dariusz Fidyka miał uszkodzenie rdzenia spowodowane przecięciem, więc kości kręgowe były całe. Po drugie, pomógł nam przypadek. Nie można było pobrać u niego węchowych komórek glejowych z błony nosa, więc wzięliśmy je z opuszki węchowej. Tego nikt na świecie jeszcze nie próbował u ludzi. Wszczepiliśmy je, wspólnie z nerwami obwodowymi, w miejsce po wycięciu blizny z uszkodzenia rdzenia. Innowacyjne było też to, że bardzo silny nacisk położyliśmy na rehabilitację, zarówno przed zabiegiem, jak i po nim. Bo należy pamiętać, że pacjent nie obudził się po operacji z odzyskaną sprawnością. Musieliśmy go poddać długofalowej rehabilitacji, którą kontynuuje do dziś.

Pierwsze oznaki poprawy nastąpiły po sześciu miesiącach intensywnych ćwiczeń. Powoli zaczął on odzyskiwać utracone wcześniej funkcje – zaczęło się od przywrócenia czucia w nogach, potem w kończynach pojawiły się niewielkie ruchy, aż w końcu pacjentowi udało się z szynami ortopedycznymi przejść kilka kroków. To było niesamowite. Rezultaty przeszły nasze najśmielsze oczekiwania. Najpiękniejsze jest to, że pacjent cały czas robi postępy.

Udało się dowiedzieć, że regeneracja włókien w obrębie rdzenia kręgowego jest możliwa. Sukces ogłosiliście jednak dopiero w 2014 r. Dlaczego tak późno?

Po pierwsze, jak już wcześniej wspomniałem, duży wpływ na odzyskanie sprawności ruchowej ma rehabilitacja, a na jej efekty trzeba czekać. Poza tym nie chcieliśmy o tym szeroko informować opinii publicznej, zanim nie oceń nas świat nauki. Najpierw opisaliśmy nasz przypadek w renomowanym, amerykańskim czasopiśmie medycznym „Cell Transplantation” i czekaliśmy na opinie. Gratulowano nam, była też wymiana zdań oraz głosy krytyczne. W końcu zdecydowaliśmy się poinformować o zastosowanej przez nas terapii również media. Chciałbym jednak podkreślić, że to dopiero początek drogi. Aby mówić o pełnym sukcesie, trzeba jeszcze kilku tak udanych operacji. Istotny jest także fakt, że nasz pacjent miał bardzo specyficzny uraz, który polegał tylko na przecięciu włókien nerwowych rdzenia, a kręgi były całe. Takie uszkodzenia zdarzają się bardzo rzadko i w ich przypadku łatwiej o powodzenie w leczeniu, bo skala urazu jest mniejsza niż np. przy zmiążdżeniu.

Nie można jeszcze powiedzieć, że odkryliśmy sposób na leczenie przerwanych rdzenia kręgowego. Nasze prace nadal są programem naukowym, a nie praktyką kliniczną. Do zastosowania tej terapii w praktyce jest jeszcze daleko.

Jakie są dalsze plany?

Zamierzamy kontynuować badania. Obecnie poszukujemy pacjentów o podobnym urazie, jak u Dariusza Fidyki, bo ten sam efekt trzeba potwierdzić u osób z podobnym stopniem uszkodzenia, czyli przecięciem nerwów rdzenia kręgowego spowodowanym ostrym narzędziem. Nie jest to jednak takie proste, bo jak już mówiłem, tego typu urazy są dość rzadkie, więc musimy szukać kandydatów na całym świecie.

Problem to także środki finansowe na ten cel. Dotychczas korzystaliśmy z grantów naukowych, ale to nie wystarcza na tak duży projekt. Musimy wyhodować komórki do przeszczepów, przeprowadzić zabiegi, ale przecież to nie jedyne koszty. Bardzo kosztochłonna jest rehabilitacja, którą trzeba prowadzić zarówno przed operacją, jak wiele miesięcy, a nawet lat, po niej. Na szczęście otrzymaliśmy propozycję współpracy z jedną z zagranicznych fundacji, która chce nam pomóc.

Rozmowy trwają i zmierzają w dobrym kierunku, co nas niezwykle cieszy. Smutne jest to, że rodzime instytucje dotychczas nie zaoferowały pomocy, ale może to się jeszcze zmienić.

Czy w ogóle jest szansa na wdrożenie tej terapii do codziennej praktyki?

Myślę, że jest to możliwe najwcześniej za 5-8 lat, ale samo udowodnienie skuteczności naszej autorskiej metody to nie wszystko. Trzeba zaplecza, lekarzy, centrów rehabilitacyjnych, przychylności ze strony NFZ do refundowania takich świadczeń. Poza tym na razie wiemy, że terapia zadziałała w przypadku przeciętego rdzenia, a większość urazów dotyczy większych uszkodzeń w obrębie rdzenia kręgowego. Wszystko jednak przed nami, pojawiło się światło w tunelu, prace trzeba kontynuować.

Jest pan przede wszystkim praktykującym neurochirurgiem, badania naukowe to w zasadzie pasja. Skąd czerpie pan siły oraz chęci, aby je realizować?

Jest we mnie po prostu ciekawość świata, nauki, nowych wyników badań. Cieszę się, że pracuję w miejscu, gdzie mogę zgłębiać moje zainteresowania badawcze oraz że otaczają mnie ludzie, którym również po drodze z nauką.

Dziękuję za rozmowę i życzę dalszych sukcesów! ■

To było niesamowite. Rezultaty przeszły nasze najśmielsze oczekiwania. Najpiękniejsze jest to, że pacjent cały czas robi postępy.



**Maria
Domagała**

Cukrzyca nadal w ataku, obrona niegotowa

Cukrzycę ma 8,5 proc. Europejczyków (56,3 mln osób wg danych z 2013 r.). W 2035 r. tę cywilizacyjną, przewlekłą chorobę, która źle kontrolowana prowadzi do inwalidztwa, ciężkich powikłań i przedwczesnej śmierci, może mieć już ponad 10 proc. (70 mln)! Tymczasem Europa nie jest gotowa do zdecydowanych, kompleksowych działań, a te są niewystarczające i prowadzone niespójnie.



Aby krajowe rejestry były wiarygodnym źródłem informacji (umożliwiającym kontrolowanie sytuacji epidemiologicznej, zapewnienie jakości i ciągłości opieki oraz zagwarantowanie odpowiedniego finansowania), powinny być prowadzone wg jednolitych, europejskich kryteriów.



Autorka otrzymała wyróżnienie specjalne w konkursie „Dziennikarz Medyczny Roku 2014” organizowanym przez stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia za publikację: „Transgraniczna opieka zdrowotna” (GL 10/2014) i „Trudny temat: zdrowie psychiczne” (GL 12/2014).

Z „Atlasu cukrzycy”¹ wynika, że najmniej diabe-tyków jest w Mołdawii (2,4 proc.), w Norwegii i Szwecji (4,7 proc.). W Polsce, Holandii, Włoszech jest po 5,2 proc., we Francji – 5,4 proc., w Niemczech, Hiszpanii – 8,3 proc., w Portugalii, Serbii – ponad 9,5 proc., w Turcji – 15 proc. Są to jednak dane niepełne. Choć rejestry diabetologiczne ma już 30 krajów, to są one często niedokładne, nieaktualne i niejednorodne metodologicznie (prowadzą je różne instytucje). Rejestry wszystkich grup pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą ma 13 krajów, ale tylko Szwecja deklaruje ich kompletność. W 12 państwach rejestry obejmują jedynie niektóre grupy, zwykle dzieci, tylko w siedmiu – kobiety ciężarne z cukrzycą.

Tworzenie baz danych o cukrzycy napotyka przeszkody, np. w Holandii, Szwajcarii, Finlandii jest to prawo o ochronie danych osobowych, w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii dane zbierane są lokalnie i okresowo, w Danii i Portugalii prywatni świadczeniodawcy nie mają obowiązku przekazywania takich informacji, w Estonii i Bułgarii brak na to pieniędzy.

Aby krajowe rejestry były wiarygodnym źródłem informacji (umożliwiającym kontrolowanie sytuacji epidemiologicznej, zapewnienie jakości i ciągłości opieki oraz zagwarantowanie odpowiedniego fi-

ansowania), powinny być prowadzone wg jednolitych, europejskich kryteriów.

Narodowe programy, czyli jak je ocenić?

Większość krajów realizuje narodowe programy walki z cukrzycą; w jednych są dedykowane cukrzycy, w innych (częściej) chorobom niezakaźnym, w tym cukrzycy (tak jest w Polsce). Pozostałe albo adaptują inicjatywy międzynarodowe (Niemcy, Wielka Brytania), albo ujmują walkę z cukrzycą w krajowych strategiach ochrony zdrowia (Łotwa, Islandia). Część krajów zamierza wdrożyć takie programy w przyszłości. Programy na ogół dotyczą profilaktyki pierwotnej i wtórnej, świadczenia usług, wsparcia samoopieki, badań przesiewowych i diagnozowania. Badania naukowe uwzględnia mniej niż połowa krajów.

Co prawda w opracowywaniu programów uczestniczą zwykle organizacje świadczeniodawców i pacjentów, lecz niestety, zwykle nie prowadzi się monitorowania wdrażania ani analizy realizacji celów. Analizę kosztów-korzyści strategii i procedur prowadzą tylko dwa kraje: Czechy i Grecja, główne elementy poprawnej ewaluacji zawiera jedynie program w Czechach. Tylko w 10 krajach liderzy programów byli w stanie oszacować ich

budżet. Brak narzędzi oceny i informacji o efektach to powszechna słabość narodowych programów walki z cukrzycą.

Prewencję pierwotną realizują wszystkie kraje. Oprócz działań politycznych są to różne kampanie na rzecz zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, zwalczania otyłości, ograniczenia palenia i picia alkoholu. W 41 krajach robi się to na poziomie krajowym, w 17 – regionalnie (np. Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania). Tylko dziewięć ma osobny budżet na profilaktykę. Władze nie są świadome ani kosztów, ani efektów, ani skuteczności (rzadko znają jakiegokolwiek dane). Uzyskanie informacji jest trudne, gdyż akcje są lokalne, niekoordynowane, prowadzone wg niejednolitych zasad.

Pełne wytyczne w co trzecim kraju

Wytyczne (jakiegokolwiek) dotyczące cukrzycy mają wszystkie kraje. W 32 stosuje się zalecenia międzynarodowe (IDF, ADA, NICE²), w 27 – opracowane przez krajowe władze zdrowotne, w 33 – przez profesjonalne organizacje medyczne; często są to kombinacje różnych źródeł. Lista zagadnień ujętych w wytycznych pokazuje, jakie stosuje się podejście – kompleksowe czy ograniczone tylko do leczenia. W 40 krajach wytyczne dotyczą postępowania w cukrzycy typu 2, badań przesiewowych, diagnostyki i powikłań. Znacznie rzadziej (w 20 krajach) jest w wytycznych mowa o strukturalnej edukacji i prewencji pierwotnej. Wytyczne obejmujące wszystkie kluczowe zagadnienia: przesiewy, ścieżki pacjenta, samoopiekę w różnych typach i powikłaniach, cukrzycę ciążowych, strukturalną edukację pacjenta ma tylko jedna trzecia krajów Europy. Rzadko monitoruje się stosowanie wytycznych, tylko w siedmiu krajach obowiązują protokoły oceny wdrażania. Wiele organizacji i osób zaangażowanych w walkę z cukrzycą nie wie, że powinni je stosować.

Obszary ryzyka: ciąża, wzrok, nerki

Cukrzyca ciążowa zwiększa późniejsze ryzyko cukrzycy u matki i dziecka oraz zagrożenie chorobami metabolicznymi i sercowo-naczyniowymi, dlatego dane o cukrzycy w ciąży gromadzą i weryfikują 32 kraje. Ale w połowie nie są rejestrowane wszystkie przypadki, a tylko w siedmiu śledzi się losy pacjentek i dzieci. Dane pochodzą z dokumentacji służby zdrowia (Węgry), od ubezpieczycieli (Polska), władz regionalnych (Norwegia) – i nie są zintegrowane z krajowymi rejestrami diabetologicznymi. Badania przesiewowe ciężarnych w kierunku cukrzycy rutynowo zaleca się lub oferuje w prawie 3/4 krajów, w pozostałych – tylko dla ciężarnych zagrożonych cukrzycą lub z cukrzycą zdiagnozowaną przed ciążą.

Stosunkowo nieźle jest w prewencji retinopatii cukrzycowej. Prowadzenie regularnych badań przesiewowych u diabetyków przynajmniej raz w roku potwierdzają 34 kraje, dziewięć oferuje skrining co dwa lata. Większość rekomenduje re-

gularne badania oczu i ma odpowiednie wytyczne terapeutyczne.

Badania przesiewowe w kierunku nerkowych powikłań cukrzycy także są dość rozpowszechnione, nie zawsze jednak ujmują je narodowe programy. Badania diagnostyczne (białko w moczu, ciśnienie krwi) rutynowo prowadzi 35 krajów, leczenie nadciśnienia, dializy szpitalne – 33, dializy domowe i transplantacje – 23. Wszystkie niezbędne świadczenia związane z tym powikłaniem realizuje 19 krajów. Sytuacja pod tym względem jest wyraźnie lepsza na zachodzie i w centrum Europy niż na wschodzie. Ale długie oczekiwanie na droższe procedury sygnalizują zarówno Wielka Brytania i Włochy, jak i Rumunia.

Nie ma samoopieki bez edukacji

Z cukrzycą można w miarę normalnie żyć (nawet bardzo długo) i pracować – warunkiem jest jednak prawidłowa samoopieka. Według danych ADA chorzy, którzy nie znają jej zasad, czterokrotnie częściej mają powikłania. Tymczasem są kraje, gdzie nie prowadzi się choćby podstawowej edukacji osób z cukrzycą, nie mówiąc o członkach ich rodzin; w 3/4 krajów nie ma całonocnej edukacji diabetyków. Widać jednak starania, by zapewnić edukację na jakimkolwiek poziomie. W 33 krajach zaleca się ją u nowo zdiagnozowanych, ale już tylko 10 proponuje edukację strukturalną, przez całe życie. W 14 krajach pacjenci są zdani na siebie i sami muszą uzyskiwać informacje o chorobie. Na edukację brakuje środków (Litwa) i kadr (jak w Polsce). Tu inicjatywy pacjentów, profesjonalistów i firm – tzw. szkoły diabetologiczne – uzupełniają ofertę publiczną, a w Hiszpanii redukują deficyty edukacji w regionach.

W całej Europie opiekę diabetologiczną obok lekarzy sprawują pielęgniarki, lecz ich rola i poziom zaangażowania jest różny, zależny od lokalnej tradycji i organizacji opieki. Tylko w 19 krajach (także w Polsce, ale już niedługo) pielęgniarstwo diabetologiczne jest odrębną specjalizacją; tam zajmują się koordynacją opieki i usług różnych specjalistów i poziomów opieki. W 4/5 krajów ich zadaniem jest uczenie samoopieki.

Do rządzących: działajcie, rozwiązania są znane

Postępy w zwalczaniu cukrzycy są zbyt powolne i ograniczone, by odwrócić jej trend wzrostowy i zmniejszyć liczbę przegrywających tę walkę. Rozwiązania są znane: poprawa społecznej świadomości cukrzycy i jej powikłań, działania profilaktyczne, wczesne wykrywanie i dobre nowoczesne leczenie uwzględniające edukację terapeutyczną. Autorzy raportu, na podstawie którego powstał ten tekst (zob. przypisy na końcu), apelują do Unii Europejskiej, Rady Europy, WHO, rządów krajowych i organizacji o stworzenie w każdym kraju centrów cukrzycy, które podejmą kompleksowe działania dla powstrzymania choroby, oraz europejskiego centrum referencyjnego koordynującego gromadzenie danych, monitorowanie, edukację i kształcenie. ■

W całej Europie opiekę diabetologiczną obok lekarzy sprawują pielęgniarki, lecz ich rola i poziom zaangażowania jest różny, zależny od lokalnej tradycji i organizacji opieki. Tylko w 19 krajach (także w Polsce, ale już niedługo) pielęgniarstwo diabetologiczne jest odrębną specjalizacją; tam zajmują się koordynacją opieki i usług różnych specjalistów i poziomów opieki. W 4/5 krajów ich zadaniem jest uczenie samoopieki.

Na podstawie raportu „Diabetes in Europe. Policy Puzzle”, opublikowanego w styczniu tego roku przez cztery europejskie pozarządowe organizacje diabetologiczne: International Diabetes Federation-European Region (IDF Europe), Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND), Primary Care Diabetes Europe (PCDE) i European Alliance for Research in Diabetes (EURADIA).
¹ „IDF Diabetes Atlas 2013”. Sixth Edition [Internet]. Brussels: IDF; 2013 Dec. dostęp <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

² American Diabetes Association (ADA), National Institute for Health and Care Excellence (NICE).



**Joanna
Sokołowska**

Zajęła wolne
miejsce w rzędzie
przyśrubowanych
do podłogi krzeseł
– pomiędzy
starszym panem
a kobietą
z płaczącym
chłopcem na
kolanach. Krzesła
połączone były
ze sobą nawzajem
w nierozdzielny
szereg – jakby
dla podkreślenia
wspólnoty niedoli.

Prośba anonimowej pacjentki

Moją Znajomą kopnął koń. Wiem, nie ma w tym nic ciekawego... Pewnie bardziej intrygująca byłaby opowieść o tym, że to moja koleżanka dotkliwie skopała konia, ale było, jak było!



To, z pozoru nudne wydarzenie, miało jednak swój ciąg dalszy w placówce ochrony zdrowia, co czyni je znacznie bardziej atrakcyjnym z gawędziarskiego punktu widzenia. Dla dodania rumieńców opowieści mogę jeszcze nadmienić, że placówka ta świadczy usługi ambulatoryjne w zakresie chirurgii urazowej dla kilkuset tysięcy potencjalnych pacjentów. Kto choć raz zaznał atmosfery takiego miejsca, niezależnie od tego, z której strony lustra się znalazł, zrozumie, że historia mojej Znajomej ma potencjał fabularny.

Niedługo po feralnym kontakcie z końskim kopytem, noga Znajomej zaczęła żyć własnym życiem – przybrała niespotykany dotychczas rozmiar i kształt, zmieniła kolor, coraz boleśniej przypominała o swojej obecności. Zdesperowana Znajoma postanowiła poszukać pomocy. Pokuściła do rejestracji wspomnianej powyżej poradni, opowiedziała o swoim problemie. Poddano ją wstępnej selekcji i oznaczono numerem. W humanistycznej duszy Znajomej odbiło się to niezbyt miłym echem przeczytanej w szkole literatury martyrologicznej. Ponieważ jednak selekcja przebiegała sprawnie i w miłej atmosferze, Znajoma przyjęła ze zrozumieniem, że w trosce o ochronę jej wrażliwych danych, od momentu rejestracji, będzie identyfikowana nie po własnym imieniu i nazwisku, ale po tym, nadanym właśnie, numerze. Odrzuciła nasuwające się siłą rzeczy skojarzenia i przyjęła ufnie

powyższą informację wraz z karteczką formatu biletu autobusowego, na której znajdował się rząd cyfr. Choć jest osobą dość młodą, dość sprawną i całkiem zaradną życiowo, w zaistniałej sytuacji w żaden sposób nie mogła go zapamiętać. Ale miała przecież karteczkę! Wdzięczna za troskę i zapobiegliwość, schowała ją w bezpiecznym miejscu – w torebce. Zajęła wolne miejsce w rzędzie przyśrubowanych do podłogi krzeseł – pomiędzy starszym panem a kobietą z płaczącym chłopcem na kolanach. Krzesła połączone były ze sobą nawzajem w nierozdzielny szereg – jakby dla podkreślenia wspólnoty niedoli. Noga bolała, chłopiec płakał, starszy pan opowiadał o swoim pechowym upadku z drabiny, prezentując przy tym z wdziękiem sine pręgi na wydatnym i kosmatym brzuszku. Co jakiś czas drzwi gabinetu zabiegowego otwierały się i – jeśli nie było akurat nikogo broczącego krwią lub nie wbiegał zespół ratownictwa medycznego z nieszczęśnikiem na noszach – stłumiony głos z wnętrza odczytywał kolejny numer. Poprzedni? Następny? Dla odświeżenia pamięci znajoma postanowiła poszukać karteczki w torebce. Wysypała w tym celu jej zawartość, prezentując światu skrywane dotąd wstydliwie tajemnice – niedojedzony batonik, trzy szminki, zużytą chusteczkę do nosa i kartkę z listą zakupów. Znalazła. Postanowiła trzymać karteczkę w garści. Starszy pan, widząc jej wysiłki, przerwał swą opowieść. „Ja to nawet nie szukam...” – szepnął konspiracyjnie.

FOTO: Shutterstock

„Bez okularów i tak nic nie widzę na tym karteluszk” – dodał.

„A pani to chyba nie ma dzieci...” – współczująco konstatowała sąsiadka, podając Znajomej portfel, który wypadł z torebki w czasie poszukiwań karteczki. „Bo zdjęcia dziecka nie ma. W portmonetce...” – zakończyła trochę nostalgicznie.

Już po trzech godzinach oczekiwania Znajoma знаła sytuację małżeńską, materialną, zdrowotną i rodzinną kobiety z nieustannie płaczącym chłopcem. Starszy pan, chytrze łącząc w swej opowieści wątek spróchniałej drabiny i sytuacji w Europie Środkowej ze szczególnym uwzględnieniem rabunkowej polityki obecnego rządu, skłonił moją znajomą do wygłoszenia deklaracji światopoglądowej. Zaiskrzyło. Zmiana tematu stała się konieczna z uwagi na rosnącą temperaturę dyskusji. Znajoma opowiedziała więc kolejnym sąsiadom o swojej pasji jeździeckiej i nie do końca odwzajemnionej miłości do pewnego wałacha. Otrzymała wsparcie, współczucie i poradę, jak okiełznać krnąbrnego konika. Rozmowa toczyła się dalej leniwie, przerywana jedynie systematycznym pochlipywaniem chłopca, który rozmawiać z nikim nie chciał.

Tę osiągniętą, jak się wydawało, po upływie kolejnych godzin, stabilność sytuacji zmąciła pani pielęgniarka wykrzykująca kilkakrotnie znużonym i nieco schrypniętym głosem jakiś numer. Nikt się nie zgłaszał. Wywołała więc moją Znajomą. Po nazwisku...

Potem poszło jak z płatka – Znajoma wyszła z poradni zdiagnozowana i usatysfakcjonowana. Proces zdrowienia przebiegał sprawnie. Bardziej niż ból pokiereszowanej nogi doskwierała Znajomej niepewność, o co chodziło z tym numerowaniem pacjentów. Świeżo zdobyta sprawność „Anonimowego Pacjenta” skłoniła ją nawet do lektury ustawy o ochronie danych osobowych. Może czytała niezbyt dokładnie, może bez specjalistycznej prawniczej wiedzy, ale w żadnym z paragrafów, ustępów i artykułów nie znalazła sugestii, że zastąpienie jej imienia i nazwiska szeregiem cyfr ma jakiegokolwiek znaczenie dla ochrony jej danych. Moja koleżanka nosi piękne, dość popularne imię i lubi się nim przedstawiać, łącząc je ze swoim nazwiskiem. Ma przecucie, że jego głośne wymienienie w poczekalni lekarskiej, na korytarzu szkoły czy urzędu, nie pozwala na jednoznaczne jej zidentyfikowanie i nie narusza w żaden sposób jej praw.

W swych rozważaniach (zgubne są skutki zbyt długiej rekonwalescencji „na zwolnieniu lekarskim”), zastanawiała się nawet, czy bardziej nie naruszyło jej prawa do ochrony wizerunku wielogodzinne przebywanie na małej przestrzeni tłoczego korytarza w gronie przypadkowych osób pod czujnym okiem przemysłowej kamery...

Jeśli spotkacie państwo tę moją znajomą, a pewnie spotkacie, bo dba o zęby, wykonuje badania profilaktyczne, choruje i czasem... kopie się z koniem – przekazujcie jej prośbę: zwracajcie się do niej, staropolskim zwyczajem, po imieniu i nazwisku. Ona zapewnia, że będzie się wtedy czuła dostrzeżona, szanowana i mniej anonimowa, a to jeden z filarów budowania zaufania na linii pacjent – lekarz. ■

Zmiana tematu
stała się konieczna
z uwagi na rosnącą
temperaturę dyskusji.
Znajoma opowiedziała
więc kolejnym
sąsiadom o swojej pasji
jeździeckiej i nie do
końca odwzajemnionej
miłości do pewnego
wałacha. Otrzymała
wsparcie, współczucie
i poradę, jak okiełznać
krnąbrnego konika.

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Wybitny rosyjski dramatopisarz przełomu XIX i XX w., Antoni Czechow, był wykształconym i – mało kto o tym pamięta – praktykującym lekarzem.

Stamtąd nasz bohater wyruszył na studia medyczne do Moskwy, a po latach, już jako dramaturg, związał się z wielkim reformatorem Konstantynem Stanisławskim i wspólnie z nim stworzył podwaliny naturalizmu w teatrze. Trzy lata przed śmiercią ożenił się z wybitną aktorką Olga Knipper.

Czyżby ten lekarz i wybitny pisarz przewidział, co stanie się z niektórymi ludźmi na Wschodzie, a czego jesteśmy właśnie świadkami? ■

DDU FRACP FCSANZ,
kardiolog, specjalista
chorób niewydolności
krążenia, Princess
Alexandra Hospital,
Brisbane, Australia

Z zainteresowaniem przeczytałem polemikę Pani Prof. Barbary Bień na list Dra Macieja Krzanowskiego (Nr 2/2015) dotyczący niejasności, z jakimi Orkiestra przydzielała pomoc dla pacjentów geriatrycznych w 2014 r. Jestem kierownikiem Oddziału Niewydolności Serca w jednym z większych szpitali na wschodnim wybrzeżu Australii. Na moim oddziale przebywają pacjenci po rozległych zawałach mięśnia sercowego lub z ciężką niewydolnością spowodowaną kardiomiopatiami. Tylko niewielka grupa to pacjenci przed 65. rokiem życia z po-

Jakikolwiek przewidywany niedobór sprzętu lub serwisu na jakimkolwiek oddziale (a szpital jest wielokompleksowy i posiada duży oddział geriatry), jest szybko

Trombopoetyna

Po raz kolejny przekonałem się, że ciekawość świata można świetnie łączyć z tak zwaną błogą nieświadomością. I że niewiedza może człowiekowi dodawać odwagi.

W moim przypadku pozwala na swobodne pisanie o rzeczach, na których się ani trochę nie znam. Dowiedziałem się, że podczas mojego występu, na widowni zasiadają uczestnicy konferencji poświęconej diagnostyce laboratoryjnej. To sfera, o której jeszcze nigdy nie pisałem. Podejrzewałem, że w ogóle niewielu poetów zapuściło się w te rejony liryki. Przeanalizowałem twórczość Mickiewicza, Słowackiego, Norwida. Nic! Na jakiś ślad trafiłem u Tuwima: „Lepkim osoczem brzozu ubroczyć/ Na rany białe wargami wskoczyć”. Niestety ograniczył się do bardzo ogólnych rozważań. Nawet nie określił normy lepkości osocza brzozu. A ciekawe, czy to się mieści w zakresie od 1,4 do 1,8 centypauzów? No, ale przynajmniej coś wspomniał. Inni w ogóle. Na przykład Leśmian czy Gałczyński. Może się na diagnostyce laboratoryjnej nie znali? Ale to nie jest wystarczający powód, żeby unikać tej tematyki w wierszach. Mam zatem okazję zostać prekursorem. Zajrzałem do programu konferencji, której uczestnicy mieli być na moim występie. Wśród tematów wystąpień znalazłem kilka inspiracji. Na przykład: „Izoenzymy dehydrogenazy alkoholowej i izoformy transferyny w diagnostyce...”, „Trombopoetyna, własności fagocytarne i aktywacja płytek krwi w stanach chorobowych...”, „Troponiny sercowe – coraz trudniejsza interpretacja...”. Każdy, kto rozumie chociaż część tych pojęć, pewnie nigdy by się nie odważył na użycie ich w poezji. A ja mogę. Bo popadłem w stan błogiej literackiej nieświadomości. Proszę, oto efekt:

O Julio, niewiaśto bez skazy,
Tyś wzorcem urody dziewczyny,
Jak izoenzymy dehydrogenazy
I izoformy transferyny.
Tyś najpiękniejszym jest kwiatem,
Od Ciebie się wszystko zaczyna,
To Ciebie wysławia poematem
Trombopoetyna.
A oczy masz takie figlarne,

I takie piękne masz brwi...
A Twoje własności fagocytarne
I aktywacja płytek krwi
Zaprzatają mi głowę,
Gdy wiosną kwitnie akacja...
Cóż... Troponiny sercowe –
– coraz trudniejsza interpretacja...

Krytyczna analiza wiersza raczej nie ukaże się w żadnym fachowym piśmie literackim. Recenzent musiałby skończyć odpowiednie studia, żeby odpowiedzieć na tradycyjne pytanie „Co poeta miał na myśli?”. Ewentualnie poszukać konsultanta. Ale próżny trud. Poeta sam nie wie, co miał na myśli. Tego typu twórczość (nie pierwsza w moim dorobku) podsunęła mi myśl powołania Grupy Literackiej „Trombopoetyna”. Jej główną zasadą będzie prymat rymu nad sensem. Członkiem grupy może zostać poeta, który ma w swoim dorobku przynajmniej trzy wiersze utrzymane na podobnym poziomie niezrozumienia tematu i otrzyma pozytywną rekomendację przynajmniej trzech członków zwyczajnych stowarzyszenia. A że do „Trombopoetyny” należę tylko ja, ze względów formalnych raczej nie ma możliwości, żeby dołączył ktoś jeszcze. No chyba że (co w przypadku ludzi z taką wrażliwością nie jest zjawiskiem wcale rzadkim) nagle zacznę występować w trzech osobach. Wtedy być może kogoś przyjmę.

Przepraszam, musiałem na chwilę przerwać pisanie, bo akurat siostra przyniosła tabletki. To Ona ma na imię Julia. Jest piękna, ale trochę się jej boję, bo:

Przychodzi do mnie lwica dwugłowa,
Niesamowity to zwierz:
Ta jedna głowa, to siostra oddziałowa.
Ta druga głowa to też.
I sący lwica dwugrzywa
Herbatę z samowara.
Tylko siostra potrafi kiwać
Obiema głowami. Nara. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

korygowany z centralnego zaplecza. Nikt nie zabiera sprzętów z oddziałów, chyba że nie są wykorzystywane w danym momencie. Taki centralny system zaopatrzenia czuwa nad efektywnym jego wykorzystaniem. Nie dochodzi więc do sytuacji, że jeden oddział ma sprzęt niewykorzystany, a drugi nie może leczyć pacjentów, bo tego sprzętu nie ma. To uważam za nieprawidłowe. Zgadzam się z Panią Profesor, że geriatrya jest bardzo potrzebną dziedziną medycyny, bo wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa przybywa przewlekłe chorych na schorzenia wielonarządowe. Nie ulega też dla mnie wątpliwości, że opieka geriatryczna powinna być odpowiednio zabezpieczona infrastrukturalnie. To zadanie dla dyrekcji szpitala.

Niemniej jednak ci sami pacjenci mogą ciągle wymagać leczenia na oddziałach specjalistycznych w przypadkach nagłych, takich jak zawał serca, nagły udar mózgu lub ostra niewydolność krążenia. Rolą dyrekcji szpitali pozostaje, aby to umożliwić poprzez sprawne i efektywne wykorzystanie posiadanego sprzętu i personelu medycznego.

A tak już na marginesie, to bulwersuje sposób, w jakim ofiarodawca potraktował pacjentów i lekarzy szpitala w Pszczynie. Jakakolwiek ingerencja w autonomię opieki nad pacjentem sprawowanej przez szpital i personel medyczny jest niedopuszczalna.

Pozdrawiam z dalekiej Australii. ■



Kilka słów
komentarza do listu
pani prof. Barbary Bień
(„GL” 02/2015).

**Andrzej
Basiewicz**

Doktor nauk
medycznych,
urolog

W sprawie współpracy z przemysłem – czy zawsze zgodnie z prawem?

W 2015 r. pojawi się w środowisku medycznym tzw. Kodeks Przejrzystości. Dokument bardzo potrzebny, gdyż – jak to ujął w swym komentarzu wiceprezes NRL Romuald Krajewski – „w medialnej świadomości społecznej współpraca przemysłu medycznego z lekarzami jest często postrzegana negatywnie” („GL” 8-9/2014). Interesujący komentarz w tej sprawie napisał dr Piotr Sławiński („GL” 11/2014).

Jestem lekarzem urologiem pracującym na terenie dolnego śląska i chciałbym z lokalnego punktu widzenia skomentować obraz współpracy z przemysłem. Należy na początku postawić kilka zasadniczych pytań. Czy wszyscy lekarze mogą współpracować z przemysłem farmaceutycznym? Jakie są kryteria doboru? Co jest głównym celem współpracy i jakimi metodami jest on oceniany? Jak wygląda dotychczasowa praktyka w relacjach przemysłu z lekarzami? Jakie stanowisko w tej sprawie zajmuje NFZ?

Z moich dotychczasowych obserwacji wynika, że obok wartościowych programów badawczych

i edukacyjnych, które są prowadzone przez określoną, przygotowaną merytorycznie grupę lekarzy (najczęściej z doświadczeniem naukowym), mają miejsce dość zastanawiające praktyki. W pierwszym przypadku precyzyjnie zaplanowane badania są prowadzone przez dobrany zespół doświadczonych specjalistów. W drugim przypadku panuje kompletna samowola w zlecaniu pseudobadań (np. tzw. akcja prostata) lekarzom niemal bezpośrednio po zakończeniu studiów, pozbawionym doświadczenia i nieposiadającym specjalizacji w dziedzinie, jaką reprezentuje zlecająca firma farmaceutyczna. Możemy się domyślać motywów tego postępowania. Oprócz naruszenia zasady posiadania wymaganej specjalizacji, dochodzi w tej sytuacji do złamania prawa. Rozporządzenie ministra z dnia 27.05.2011 r. jednoznacznie zabrania lekarzom bez specjalizacji przepisywania leków refundowanych (poza kontynuacją w POZ). Jak widać, lekarze naruszający prawo oraz firmy farmaceutyczne, które ich sponsorują, nie przejmują się zbyt obowiązyującymi przepisami. Nie wymaga komentarza, jaką wartość mogą przedstawiać takie prace badawcze. Mamy za to efekt masowej sprzedaży leków objętych refundacją (pełny koszt leku pokrywa NFZ).

Dr Piotr Sławiński w swym liście do redakcji poruszył problem sponsorowania przez przemysł edukacji lekarzy, głównie ich udziału w konferencjach naukowych. Wydaje mi się, że to zjawisko nie powinno budzić zastrzeżeń ani co do słuszności celu, ani zasad etycznych. Taka forma pomocy środowisku lekarskiemu jest rozpowszechniona na całym świecie, uznana jako cenny wkład w rozwój wzajemnych kontaktów i postęp kształcenia.

Na zakończenie chcę odnieść się do czterech punktów wymienionych jako nowe standardy przejrzystości. Aby „budować zaufanie pacjentów (1), rzetelnie informować (2), wzmocnić pozycję lekarzy (3), dostosować zasady współpracy do standardów europejskich (4)”, przemysł powinien zrezygnować z przedstawionych przeze mnie powyżej dziwnych działań, które są niezgodne z powszechną zasadą prowadzenia rzetelnych prac badawczych oraz naruszają obowiązujące przepisy prawne. Pozostaje jeszcze jedno pytanie, o stosunek NFZ do wyżej opisanych praktyk. Przecież system dokładnie kontroluje rynek leków refundowanych i widzi zastanawiającą aktywność lekarzy, którzy nie posiadają uprawnień, a pomimo to zachowują się jak „specjaliści”. ■

Czy okulista może rozpoznać białaczkę?

Tak, ale w Anglii musi się liczyć z utratą pracy...

Lekarz rodzinny przysłał do mnie wieczorem 8-letniego chłopca do poradni w Stevenage, który nagle niemal całkowicie zaniewidział na jedno oko (6/60) bez urazu i innych poważnych zaburzeń zdrowotnych. Od razu wzbudziło to moje zaciekawienie. Po rozszerzeniu źrenic, stwierdziłem krwotok w płamce w niedowidzącym oku oraz dwa peryferyjne krwotoki w drugim oku. Gdyby lekarz pierwszego kontaktu wykonał podstawowe badanie krwi, ten pacjent nigdy nie trafiłby do mnie...

Zwykłem tłumaczyć pacjentom, że krwawienie w oku to nie problem oczny (jeśli nie ma urazu), ale objaw zaburzeń ogólnoustrojowych. Myśląc w ten sposób, uznałem, że cukrzyca powinna byłaby jednak zostać wykryta wcześniej u dziecka. Uznałem zatem, że musi to być jakiś kłopot z krzepnięciem krwi i wypisałem skierowanie na badanie krwi, dodając czerwonym długopisem: **BARDZO PILNE!!!**

Uznałem, że przypadek jest co najmniej nietypowy, a nie mając dostępu do funduskamery, samodzielnie wykonałem OCT. Na tym mój kontakt z pacjentem się urwał, gdyż personel laboratorium zachował się tak profesjonalnie, jak nie uczynił tego lekarz rodzinny, i zobaczywszy wyniki badania krwi, bezzwłocznie skontaktował się z pediatrami. Gdy rano zacząłem szukać pacjenta, okazało się, że dziecko jeszcze w nocy zostało przewiezione do Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala w Londynie (UCLH), celem wykonania biopsji szpiku.

Kolejnego dnia, w przerwie na cup of tea, przekazałem kierownikowi poradni Michaelowi Toma (w Anglii nie ma już oddziałów okulistycznych poza kilkoma uniwersyteckimi – okulistyka stała się specjalizacją wyłącznie ambulatoryjną) informację:

– Wieczorem miałem pacjenta, który został przetransportowany do UCLH, gdyby ktoś się pytał...

– A co mu było?

– Ośmioletnie dziecko z krwotokami w obu siatkówkach.

– O?! Czy pan wie, jak wygląda krwotok w siatkówce?

– Spodziewałem się takiego pytania, więc zrobiłem zdjęcia w OCT.

– Co?! A pan doktor wie, że nie wolno nam przyjmować dzieci w poradni? Nie mamy na to ubezpieczenia!

– dziecko widziałem na głównej izbie przyjęć szpitala jak zawsze, ale tam nie było możliwości

zrobienia dokumentacji fotograficznej, a miałem nosa, że przypadek jest wart uwagi...

Następnego dnia zostałem wezwany do kadr i poinformowano mnie, że piątek będzie moim ostatnim dniem pracy, gdyż jako pracownikowi kontraktowemu nie przysługuje mi wypowiedzenie...

Ja byłem pionkiem, ale by było ciekawiej, w owym czasie była nagonka na niestosowanie się do procedur na okulistyce w nowiutkim bungalowie okulistycznym przy szpitalu Listera, będącym prywatną inwestycją. Po jego przejęciu przez państwowego ubezpieczyciela NHS ten sam ośrodek, zatrudniający tych samych 4 stałych konsultantów, został nominowany do nagrody najlepszego ośrodka okulistycznego...

Kilka tygodni później, pracując już w innej poradni okulistycznej, udało mi się dodzwonić do lekarki prowadzącej „mojego” pacjenta. Dostałem oficjalną diagnozę: anemia aplastyczna... Schorzenie zdarzające się 1 na 2 000 000 (ok. 40 przypadków rocznie w UK). Leczenie to allogeniczny przeszczep szpiku oraz terapia immunosupresyjna i ATG (antithymocyte).

P.S. Jak się później dowiedziałem, powodem moich kłopotów były podobno względy ubezpieczeniowe! W nowym bungalowie nie przewidziano obsługi i ewakuacji małych pacjentów... ■



Wawrzyniec Mantorski

Specjalista chorób oczu





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Jak na dłoni

Nie lubię siódmej dzielnicy. Jest tu oficjalnie, dość pompatycznie, zimno. Wyczelowana geometria Pałacu Inwalidów, idealne proporcje budynku Zgromadzenia Narodowego, wyniosłe latarnie mostu Aleksandra składają się na siatkę ulic zbyt długich, zbyt szerokich, opierających się miarom kroków. A jednak to ta dzielnica właśnie skrywa w sobie jeden z najbardziej intymnych ogrodów Paryża.

Przy Rue de Varenne czai się ów ogród, pamiętający kroki Augusta Rodina, a teraz służący za jego muzeum. Najlepiej przyjść tu w niepogodę, tak by nie było nikogo. Wtedy rzeźby, ustawione w szpalery powtarzające linie drzew i żywopłotów, w ciszy, w niebyciu, nabrzmiewają szeptanymi głosami. Jest tu i wstyd Ewy, i wygięcie ciała na Drzwiach piekieł, i poświęcenie mieszczan z Calais.

Ale to, co najistotniejsze u Rodina, zawiera się zawsze w przestrzeni gestu, w przestrzeni dłoni, tak jak ta Victora Hugo powstrzymująca fale, czy ta ze słynnego „Pocałunku” z siłą i słodyczą okalająca udo ukochanej. Rilke pisał o tym najtrafniej: „Pośród prac Rodina są dłonie, pojedyncze dłonie, które, nie należąc do żadnego ciała, są żywe. Dłonie,

które wzbierają podjudzone gniewem, dłonie, których pięć kolczastych palców zdaje się szczekać jak pięć szczęk psa piekieł [...] Ręka położona na czymś ramieniu czy udzie nie należy już do ciała, z którego pochodzi – z tego ciała i z tego, czego dotyka lub czego chwyta, powstaje coś nowego, coś co nie ma imienia i nie należy do nikogo”.

Rodin sporządził tysiące próbnych studiów dłoni, z uwagą oddając wygięcia palców, ułożenie rąk, tak by pokazany gest niósł z sobą wybrane przez niego emocje. Jedno z najbardziej dramatycznych studiów przedstawia dużą dłoń z zakrzywionymi palcami, starającą się pochwycić coś, co nieuchronnie jej się wymyka. Czy jednak coś w tym rozpaczliwym geście wskazywać może na chorobę? Jeśli tak, to na jaką? ■

Rodin sporządził tysiące próbnych studiów dłoni, z uwagą oddając wygięcia palców, ułożenie rąk, tak by pokazany gest niósł z sobą wybrane przez niego emocje.

a

Rzeźba: Auguste Rodin, „Duża zaciśnięta lewa dłoń”

b



FOTO: Tybo

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

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

W temacie maila należy wpisać GL03.
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” 02/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Krzysztof Poślednik z Warszawy
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 02/2015

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Van Goghowi przypisuje się wiele chorób, od epilepsji, zachowań depresyjno-maniakalnych, po zatrucie absyntem. Intensywność kolorów, z których słyną płótna van Gogha, zwłaszcza jego przenikliwe żółcie, mogą być jednak również symptomem ksantopsji – widzenia w kolorze żółtym.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zamiana bukietu różowych kwiatów na słoneczniki.

Słoneczniki to kwiaty, które na zawsze pozostaną jednym z ważnych tematów dla van Gogha. Kwiaty te malował szczególnie często w czasie pobytu w Arles właśnie.

2. Zmiana koloru butelki na pierwszym planie na zielony.

Zielony kolor sugerowałby, że butelka zawiera absynt – trunek, którym van Gogh racył się często, jak każdy szanujący się artysta w tym czasie. Niektórzy badacze sugerują nawet, że część objawów chorobowych Vincenta wynikała z zatrucia tym alkoholem.

3. Dodanie kota pod stołem bilardowym.

Paul Gauguin, który mieszkał wraz z Vincentem w jednym domu w Arles, również stworzył swoją własną interpretację wnętrza tej samej kawiarni. Na obrazie Gauguina koło stolika barowego czai się sylwetka kota.

4. Zamiana zielonej ściany na niebieską.

Jednym z objawów ksantopsji jest również nieobecność niebieskości i fioletów w widzeniu chorego. Użycie tych odcieni zatem podważałoby proponowaną diagnozę. Biorąc pod uwagę, że kolory te występują w dużej proporcji w innych dziełach van Gogha z tego okresu, bardzo możliwe jest, że „żółte widzenie” było po prostu jego świadomym artystycznym wyborem, a nie jednostką chorobową.



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



Urszula Jarosz

Laureatka III
miejsca w
Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2014) w kategorii
„Poezja”

Gospodyni

Zderzyłam się z kurą z rosołu
nie dalej jak wczoraj
pośliznęłam na bananowej
skórcie bezmyślności
noc spędziłam wygodnie
wstawiona na sztorc za lodówkę
zużyta wykałaczką
dłubiąca w zębie czasu,
a od rana prasuję
koszule bliskie ciału.

Zacisnęłam świat w piastkę
wkurzonego dziecka
niebieską łąką harlekina
opłakałam wieczór
pod opuszkami palców
namacałam ślepotę nocy
i zaplątałam w nogawki gorczy
wypięłam goły tyłek
szyderstwa

na próżno

moje dłonie samotne
gładzą nietkniętą biel
prześcieradeł
poduszka szydzi wypukłością
z dnia
na próżno
szukam śladów naszych ciał.

w powietrzu drżą słowa
niewypowiedziane
zatykam uszy przed hałasem
twojego milczenia

Chemia organiczna

Oszalałe elektrony
mylą orbity
atomy węgla
gubią miejsce w szeregu

skóra dłoni to jeszcze
czy plastik telefonu
wrośnięty w nią od tygodni

istnienie stało się trwaniem
trwanie wiecznością.
Zamienię wieczność
na jedną wiadomość.
Pilne!!!!!!

Kolejne spotkanie Polskiej Orkiestry Lekarzy

Początek roku zapowiadał się dla lekarzy muzyków obiecująco. Pierwsze informacje odnośnie planowanego kolejnego koncertu napływały do nas kilka miesięcy wcześniej. Z biegiem czasu klarowało się zarówno miejsce koncertu, jak i repertuar. Pomimo początkowych trudności organizacyjnych ustalono ostatecznie, że tym razem wyjątkowo zagramy aż dwa koncerty! Przyznam, że do tej pory spotkania Polskiej Or-

kiestry Lekarzy (POL) odbywały się w konwencji: zjeżdżamy się na trzy dni do jednego miasta z całej Polski, ćwiczymy, a w niedzielę gramy koncert. Tym razem czekała nas niespodzianka! Program naszego spotkania przewidywał dwa koncerty.

4 stycznia mieliśmy gościć w Bazylice Mariackiej w Krakowie, a 5 stycznia w Auli Akademii Muzycznej w Katowicach. ■

**Katarzyna
Piątek**



W auli Akademii Muzycznej w Katowicach.

Pełna relacja
z tego wydarzenia
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM”.

Premium



XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

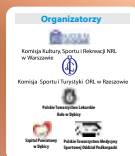
XI KONFERENCJA NAUKOWA Postępy w Medycynie Sportowej



Polskie Towarzystwo Lekarskie
Kolo w Dębicy



Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej



Dębica 2015
23-25
KWIECZNIA

Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie 35-030 Rzeszów, ul. Dekerta 2
e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org
tel.: (17) 717-77-17

numer konta: PEKAO S.A. Oddział Rzeszów 60 1240 4751 1111 0000 5512 1415

<http://www.mplwp.pl>

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej

23-24.05

To aktualny termin Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Gdańsku. Więcej informacji i dane kontaktowe do organizatorów znajdują się na stronie www.turniejlekarzy.vcard.pl.



Zawody rozegrane zostaną w dniach 26-28 marca 2015 r. w Wieluniu, w hali sportowej WOSiR przy ul. Częstochowskiej 35. Organizatorem imprezy jest Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. Zgłoszenia (nazwa zespołu, imienna lista zawodników, dokładny adres OIL, telefon osoby „kontaktowej” – kierownika zespołu) należy przesłać na adres: bognakanicka@wp.pl i m.rydz@hipokrates.org. Szczegółowych informacji udzielają: Bogna Kanicka – tel. 604-94-74-86, e-mail: bognakanicka@wp.pl oraz Mirosław Kanicki – tel. 602-516-139, e-mail: miewma@wp.pl. ■

W więcej w aktualnościach na www.gazetalekarska.pl w zakładce SPORT.

Aktualności



Turnieje tenisowe lekarzy w 2015 roku z akredytacją PSTL



www.pstl.org

08.05 – 10.05.2015

Częstochowa
XIV Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie

04.06 – 07.06.2015

Poznań
XXV Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2015”

18.07 – 24.07.2015

Rotterdam, Holandia
45 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie

21.08 – 23.08.2015

Tychy
IV Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Tenisie

11.09 – 13.09.2015

Zielona Góra
V Jubileuszowy Turniej Lekarzy w Tenisie „Winobranie 2015”

12.11 – 15.11.2015

Pabianice
XVIII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie



W imieniu własnym oraz Zarządu
życzę wszystkim członkom PSTL,
aby w Nowym 2015 Roku spełniły się
Wasze marzenia osobiste, zawodowe
a nade wszystko tenisowe.

Pozostając z szacunkiem
Prezes PSTL
dr n. med. Marcin A. Wroński

Kolorowy semafor

Polski inżynier Jan Baranowski po raz pierwszy 158 lat temu zastosował automatyczny system sygnalizacji kolejowej. Od czasu londyńskiej Wystawy Światowej w 1862 r., semafor, a później sygnalizator świetlny stały się nieodzownymi elementami na drogach. Dzięki niemu ludzie poczuli się bezpieczniej. Ale czy wszyscy?

Zasada sterowania ruchem poprzez informację wizualną za pomocą różnie ustawianych ramion lub barwnych światel, jest we współczesnych warunkach czymś oczywistym i nieodzownym. Każda awaria może prowadzić do korków, kolizji, jazdy na pamięć, niewybrednych przekleństw i żartów. W przypadku kolei, mniej ważą opóźnienia pociągów w porównaniu z obawą katastrofy w ruchu lądowym w wyniku nieprawidłowego odczytywania sygnałów. Tylko w nadzwyczajnych sytuacjach widzimy powrót do ręcznego sterowania: policyjnego baletu z lizakiem i pomarańczowych znaków drożniczych.

Kolorowe światelka eWUŚ, tak czarownie i zapewne przypadkowo nazwane, aby nie zapomnieć o autorce, osłепiły kierujących podstawową opieką zdrowotną na początek roku. Sygnalizacja określająca uprawnienia pacjentów, krytykowana od lat za złe przygotowanie, potwierdzanie potwierzonego i niepotwierdzonego wątpliwego uprawnienia, stała się kolejnym narzędziem, aby nie płacić za część świadczeniobiorców. A jeśli już płacić, to tylko wówczas, kiedy placówka ochrony zdrowia udowodni, że czerwoni są zieloni.

Ta nowa zagadka pozornie z dziedziny okuliśki i kolorymetrii dotyczy trzech milionów obywateli, z czego wielu wyjechało tam, gdzie zasady ruchu drogowego i kolejowego (sorry) oraz ubezpieczeń zdrowotnych są mniejszym problemem w codziennej politycznej grze. Jedna trzecia jednak została i ma konstytucyjne prawo dostępu do lekarza, nazwijmy go czarownie i przypadkowo: Tomasza Judyma. Doktor bardzo lubi ludzi bezdomnych, dzięki którym codziennie rozwiązuje cynicznie zadaną szaradę kolorów, oświadczeń, paragrafów, europejskich kart ubezpieczenia zdrowotnego, zasiłków rehabilitacyjnych i dzieci po 18. roku życia, których rodzice nie znają przepisów, a państwo polskie dba, aby ich niewiedza trwała jak najdłużej.

Jan Józef Baranowski urodził się 210 lat temu w Śmiłowiczach. Był ekonomistą i wynalazcą, jednym z najwybitniejszych inżynierów pokolenia Wielkiej Emigracji. Poza semaforem opatentował ręczny kasownik do biletów, maszynę do ich druku i kontroli, kopiarkę listów oraz gazomierz. Uznanie zdobyły jego urządzenia do kontroli rachunków i głosowania. Z dostępnych źródeł wynika, że praca Jana Baranowskiego na rzecz prawidłowego działania systemów ubezpieczeń zdrowotnych nie jest znana, chociaż sygnalizator świetlny dla kolejki pacjentów bije jaskrawo po oczach. Ponad 200 lat temu nikt nie pozwoliłby sobie na wprowadzenie skomplikowanego, drogiego, niesprawdzonego i niedoskonałego systemu, który zamiast porządkować wprowadza chaos i niepotrzebnie angażuje siły, które mogłyby zostać wykorzystane na rzecz chorego albo na zwykły odpoczynek. Dzisiaj jednak liczy się efekt medialny, a nie rzetelne rozwiązania. Współczesny Baranowski pracujący za publiczne pieniądze jest anonimowy. Dzięki temu tak chętnie urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pięknie rozkładają ręce i dołączają do chóru narzekających, monitujących, podchodzących z troską i zrozumieniem. A semafor sobie mru-ga jak chce.

Politycy nie rozumieją problemów systemowych. Dziennikarze nie chcą o nich rozmawiać, poszukując sensacji a nie racji, walcząc o sondażowy słupek. Każdy gdzieś się śpieszy, także lekarze, mimo mroczek przed oczami, rozbłysków, zamgleń i tęczowej palety ustawowych rozwiązań, mimo ryzyka katastrofy (na początek małej). Oficjalnie wszystkie dziedziny mają zielone światło, jedna ma nawet zieloną kartę, dzięki której po przekroczeniu granicy śmiertelności choroby powinno być bezpieczniej.

Ramiona semafora zamarły w osłupieniu. Dokąd my właściwie jedziemy? ■

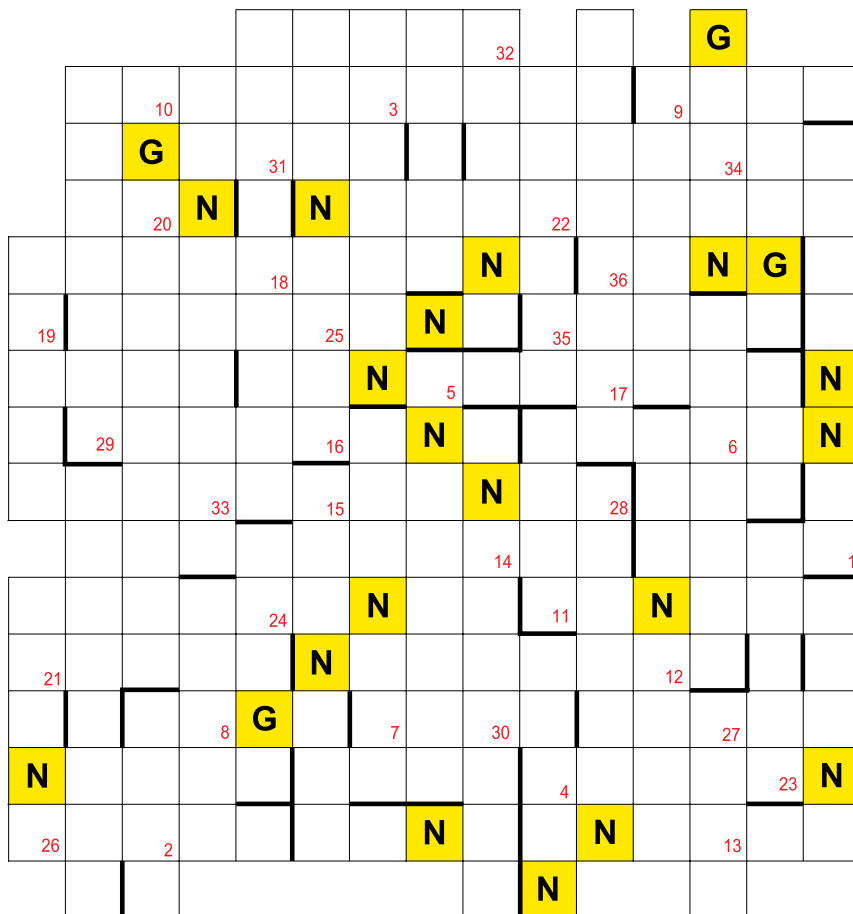


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 65 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G i N. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie arabskie. Należy je przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 marca 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie
Jolki lekarskiej nr 203
(„GL” nr 12/2014
/ 01/2015)
Trudno się wyrzec
nadziei i życia.

Nagrody otrzymują: Artur Fiałkowski (Głogówek), Maksymilian Mikee (Szczecin), Hanna Misztur (Polańec). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* clitoris * dorosły sportowiec * pn. przylądek Australii * prezent dla niegrzecznego * gramocząsteczka * taniec punków * francuskie wybrzeże * Quisling lub Petain * łac. przedrostek dla wielość * podkrzew jak wrzós * twarz * założył Polskę Razem * szybki bar kanapkowy * współpracownik, rezerwowy * wirus roku 2014 * imię autora „Końca świata szwoleżerów” * węzeł drogowy między Olimpem a Salonikami * mały kąt * stoik, nauczyciel Oktawiana Augusta * infuzyjna lub paliwowa * 3-5 batalionów * płynie w Lidzbarku * przewracanie stron * arabska gorzalka * powirusowy listek pod liściem * otwór z szybami * pd. ramię delty Renu * prąd literacki Zoli * era * seborrhoea * satyna * sławny uczeń Sokratesa * arena Radwańskiej * członek SS * tętnica główna * drwina * tu Wołchow wypływa * dziedziina wiedzy * biesiada * porost dla renifera * zderzenie aut * poprzednik Jana XXIII * spaghetti * czop w beczie * ropniak przetrwiałego moczownika (łac.) * zмова firm * miasto obwodowe nad rzeką Uwod * klótnia, chryja * ... - Curie, Irene, córka Marii * wspomaga wziewanie * upadek, rudera * Reymont lub Wałęsa * antyelitaryzm * III Sobieski * kopalny grzebiący ssak łóżyskowy * lokomotywa węglowa * dynastia chińska z czasów Jagiellonów * gra z losami * nadworny malarz króla Stasia * nóż do usuwania migdałków * napomnienie w dzienniczku * rzeka Wenezueli * uznanie, zgoda * końcówka świecy dla diabła * autor „Dżumy”

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 000 egz.

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

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

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

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)

Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
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 skrótności, 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).