

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

Kasy fiskalne



Zło konieczne?

26

Stomatologia

Asystentki
do lamusa

37

Praktyka lekarska

Gdzie, jak nie
na Wolską?

42

Ochrona zdrowia na świecie

Trudna walka
o niższe koszty

Spis treści



17



26



37



44

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Taki mamy klimat
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Absurdy i buble prawne
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Ku chwale biurokracji
- 12 **Temat miesiąca:** Kasy fiskalne. Zło konieczne?
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:** Gorycz słodczy
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Dobra komunikacja to podstawa
- 20 **Samorząd:** Język polski – twardy orzech do zgryzienia
- 22 **Samorząd:** Niepokojące zachowania
- 24 **Samorząd:** Powoli, lecz pewnie
- 25 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Dla drugiego człowieka
- 26 **Stomatologia:** Asystentki do lamusa
- 28 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** O należytej staranności
- 30 **Prawo i medycyna:** Dyżury lekarskie raz jeszcze
- 32 **Praktyka lekarska:**
Dlaczego pakiet onkologiczny jest nieudany
- 33 **Biuletyn NRL**
- 37 **Praktyka lekarska:** Gdzie, jak nie na Wolską?
- 40 **Praktyka lekarska:** Holistycznie i interdyscyplinarnie
- 42 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Trudna walka o niższe koszty stosowania leków
- 44 **Indeks korzyści:** Kim być, żeby nie być tym, kim jestem?
- 46 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Wielkanocne przebudzenia
Recenzja: Tratwa ratunkowa
- 47 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Optymizm wspomnieniowy
- 48 **Listy do redakcji**
- 50 **Błąd malarski:** Na kawie
- 52 **Kultura:** Dziadkowi i babci
- 53 **Kultura:** Wybory w cieniu literatury
- 54 **Kultura**
- 55 **Sport**
- 57 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (50) / J. Wanecki:** Bilet ma 250 lat
- 66 **Jolka lekarska**

18-25.07

W irlandzkim Limerick zostaną rozegrane 36. World Medical and Health Games. Rejestracja i dodatkowe informacje: roualet@medigames.com.

Przypominamy!

O obowiązku prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i uzupełnianiu go na bieżąco w razie zaistnienia takiego zdarzenia.

UWAGA!

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”

Taki mamy klimat

Narciarze mawiają: pogoda na narty może być tylko dobra i bardzo dobra. Klimat do wykonywania zawodu lekarza może być tylko dobry i bardzo dobry. Mamy dobry?

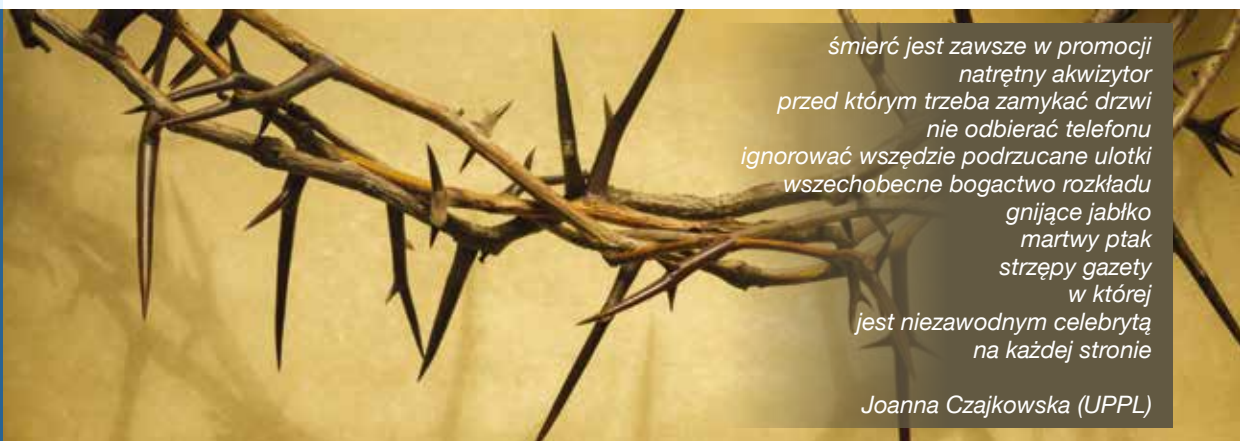
Należę do grona osób, które słabo odczuwają zmiany w pogodzie. Spadkowi ciśnienia atmosferycznego nie towarzyszy u mnie ból głowy, złe samopoczucie czy niechęć do pracy. Dlatego z pewnym zdziwieniem, wręcz niedowierzaniem, obserwuję u siebie w poniedziałek rano inny niż przez trzy dziesiątki lat nastrój, kiedy zmierzam ku pewnemu zielonkawemu budynkowi, aby ratować ludzkie zdrowie. Należę także do grona tych lekarzy, którzy zawsze lubili swój zawód. Być może zdziwił Państwa czas przeszły, użyty w poprzednim zdaniu. Dlaczego pisze, że lubił? Przeszedł lubić? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa. Chyba na szczęście nie przestałem, ale odnoszę wrażenie, że ktoś w moim imieniu przestał. Zdecydowana większość moich przyjaciół lekarzy to pasjonaci swojego zawodu, większość spośród nich to także osoby o pogodnym usposobieniu, pozytywnie nastawione do otaczającego ich świata. Dlatego nie bardzo rozumiem, dlaczego po utrzymanej w radosnej tonacji wymianie informacji o tym, co słychać w rodzinie i u wspólnych znajomych, o tym, jak nadspodziewanie szybko rosną dzieci i wnuki, o planowanych wyjazdach urlopowych, kiedy przychodzi czas rozmowy o tym, jak się pracuje, nastrój rozmowy staje się podobny do tego, jaki towarzyszy konduktowi pogrzebowemu „w deszczu, pod wiatr”.

Tegoroczna wiosna, a właściwie przedwiośnie, przyniosło kolejne zmiany, które utwierdzą moich przyjaciół w nastroju depresyjno-jesiennym. Po

kilku latach odraczania wprowadzono obowiązek posiadania w każdej praktyce lekarskiej kasy fiskalnej. Jakim echem odbiło się to w środowisku lekarskim, mogą Państwo przeczytać w kilku miejscach tego numeru naszego pisma. Nikt nie jest w stanie podać liczby gabinetów, które, czasami po kilkudziesięciu latach działania i niesienia pomocy chorym ludziom, zostały z tego powodu zamknięte. Ta sprawa dotyczy bezpośrednio być może niezbyt licznej grupy lekarzy, ale wprowadzenie tego obowiązku, mające, według mnie, znaczenie bardziej psychologiczne niż fiskalne, wpływa na nastrój w całym środowisku. Prawie każda rozmowa z lekarzami o atmosferze, w jakiej przychodzi nam obecnie pracować, kończy się refleksją o wizerunku polskiego lekarza w mediach. Jest to dowód na to, jak ważna jest to sprawa, ważna i zarazem dokuczliwa, a nawet bolesna. Mamy bowiem przekonanie, że zdecydowana większość z nas ciężko i uczciwie pracuje w coraz mniej sprzyjających warunkach, a tymczasem na ekranie telewizora... Aż nie chce mi się o tym pisać. W redakcyjnych dyskusjach zrodziło się pytanie: jaki wpływ na wizerunek lekarza w mediach mogą mieć wydawnictwa, lokalne i centralne, samorządu lekarskiego? Ze szczególnym uwzględnieniem mediów elektronicznych. Będzie to jeden z tematów dorocznego spotkania redaktorów pism naszego samorządu.

Za oknem wiosna, a wszyscy wiemy, jaki obecnie mamy klimat do wykonywania naszego, skądinąd pięknego, zawodu. I nikt nam nie mówi: „sorry”. ■

Migawka



*śmierć jest zawsze w promocji
natrętny akwizytor
przed którym trzeba zamykać drzwi
nie odbierać telefonu
ignorować wszędzie podrzucane ulotki
wszechobecne bogactwo rozkładu
gnijące jabłko
martwy ptak
strzępy gazety
w której
jest niezawodnym celebrytą
na każdej stronie*

Joanna Czajkowska (UPPL)

W imieniu kolegium redakcyjnego, redakcji
oraz autorów i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
**życzymy zdrowych Świąt Wielkanocnych,
Świąt Życia, które zwyciężą nad śmiercią!**



Małoletni pacjenci u lekarza

W tym miesiącu chciałbym przybliżyć przepisy regulujące relacje lekarz – małoletni pacjent – jego rodzice. Zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego dziecko pozostaje aż do pełnoletności (ukończenia 18. roku życia) pod władzą rodzicielską, co oznacza w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad dzieckiem, wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw.

Rodzice mają ją sprawować dla dobra dziecka i w interesie społecznym, a dziecko winne jest rodzicom posłuszeństwo. W sprawach, w których dziecko może samodzielnie podejmować decyzje, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra. Rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dziecka mają je wysłuchać, biorąc pod uwagę rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka, uwzględniając w miarę możliwości jego życzenia.

O zakresie samodzielności dziecka w sprawach dotyczących jego zdrowia rozstrzygają przepisy ustaw o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz o ochronie zdrowia psychicznego. Były one przedmiotem badania przez Trybunał Konstytucyjny, który nie dopatrzył się ich niezgodności z ustawą zasadniczą (wyrok z 11.10.2011 r., K 16/2010).

Przepisy te regulują kwestie praw małoletnich pacjentów do informacji, zgody na udzielenie świadczeń (w tym wykonanie zabiegów operacyjnych lub podwyższonego ryzyka), prowadzenie eksperymentu medycznego.

Nie ma wątpliwości, że co do zasady dzieci do 16. roku życia nie mogą decydować o swoim zdrowiu i wszystkich czynności w tym zakresie dokonują za nich rodzice. Po przekroczeniu 16. roku życia pacjenci mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjentom, którzy nie skończyli jeszcze 16 lat, takich informacji udziela się w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu leczenia.

Pacjenci po 16. roku życia mają również prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Ponieważ pozostają pod władzą rodzicielską, to zgoda taka musi być kumulatywnie wyrażona przez małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego. W większości przypadków zgody mogą być wyrażone w każdy sposób, który nie budząc wątpliwości, wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. Jednak w przypadku zabiegów operacyjnych, metod leczenia czy diagnostyki o podwyższonym ryzyku oraz udziału w eksperymentach medycznych czy też przyjęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego, zgoda taka musi być wyrażona na piśmie. Szesnastolatek może sprzeciwić się każdej z czynności medycznych. W takim wypadku na ich przeprowadzenie konieczne jest zezwolenie sądu rodzinnego właściwego dla miejsca przeprowadzenia czynności.

Uzyskanie zgody od małoletniego powyżej 13. roku życia konieczne jest do pobrania od niego szpiku, przerwania ciąży czy pobrania krwi do celów dowodowych w postępowaniu cywilnym.

Kumulatywny charakter zgody małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego przemawia za przyjęciem, że udzielanie świadczeń zdrowotnych małoletnim powinno odbywać się przy udziale ich przedstawicieli ustawowych. W taki sposób lekarz nie uchybi obowiązkowi, jakie nakładają na niego powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Wspomnieć również trzeba, że Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 15 stanowi, że w przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody. Nie ma tu więc granicy wiekowej, a lekarzowi pozostawiono ocenę możliwości rozeznania własnej sytuacji przez pacjenta.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

„Poziom demagogii
i agresji ministra
jest zatrważający”
– napisał do mnie
po programie jeden
z profesorów,
autorytet
w dziedzinie
onkologii.

Absurdy i buble prawne

Ludwik Jerzy Kern, sztandarowy satyryk „Przekroju”, już w latach 50. pisał, że „jak chleb, jak bułki, tak naród na co dzień zajada pigułki” i „zamiast nocą nad książkami pochylać swe czołko, młodzi będą dany przedmiot przyjmować w pigułkach”; „pigułki można łykać bez trudu jak kluski: ta pigułka na algebrę, a ta na francuski”.

Satyra, dotycząca rynku farmaceutycznego – doskonała, choć zupełnie inaczej wyglądał ten rynek pół wieku temu. W ostatnich dniach, przed zamknięciem tego numeru „Gazety Lekarskiej”, otrzymałem z Ministerstwa Zdrowia pismo związane z ustawą refundacyjną i jestem bardzo ciekaw, jaki rym na jego treść znalazłby poeta. Od stycznia 2014 r. czekamy na sprawozdanie z ustawy refundacyjnej, pytając po raz kolejny ministra, kiedy można na nie liczyć. I nagle, po ponad rocznej korespondencji, dowiadujemy się, że przepis nie określa terminu, do którego Rada Ministrów ma czas na przedstawienie sprawozdania, tj. do 2 stycznia 2014 r., lecz wyznacza jedynie ramy czasowe stanowiące podstawę do jego przygotowania za okres obejmujący lata od 1 stycznia 2012 do 31 grudnia 2014 r. Co więcej, dowiadujemy się również, że sprawozdanie z wykonania ustawy musi być oparte na wiarygodnych i potwierdzonych danych finansowych, a takie są w posiadaniu NFZ, więc trzeba poczekać, aż Prezes NFZ przedłoży Ministrowi Zdrowia oraz Ministrowi Finansów, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu. I dalej: „następnie Minister Zdrowia przedstawia Sejmowi RP, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, po zapiniowaniu tego sprawozdania przez Ministra Finansów, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania”. No to już niedługo...

Nie rozumiałem, dlaczego rząd tak bardzo chce dokuczyć młodym lekarzom, broniąc zmian w organizacji szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, wprowadzonych tzw. ustawą ołobudżetową. Zapytałem więc i otrzymałem wytłumaczenie, że zmiany te „ograniczą straty finansowe” i „umożliwią efektywniejsze finansowanie”. Efektywne finansowanie kosztem młodych lekarzy! Odebranie możliwości zmiany rezydentury, np. ze względu na sytuację rodzinną lub zdarzenia losowe, z powodu dbałości o efekt finansowy ministerstwa! To jest kpina. Na szczęście pogląd w zakresie zmiany ustawy podzieliła Rzecznik Praw Obywatelskich. Po raz kolejny zwróciłem się więc do ministra o uchylenie przepisów i wspólne wypracowanie takich rozwiązań legislacyjnych, które pozwolą na osiągnięcie określonych przez ministerstwo celów w sposób jak najmniej dotkliwy dla młodych lekarzy.

Zebrałiśmy z całej Polski doświadczenia związane z dotychczasowym funkcjonowaniem pakietu onkologicznego. Dziękuję wszystkim Koleżankom i Kolegom lekarzom i lekarzom dentystom, którzy przesłali do izb praktyczne przykłady. Wiele z nich zostało przekazanych dziennikarzom na zorganizowanej w tym celu konferencji prasowej. Z ogromnym zainteresowaniem mediów spotkały się zarówno przypadki medyczne, jak i odpowiedzi Narodowego Funduszu Zdrowia. To nasze podsumowanie było częściowo odpowiedzią na udzielony w jednej ze stacji telewizyjnych wywiad z ministrem zdrowia, Bartoszem Arłukowiczem, który chwalił pakiet poprzez podawanie liczb: „64 tys. wystawionych kart DiLO, 9 tys. konsyliów, 5 tys. pacjentów z pogłębioną diagnozą”, a następnie krytykował tych, którzy krytykują pakiet. „Poziom demagogii i agresji ministra jest zatrważający” – napisał do mnie po programie jeden z profesorów, autorytet w dziedzinie onkologii.

Samorząd lekarski miał rację, uznając, że ustawa refundacyjna ma służyć przede wszystkim kontrolowaniu ordynacji lekarskiej. W przeprowadzanych przez NFZ 224 kontrolach ostatniego kwartału ubiegłego roku wykazano nieprawidłowości m.in. w zakresie niewłaściwego oznaczenia poziomu odpłatności; braku oznaczenia na recepcie poziomu odpłatności, co skutkowało realizacją recepty ze zniżką, pomimo braku wskazań do refundacji; ordynacji leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi. Tak jak przypuszczaliśmy, NFZ nie licząc się z kosztami, kieruje przeciwko lekarzom sprawy wynikłe z ordynacji leków.

Rozstrzygnięcia zapadają na korzyść lekarzy pracujących zgodnie z wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej. Kto i w jakiej wysokości karą pieniężną ukarze twórców prawnych buble i urzędników, którzy bezmyślnie marnotrawią pieniądze przeznaczone na leczenie ludzi chorych? Pewnie ten sam, który za rok 2014 przyznał im solidne nagrody roczne, wychodząc z założenia, że jak się zajmą wydawaniem tych pieniędzy, to przestaną mieć czas na szkolenie pacjentom i lekarzom. ■



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL



Konferencja prasowa „Pakiet onkologiczny – doświadczenia pacjentów i lekarzy”.

Zdrowie publiczne

Wiceminister zdrowia Beata Małecka-Libera była gościem Prezydium NRL w dniu 13 stycznia 2015 r. i zaprezentowała „wprowadzenie do ustawy o zdrowiu publicznym”. Jak zaznaczyła, w Ministerstwie Zdrowia powstało już wiele projektów ustawy, spośród których było przynajmniej kilka dobrych. – Spróbowaliśmy wybrać najlepsze rozwiązania. Znam realia sejmowe i wiem, że im więcej szczegółów, tym proces legislacyjny dłuższy. Dlatego też przyjęliśmy zasadę krótkiej i zwięzłej ustawy. To jedyna szansa, by była uchwalona przez Sejm RP – zaznaczyła Beata Małecka-Libera*, dodając, że projekt ustawy niebawem zostanie przesłany do konsultacji społecznych. Ustawa ma koordynować i wprowadzać Narodowy Program Zdrowia, m.in. spowodować do 2025 r. zatrzymanie wzrostu otyłości i cukrzycy, zmniejszenie odsetka osób palących, nieuprawiających aktywności fizycznej czy pijących alkohol. Zapytana o rolę lekarzy specjalistów zdrowia publicznego, których mamy w Polsce ponad 3 tys., odpowiedziała, że ci lekarze będą realizować nowe produkty, takie jak porada profilaktyczno-edukacyjna. Pytana o stomatologię, wskazała działanie w dwóch obszarach: wzrostu wieku dzieci objętych profilaktyką oraz kontraktowania stomatologii szkolnej.

* Beata Małecka-Libera sprawuje w Ministerstwie Zdrowia funkcję sekretarza stanu (od 7 stycznia 2015 r.), podobnie jak Sławomir Neumann (od 6 sierpnia 2012 r.). Podsekretarzami stanu są: Igor Radziewicz-Winnicki (od 5 czerwca 2012 r.), Piotr Warczyński (od 9 stycznia 2014 r.), Anna Łukasik (od 16 lutego 2015 r.), Cezary Cieślukowski (od 23 lutego 2015 r.).

Lekarze z pacjentami

„Rzeczpospolita”: „W onkologii absurd goni absurd”, Polskie Radio Program III: „Lekarze apelują do MZ o wycofanie pakietu onkologicznego”, Radio Zet: „Ostra krytyka lekarzy i pacjentów na resorcie zdrowia za pakiet onkologiczny”, RMF FM: „Lekarze: Pakiet onkologiczny to wielki bubel”, Onet.pl: „NRL: pakiet onkologiczny to nieudany eksperyment” – m.in. takie tytuły pojawiły się w mediach po konferencji prasowej zorganizowanej 12 marca br. przez Naczelną Izbę Lekarską z udziałem zaproszonych organizacji pacjenckich. Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem przedstawicieli prasy, radia i telewizji. Jej przebieg był transmitowany na żywo na portalu „Gazety Lekarskiej” oraz został zamieszczony na stronie www.youtube.com pod tytułem „Pakiet onko-

logiczny – doświadczenia pacjentów i lekarzy”. Relacja z tego wydarzenia na s. 32.

Nieodpłatnie – bez ewidencji

Minister Finansów odpowiedział na pytanie Prezesa NRL dotyczące zagadnienia ewidencjonowania za pomocą kasy rejestrującej czynności udzielania nieodpłatnych porad lekarskich zakończonych zwykle wystawieniem przez lekarza prowadzącego praktykę lekarską bez wynagrodzenia recepty dla siebie (tzw. recepta „pro auctore”) lub członka swojej rodziny (tzw. recepta „pro familiae”), jak również nieodpłatnego świadczenia usług opieki medycznej na rzecz osób nieuprawnionych do uzyskania recepty „pro familiae” (np. innych lekarzy bądź członków dalszej rodziny), stwierdził, że tego rodzaju świadczenia nie są objęte obowiązkiem ewidencjonowania na kasie rejestrującej. Podkreślił, że spośród czynności podlegających opodatkowaniu i uznawanych za sprzedaż zostały wymienione takie dostawy towarów/świadczenia usług na terytorium kraju, które mają charakter odpłatny. Ustosunkowując się do sytuacji lekarzy, którzy mają zarejestrowane jednocześnie dwie praktyki: praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (która ze swej natury nie udziela świadczeń dla osób fizycznych, lecz dla innych podmiotów leczniczych) oraz praktykę w miejscu wezwania, w ramach której nie udzielają żadnych świadczeń zdrowotnych, stwierdził, że podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz podmiotów innych niż osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej i rolnicy ryczałtowi, nie mają obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, co oznacza, że nie mają również obowiązku posiadania kasy rejestrującej.

ZRP informuje

Przypominam, że na stronie www.nil.org.pl znajduje się zakładka z informacjami prawnymi dotyczącymi np. nowego wzoru karty zgonu, który obowiązuje od 1 marca br.; uchwały Sadu Najwyższego związanej z rozliczeniem czasu pracy lekarzy pełniących dyżury lekarskie i korzystających

z prawa do odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu dyżuru; wizyt receptowych i nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którą lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej; zasad informowania o udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz zakazu reklamy takiej działalności i wielu innych.

Klauzula – wyjaśnienie

Z dokumentów opublikowanych na stronie Sejmu RP wynika, że Komisja Ustawodawcza Sejmu, oceniająca wniosek NRL do TK uznała, że wszystkie cztery zarzuty skierowane przez Naczelną Radę Lekarską przeciwko obecnej regulacji klauzuli sumienia są zasadne. Komisja Ustawodawcza Sejmu w opinii z dnia 4 lutego br. podzieliła pogląd, że zaskarżone przez NRL przepisy naruszają Konstytucję. Jednocześnie marszałek sejmu, Radosław Sikorski, wysłał do TK stanowisko całkowicie niezgodne z opinią Komisji Ustawodawczej.

O spotkanie z Premierem

Prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, zwrócił się do premier Ewy Kopacz z prośbą o spotkanie w celu omówienia zagadnień związanych z aktualną sytuacją systemu ochrony zdrowia w Polsce. Prezes NRL podkreślił w piśmie, że mając na uwadze, iż wiele spraw związanych z organizacją tego systemu wymaga przeprowadzenia poprzedzonych szeroką analizą zmian, samorząd lekarski z wielką nadzieją przyjął słowa pani premier wypowiedziane podczas expose 1 października 2014 r.: „Jestem lekarzem, to szczególna misja i powołanie, w niej zawiera się zaangażowanie, szacunek i chęć pomocy każdemu człowiekowi. Lekarz nie pyta o poglądy i przekonania, tak właśnie rozumiem swoją rolę”.

Dla niedowidzących



Strona internetowa Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl została dostosowana dla niedowidzących zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności. Funkcję można uruchomić, wybierając ikonkę oka na górnym pasku strony.



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Ku chwale biurokracji

No i skończył się okres szczególnej łaskawości fiskusa dla naszej grupy zawodowej. Nie możemy już korzystać ze zwolnienia z obowiązku posiadania kasy fiskalnej, o ile w ramach prowadzonej praktyki pobieramy od pacjentów pieniądze.

By nie odkładać wszystkiego na ostatnią chwilę, postanowiłem zakupić kasę na miesiąc przed „godziną zero”, czyli pierwszym dniem marca. I jak się przekonałem, podobnie myślących było w moim mieście wielu. Upatrzone z uwagi na niewielkie gabaryty i dobre opinie model był bowiem niedostępny w niektórych punktach sprzedaży, do których telefonowałem, by poznać cenę. Oczywiście proponowano mi alternatywne rozwiązania, niekiedy wzmacniając zachętę do zakupu ostrzeżeniem, bym nie grymasił, tylko czym prędzej kupował, bo najmniejsze kasy zniknęły z hurtowni i nie wiadomo, kiedy się pojawią. Widać sprzedawcy wyczuli złote żniwa, bo tam, gdzie interesujące mnie urządzenie było, oferowano je w wyższej niż średnia cenie, a koszt obowiązkowego serwisu też był wysoki.

Na szczęście nie wszyscy handlowcy gotowi są zedrzeć skórę z będącego w potrzebie klienta i wreszcie trafiłem na tego właściwego, który nie tylko korzystnie sprzedał mi to, co chciałem kupić, a przy tym nie wciskał kitu, że serwis robi się nie rzadziej niż raz na rok, a po pięciu latach moduł fiskalny staje się bezużyteczny i trzeba zakupić nowe urządzenie. Zakup miałem za sobą, musiałem jeszcze „tylko” dopełnić niezbędnych formalności, związanych z rejestracją kasy. Gdyby zasada jednego okienka rzeczywiście obowiązywała, a nie była wyłącznie najlepszym abstrakcyjnym dowcipem opowiadanym w sferach small biznesu, wybrałbym się z dowodem zakupu do właściwego urzędnika (a jeszcze lepiej otworzył odpowiednią stronę w internecie) i byłoby po sprawie. Tymczasem, w przypadku kasy fiskalnej, najpierw trzeba zawiadomić właściwy urząd skarbowy o zakupie, następnie o fiskalizacji, czyli przyporządkowaniu urządzenia do konkretnej firmy, a na koniec, otrzymawszy ze skarbowki nadany nabytej kasie unikalny numer, przedłożyć specjalny wniosek o refundację części kosztów zakupu. Jeśli nie znajdzie się wyreki, oznacza to aż trzy wizyty w urzędzie skarbowym, tudzież na pocztę, o ile wybierze się wysyłanie pism listami poleconymi. Jakże szczęśliwi są ci, którzy kasy kupować nie muszą! Nie tylko omijają ich wszystkie wymienione wyżej „przyjemności”, ale przede wszystkim unikają kosztownego wydatku. Za dobrej jakości sprzęt trzeba zapłacić około półtora tysiąca

złotych, a ulga z tytułu zakupu wynosi maksymalnie siedemset złotych. Jeśli weźmie się pod uwagę, że kasa fiskalna przypomina prosty kalkulator, wyposażony w prymitywną drukarkę, łatwo zauważyć, że produkcja tych rejestratorów sprzedaży to żyła złota. Zwłaszcza jeśli ma się tysiące przymusowych klientów. I jak tu nie wierzyć w opowieści o powiązaniach na linii wiodącej producent kas – Ministerstwo Finansów? Żeby jeszcze były z tego jakieś wymierne korzyści dla gospodarki. Ja ich nie widzę. W dużych praktykach kasy fiskalne były od dawna. Teraz obowiązkiem ich posiadania objęto również te najmniejsze. Część z nich, generująca śladowe obroty na poziomie kilku tysięcy złotych rocznie, zostanie z tego powodu zamknięta. W wielu pozostających na rynku koszty zakupu i eksploatacji zostaną przerzucone na pacjentów. W najlepszym razie „górkę” podatków bezpośrednich zniweluje „dołek” danin pośrednich.

To nie jedyne biurokratyczne novum wprowadzone z pierwszym dniem marca. Zmieniły się również karty zgonów. W nowych znalazło się o wiele więcej rubryk do wypełnienia przez lekarza stwierdzającego zgon. Zmiany wprowadzono praktycznie z nienacką, nic sobie nie robiąc z opinii środowiska lekarskiego. Zaczęto żądać od lekarzy szczegółów dotyczących schorzeń prowadzących do zgonu, wraz z określeniem, kiedy pojawiły się ich pierwsze objawy. To kuriozum, jeśli weźmie się pod uwagę powolny i skryty rozwój większości chorób przewlekłych. W zmodyfikowanej karcie zgonu jest miejsce na podanie wykształcenia zmarłego oraz jego miejsca zamieszkania z wyszczególnieniem okresu przebywania na obszarze danej gminy. W przypadku dziecka do roku życia wymaga się podania godziny urodzenia, szczegółów dotyczących stanu zdrowia w chwili urodzenia oraz przebiegu ciąży i porodu. Podobno autorów nowej karty zgonu zmartwiło wykluczenie Polski przez WHO z analiz porównawczych nad umieralnością, spowodowane niewiarygodnością naszych danych. Tylko dlaczego Ministerstwo Zdrowia tak szybko poluźniło wymagania, przymykając oko na niewypełnianie kontrowersyjnych rubryk? Czy i tym razem mieliśmy do czynienia z inicjatywą urzędników działających we własnym interesie? Jasnej odpowiedzi pewnie się nie doczekamy, ale wnioski nasuwają się same. ■

[...] proponowano mi alternatywne rozwiązania, niekiedy wzmacniając zachętę do zakupu ostrzeżeniem, bym nie grymasił, tylko czym prędzej kupował, bo najmniejsze kasy zniknęły z hurtowni i nie wiadomo, kiedy się pojawią. Widać sprzedawcy wyczuli złote żniwa, bo tam, gdzie interesujące mnie urządzenie było, oferowano je w wyższej niż średnia cenie, a koszt obowiązkowego serwisu też był wysoki.

Opioidofobia jako bariera w leczeniu bólu

Do podstawowych barier w leczeniu bólu należą: zbyt restrykcyjne regulacje i zasady wypisywania leków opiodowych, brak odpowiednio przygotowanej i wykształconej w tym zakresie kadry medycznej, bariera finansowa dla pacjenta oraz nasze postrzeganie analgetyków opiodowych. Ból przewlekły jest tak istotnym problemem medycznym, że towarzystwa badania bólu postulują, aby traktować go jako odrębną jednostkę chorobową. Z tego też powodu wiele działań zmierza w jednym kierunku - aby ból skutecznie leczyć – albowiem życie bez bólu to prawo każdego chorego, zaś umiejętność jego leczenia to wyzwanie i obowiązek każdego lekarza.

W Polsce do tej pory wielopoziomowe działania wpłynęły na zmniejszenie wielu powyższych barier. Pacjenci z przewlekłym bólem w przebiegu nowotworu mają dostęp do większości silnych opiodowych leków przeciwbólowych, zarówno tych długodziałających, jak i tych, które są niezbędne do kontroli bólów epizodycznych. Pomimo dostępności silnych analgetyków i ich refundacji pacjenci często są zupełnie niepotrzebnie zbyt długo leczeni maksymalnymi dawkami słabego opiodu zanim, jeśli w ogóle, zostanie podjęta decyzja o przejściu na leki z ostatniego szczebla drabiny analgetycznej. Zużycie silnych opiodów w Polsce w latach 1980-2010 wzrosło 15-krotnie. Jeśli porównamy się do naszych sąsiadów w Europie, to niestety jest ono około 10-krotnie niższe. Zniesienie „różowych” recept nie wiele zmieniło. Co prawda zmiana koloru recepty zniosła stygmatyzację tej grupy leków oraz pacjentów, którzy z nich korzystają, ale nadal konieczność posiadania specjalnego druku Rpw, zamiast przysłowiowego „muru”, postawiła „oplotki”, przez które nie wszyscy jednak chcą, czy potrafią „skakać”. Możliwe, że nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia, obowiązujące od 17 września 2014 roku, spowoduje istotne ułatwienia w wypisywaniu recept. Obecnie wystarczy, że napiszemy słownie sumaryczną ilość leku opiodowego, określając substancję czynną (lub słownie określimy dawkę i ilość np. wypisywanych tabletek) oraz dawkowanie.

Rozwój medycyny paliatywnej w naszym kraju poprawił dostęp do szeroko pojętej opieki paliatywnej. Polska plasuje się w pierwszej piątce pod

tym względem w Europie. Sytuacja jest dość dobra, nieco lepsza w dużych ośrodkach, głównie akademickich, gdzie pacjent ma dostęp do wielu specjalistów. W takich miejscach chorzy mogą korzystać chociażby z pomocy Poradni Walki z Bólem, Poradni Medycyny Paliatywnej, hospicjów - zarówno stacjonarnych, jak i domowych.

Wydaje się, że w Polsce najmniej zrobiono w zakresie zmiany negatywnego postrzegania silnych opiodów. Niestety nasze poglądy jako profesjonalistów w tym zakresie niewiele się różnią od tych, które wygłaszają pacjenci, czy ich opiekunowie. W 2012 roku National Institute of Clinical Excellence (NICE) opublikował zalecenia dotyczące włączania i prowadzenia terapii lekami opiodowymi u chorych dorosłych. Lekarz, zanim przepisze pacjentowi silny opiod, powinien z nim porozmawiać na temat jego potencjalnych obaw związanych z tymi lekami. Nowością w tych zaleceniach, którą warto tu podkreślić, jest dostrzeżenie znaczenia opioidofobii, u chorych i ich opiekunów, jako bariery w optymalnym leczeniu bólu. Według definicji Pain and Policy Study Group na Uniwersytecie w Wisconsin opioidofobia to zjawisko, w którym nadmierne obawy przed ryzykiem związanym ze środkami opiodowymi uniemożliwiają właściwe stosowanie leków opiodowych ze wskazań medycznych. Oczywiście te obawy mogą dotyczyć każdego. Można zatem wyróżnić dwa obszary opioidofobii: opioidofobię chorych - obejmującą pacjenta, jego rodzinę/opiekunów - i opioidofobię profesjonalistów - obejmującą lekarzy oraz inny personel medyczny.

Najistotniejsze jest to, aby nasze lęki i obawy przed silnymi lekami opiodowymi nie ograniczyły naszym pacjentom do nich dostępu. Jeśli nie zaczniemy uczyć się i mówić o silnych opiodach jak o dobrych oraz skutecznych lekach, i dopóki nie uporamy się z własnymi barierami w tym zakresie, to zachodzi ryzyko, że w sposób pośredni lub nawet bezpośredni przeniesiemy swoje lęki, obawy czy nawet uprzedzenia na pacjenta. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że dla ponad 80% pacjentów lekarz jest podstawowym i wiarygodnym źródłem informacji o leku, to nasze wypowiedzi powinniśmy opierać na faktach, a nie na mitach!

dr n. med.
Michał Graczyk

Absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej. Od 2004 roku związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to: postrzeganie opiodów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmocytowy.

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Kasy fiskalne. Zło konieczne?



**Mariusz
Tomczak**

Obecnie zwolnione z posiadania kasy fiskalnej są tylko praktyki, które nie świadczą usług zdrowotnych dla osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. Co to oznacza w praktyce? Krąg osób zwolnionych z obowiązku posiadania tych urządzeń został ograniczony do lekarzy świadczących swoje usługi wyłącznie w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z innym podmiotem gospodarczym, gdyż nie rozliczają usług bezpośrednio z pacjentem.

Jedni są przerażeni, dla innych nie stanowi to wielkiej różnicy – opinie o konieczności posiadania kas fiskalnych są podzielone. Pewne jest za to co innego – za brak tego urządzenia grożą poważne konsekwencje.

Od 1 marca br. we wszystkich gabinetach lekarskich i dentystycznych muszą znaleźć się kasy fiskalne. To mała rewolucja dla wielu osób w naszym kraju. Dotychczasowe przepisy zwalniały z tego obowiązku przede wszystkim lekarzy prowadzących praktyki mające niewielki obrót. Samorząd lekarski obawiał się, że nowe prawo może doprowadzić do zamknięcia gabinetów przez wielu doświadczonych lekarzy (m.in. emerytów), dla których zakup, instalacja i użytkowanie kasy może stanowić spore utrudnienie. Należy bowiem wykonać szereg czynności, co dla lekarza seniora nie zawsze jest rzeczą łatwą. Trzeba już na początku wiedzieć, gdzie kupić kasę i jaki rodzaj urządzenia wybrać. Należy również dokonać zgłoszenia do urzędu skarbowego, pilnować odpowiednich terminów i oznakować urządzenie numerem ewidencyjnym. Trzeba poznać najważniejsze zalecenia związane z prawidłowym jej użytkowaniem oraz dokonywać okresowych przeglądów.

Ułatwienia dla rozliczających się tylko z NFZ

Obecnie zwolnione z posiadania kasy fiskalnej są tylko praktyki, które nie świadczą usług zdrowotnych dla osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. Co to oznacza w praktyce? Krąg osób zwolnionych z obowiązku posiadania tych urządzeń został ograniczony do lekarzy świadczących swoje usługi wyłącznie w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z innym podmiotem gospodarczym, gdyż nie rozliczają usług bezpośrednio z pacjentem.

W ocenie Ministerstwa Finansów korzyści wynikające z wprowadzenia obowiązku posiadania kas są dwustronne: „podatnik prowadzi działalność w ułatwiony sposób poprzez zautomatyzowanie obliczania obrotu i kwot podatku należnego, natomiast interesy konsumenta są zabezpieczone poprzez wydanie paragonu, ułatwiając mu dochodzenie swoich praw”. Celem jest również zapewnienie równych szans w prowadzeniu działalności gospodarczej. Urzędników nie przekonują argumenty, jakoby wprowadzenie kas miało doprowadzić do podwyższenia cen usług, a nawet upadku najmniejszych zakładów.

Od początku marca z kasy fiskalnej zaczął korzystać Eugeniusz Sendeki, członek OIL w Warszawie, prowadzący indywidualną praktykę lekarską od 2003 r. Wprowadzenie jej do działalności nie stanowiło dla

niego problemu. – Dla osoby obeznanej z laptopem i telefonem komórkowym to żaden kłopot. Kasa fiskalna ułatwia prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej – ocenia Eugeniusz Sendeki. Zupełnie odmienne zdanie ma Jolanta Szczurko z OIL w Białymstoku, która prowadzi stomatologiczną praktykę lekarską od 1987 r. – To utrudnienie. Posiadam dwie kasy przenośne, w każdym gabinecie po jednej. Nie tylko musiałam samodzielnie zapoznać się z obsługą kasy rejestrującej, ale również zadbać o przeszkolenie personelu. Nie każdy wie, że trzeba np. prowadzić ewidencję zwrotów towarów i uznanych reklamacji oraz ewidencję oczywistych pomyłek. W moim przypadku, ze względu na wykonywanie praktyk w dwóch miejscach, będą to aż cztery dodatkowe dokumenty przy i tak olbrzymiej już biurokracji – mówi Jolanta Szczurko. Ani ona, ani Eugeniusz Sendeki nie znają nikogo, kto zamknąłby praktykę ze względu na zmianę przepisów i konieczność nabycia kasy, a w sprawach interpretacji przepisów nie konsultowali się z żadnym prawnikiem. – W izbie mieliśmy szkolenie dotyczące kas fiskalnych. Wybierając model, bazowałam na wiedzy zdobytej właśnie tam, ale skorzystałam również z wiedzy dostępnej w internecie – tłumaczy Jolanta Szczurko.

Jak zaprogramować, aby uniknąć problemów?

Narzekających na nowe przepisy nie brakuje wśród lekarzy okazjonalnie przyjmujących pacjentów poza kontraktem z NFZ. – W ramach indywidualnej praktyki lekarskiej przyjmuję pacjentów tylko raz w tygodniu, ale mimo to musiałem zakupić przenośną kasę. W praktyce wygląda to tak, że w poniedziałki rano zabieram ją z domu, jadę na dyżur do szpitala, po czym przywożę ją do gabinetu, bo tylko tu z niej korzystam – mówi Stefan Sobczyński, chirurg dziecięcy, członek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Urządzenie posiada od kilku tygodni, a indywidualną praktykę prowadzi od 1989 r. – Aby zarejestrować kasę i otrzymać specjalny numer, musiałem odstać w długiej kolejce w urzędzie skarbowym. Urządzenie kosztowało 1500 zł, ale 700 zł zwróci mi „skarbowka”. Rzadko z niego korzystam, ale od niedawna muszę je obowiązkowo posiadać – dodaje Stefan Sobczyński.

Jolanta Szczurko podejrzewa, że dla części emerytów nowe przepisy podatkowe mogą stanowić barierę nie do przeskoczenia. – W przypadku lekarzy ▶

Sama nazwa usługi to wyraz lub połączenie wyrazowe, odnoszące się do usług będących w ofercie gabinetu dentystycznego. Zatem należy tak skonstruować nazwy na paragonie, aby umożliwić przyporządkowanie odpowiedniej stawki podatkowej z jednej strony, zaś z drugiej, aby użyta nazwa usługi była, co do istoty, zgodna z będącym przedmiotem obrotu świadczeniem.

dentystów największy problem stanowi takie zaprogramowanie kasy, aby pacjent otrzymywał paragony z nazwami jednostkowymi usług, np. „wypełnienie”, „porada”. Konsultowałam się w tej sprawie z wieloma koleżankami i kolegami dentystami, każdy z nich miał inny pomysł na klasyfikowanie usług – dodaje lekarz dentysta z Podlasia. Dla niej jednym z największych problemów w relacjach z fiskusem jest to, że praktykę prowadzi w miejscach podlegających pod inną właściwość urzędu skarbowego. – Może więc się zdarzyć, że to, co kontrola z jednego urzędu uzna za dopuszczalne, w drugim będzie zakwalifikowane jako błąd. I, co najważniejsze, nie dotyczy to wyłącznie posiadania kasy fiskalnej.

Liczyby nie kłamią: rezygnują nie tylko emeryci

Okazuje się, że osób, które definitywnie odwiesiły biały fartuch i zrezygnowały z członkostwa w izbie lekarskiej, nie brakuje. W OIL w Warszawie jest zarejestrowanych ogółem około 18 250 praktyk lekarzy i lekarzy dentystów, natomiast od listopada ub.r. do połowy marca br. zrezygnowało z praktyk w miejscu wezwania około 100 osób. – Nie jestem w stanie stwierdzić, czy wszystkie te rezygnacje były z powodu konieczności posiadania kas fiskalnych. Lekarz nie musi podawać powodu, dla którego rezygnuje z prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej – wyjaśnia Katarzyna Adamska, kierownik Zespołu ds. Praktyk Lekarskich OIL w Warszawie. – Na terenie OIL w Krakowie, gdzie jest około 9000 praktyk prowadzo-

nych przez lekarzy i lekarzy dentystów, od początku stycznia do połowy marca br. wykreślono może 200 praktyk – mówi Anna Chuchmacz z Komisji ds. Praktyk Lekarskich ORL w Krakowie. – Z prowadzenia praktyk rezygnują nie tylko emeryci – podkreśla Ładysław Nekanda-Trepka, zastępca sekretarza ORL w Warszawie.

A czy obowiązek posiadania kas fiskalnych uszczupli dochody niektórych lekarzy? – Nie, to nie ma wpływu na wysokość naszych zarobków. To tylko nowinka techniczna – uważa Eugeniusz Sendeki. Od niedawna wiele osób dziwi się, widząc paragon drukowany na zakończenie wizyty w jej gabinecie. – Raczej spodziewaliby się otrzymać receptę niż paragon fiskalny. W końcu dotychczas taki wydruk kojarzył się głównie z typowym handlem, a teraz po wypełnieniu zęba dostaną taki sam „papierek” jak w sklepie spożywczym – mówi Jolanta Szczurko. Krańcowo odmienną opinię mają jednak ci, którzy w ostatnich tygodniach zamknęli praktykę lekarską. Jak to wygląda w skali kraju? Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia informuje, że w tym roku (stan na połowę marca) utworzono 808 praktyk indywidualnych, datę zakończenia posiada 154, a wykreślono 13. Statystyki z zakresu praktyki indywidualnej specjalistycznej wyglądają następująco: utworzono 466, datę zakończenia posiada 342, wykreślono 51. – Praktyki zostały zamknięte na wniosek użytkownika, a wykreślone to te, które zostały usunięte bezpośrednio przez organ rejestrowy – informuje Katarzyna Maćkowska z CSIOZ.

Lekarzu dentysto, decydujesz sam!



W jaki sposób należy opisywać na paragonie wykonane usługi stomatologiczne? Czy można używać skrótów? Jak szczegółowy musi być opis? Na te pytania odpowiada **Arkadiusz Jóźwik**, prawnik, autor bloga: prawodlastomatologow.pl.

Przy formułowaniu nazw świadczonych usług w gabinecie dentystycznym należy stosować się do konkretnych wytycznych. Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie kas rejestrujących wymienia elementy obligatoryjne paragonu fiskalnego. Jednym z nich jest obowiązek wydruku na paragonie nazwy usługi pozwalającej na jednoznaczną jej identyfikację. Sposób dokonywania jednoznacznej identyfikacji usług jest w dużej mierze uzależniony od specyfiki prowadzonej działalności gospodarczej, przy czym należy pamiętać, że przepisy nie wykluczają stosowania skrótów.

Sama nazwa usługi to wyraz lub połączenie wyrazowe, odnoszące się do usług będących w ofercie gabinetu dentystycznego. Zatem należy tak skonstruować nazwy na paragonie, aby umożliwić przyporządkowanie odpowiedniej stawki podatkowej z jednej strony, zaś z drugiej, aby użyta nazwa usługi była, co do istoty, zgodna z będącym przedmiotem obrotu świadczeniem. Jednocześnie nazwa świadczenia na paragonie musi być tak wskazana, aby pacjent na tej podstawie w połączeniu z ceną mógł określić, jakie świadczenie zakupił. Dopiero taki sposób ewidencjonowania sprzedaży skutecznie zagwarantuje pacjentowi prawo do otrzymania dowodu nabycia usług z uwidocznioną kwotą podatku, który dokumentuje czynności wykonane na jego rzecz przez lekarza dentystę.

Żadne przepisy nie obligują do stosowania nazw szczegółowych dotyczących pojedynczych przedmiotów lub poszczególnych cech danej usługi. Sprowadźmy rzecz do przykładów. Przede wszystkim nie ma obowiązku wprowadzania do pamięci kas fiskalnych wypełnień światłoutwardzalnych dla każdego z zębów z podziałem na klasy ubytków. W tym przypadku wystarczająca jest nazwa np. „leczenie zachowawcze” bądź „wypełnienie światłoutwardzalne”. Podobnie rzecz ma się z leczeniem kanałowym, gdyż nie sposób określić nazw dla każdego z zębów, wystarczy podać np. „leczenie endodontyczne”. Nie ma również konieczności określania nazwą poszczególnych etapów danego leczenia, np. czasowe wypełnienie kanału czy dewitalizacji,

Praktyczne rady dla kupujących

Czy wzrośnie liczba zamykanych praktyk? Na ile to zjawisko wynika z nowych przepisów podatkowych? Obiecujemy powrócić do tego tematu już niebawem. Póki co, prezentujemy kilka praktycznych rad, na co – oprócz ceny – warto zwrócić uwagę przy wyborze tego urządzenia. Po pierwsze, zasadne wydaje się dokonanie zakupu w pobliżu miejsca zamieszkania lub prowadzenia praktyki, gdyż może to przyspieszyć serwisowanie i ewentualne naprawy sprzętu. Po drugie, ważny jest rozmiar urządzenia – jeśli praca wymaga częstego przemieszczania się z kasą albo lekarz prowadzi praktykę w kilku miejscach, powinno być ono niewielkie i niezbyt ciężkie. Po trzecie, dla osób mobilnych istotna jest wydajność akumulatora (im dłużej wytrzyma, tym rzadziej trzeba będzie go ładować, mimo drukowania setek paragonów). Po czwarte, trzeba rozważyć wybór urządzenia tworzącego kopię elektroniczną, umożliwiającą zapisywanie paragonów na elektronicznym nośniku danych. Oznacza to nie tylko mniejsze zużycie papieru i ograniczenie wydatków na zakup papieru termicznego, ale również oszczędność czasu i bezpieczeństwo przechowywania danych. Informacje umieszczone na karcie pamięci można zarchiwizować na komputerze, dysku zewnętrznym lub na płycie DVD. Po piąte, warto zapytać o długość gwarancji i zachować dowód zakupu. ■

– Aby zarejestrować kasę i otrzymać specjalny numer, musiałem odstać w długiej kolejce w urzędzie skarbowym. Urządzenie kosztowało 1500 zł, ale 700 zł zwróci mi „skarbowka”. Rzadko z niego korzystam, ale od niedawna muszę je obowiązkowo posiadać – mówi Stefan Sobczyński.

kiedy paragon wystawiany jest za daną usługę kompleksową. W tym przypadku właśnie leczenie endodontyczne.

Z protetyką osobiście polecam uszczegółowienie nazw, z tego względu, że w praktyce występują różne usługi: od wkładów koronowo-korzeniowych, poprzez protezy (szkieletowe, osiadające, overdenture), aż po mosty, korony czy licówki. Każda z tych usług w ramach leczenia protetycznego nie dość, że posiada swoją nazwę i inne wskazania do ich wykonania, to na dodatek różni się ceną. Identycznie jak z protetyką sprawa ma się z chirurgią. W tym ostatnim przypadku nie chodzi tylko o ekstrakcję zęba (to może być jedna nazwa, niezależnie od jego numeru), ale w orbicie pozostają wszelkie torbiele, wyrostki, hemisekcje, resekcje, podcięcia, połączenia. W mojej ocenie warto stworzyć dla tych usług odrębne pozycje.

Z profilaktyką już jest łatwiej, najczęściej stosuje się jedną nazwę, choć i tu można usługi rozbić, np. na skaling, piaskowanie, lakowanie czy lakierowanie. Na kasie można wprowadzać szereg innych nazw usług, np. poradę lekarską, znieczulenie, dewitalizację zęba, opatrunek, instruktaż. Wskazuję to jako możliwość, bowiem jeżeli leczenie odbywa się kompleksowo i pobierana jest jedna kwota za usługę, to wyodrębnianie poszczególnych jej etapów nie ma uzasadnienia w prawie i nie jest koniecznością. Wszystko jednak zależy od okoliczności, bowiem gdy pacjent przychodzi tylko interwencyjnie i wymaga np. założenia opatrunku na nowo, zaś jego leczenie odbywa się w innym podmiocie, to oczywistym jest, że lekarz dentysta ma obowiązek wystawić za taką usługę paragon.

Jak wspominałem, nazwy usług mogą być podane skrótowo, co znacząco ułatwia sprawę. Lekarz dentysta nie musi obawiać się ani stosowania abrewiatur, ani używania takich nazw usług, które kumulują w sobie inne. Ważne, aby pacjent zawsze wiedział, za co zapłacił. Na szczęście gabinety stomatologiczne, poza usługami o charakterze estetycznym (np. wybielanie), z zasady są zwolnione są z podatku VAT, zatem kwestia kontroli prawidłowego opodatkowania, tak istotna z punktu widzenia urzędu skarbowego, w tym przypadku nie odgrywa znaczącej roli. ■



**Anna
Lella**

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

Gorycz słodczy

W obszernym wywiadzie udzielonym „Gazecie Lekarskiej” podczas obchodów jubileuszu 25-lecia Odrodzenia Samorządu Lekarzy i Lekarzy Dentystów („GL” 02/2015) dr Tin Chun Wong, prezes Światowej Federacji Dentystycznej (FDI) podkreślała m.in., że jednym z zagadnień istotnych dla FDI jest spożycie cukru, który – jak dobrze wiemy – jest czynnikiem ryzyka wspólnym dla głównych chorób cywilizacyjnych (chorób zdrowia jamy ustnej, cukrzycy, schorzeń układu krążenia, chorób płuc, nowotworów).

Dr Wong wspomniała, że WHO od niedawna zaleca dalsze obniżenie konsumpcji cukru z 10 do 5 proc. dziennego spożycia kalorii, czyli nie więcej niż 25 g.

Po szerokiej dyskusji podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia nt. kwestii wprowadzenia regulacji WHO dotyczącej zmniejszenia dawek dziennych spożycia cukru przez dzieci i dorosłych, dr Margaret Chan, szefowa Światowej Organizacji Zdrowia, pod-

kreślała, że zmniejszenie dawek dziennych spożycia cukru to jedyna metoda walki z próchnicą i otyłością na świecie i że profilaktyka jest tu podstawowym kluczem do sukcesu walki o zdrowie, w tym o zdrowe zęby. Redukcja spożycia cukru to jeden z bardzo ważnych elementów profilaktyki przeciwpróchnicznej.

Przyjęte zalecenia WHO będą głównym tematem trzeciej już edycji Światowego Forum Zdrowia Jamy Ustnej, organizowanego przez FDI. Forum, będące stosunkowo nową inicjatywą FDI, jest corocznym spotkaniem odbywającym się w ramach Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI, poświęconym panelowej dyskusji w sprawach dotyczących globalnych zagadnień związanych ze stanem zdrowia jamy ustnej i opieki stomatologicznej na świecie. W panelach uczestniczą zarówno lekarze różnych specjalności, jak i przedstawiciele przemysłu oraz władz.

W tegorocznym Forum zostaną szczegółowo omówione rekomendacje WHO, które FDI od początku popierała, podkreślając niebezpieczeństwo, jakie dla zdrowia jamy ustnej stanowi cukier, zwłaszcza spożywany w formie „ukrytej” w różnego rodzaju napojach i daniach, z czego wiele osób absolutnie nie zdaje sobie sprawy. – Wysoko przetworzona żywność i napoje zawierające dużo cukru są wszechobecne, wygodne i tanie – ostrzega dr Chan.

To niewątpliwie istotny temat dla lekarzy i lekarzy dentystów – także w kontekście roli, jaką powinni pełnić wobec swych pacjentów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Zwracanie uwagi na nadmierne spożycie cukru (także tego „ukrytego”) i wiążące się z tym ryzyka powinno stanowić element porad lekarskich – w takim samym stopniu, jak podkreślanie szkodliwości np. palenia tytoniu. A pewnie i dla samych lekarzy przypomnienie sobie o tym, jak dużo w dzisiejszych czasach spożywamy cukru, będzie korzystne.

Ponadto podczas Forum poruszony zostanie temat optymalnej opieki stomatologicznej – co należy rozumieć pod tym pojęciem i czy jest to cel możliwy do osiągnięcia. Zagadnienie bez wątpienia ważne i poruszane także w naszych dyskusjach krajowych, szczególnie w kontekście bardzo niskich nakładów publicznych na stomatologię. Być może wnioski z debaty światowej będą pomocne i dla nas. ■

11TH WARSAW INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS FOR YOUNG SCIENTISTS

11TH WIMC
11TH WARSAW INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

11TH WARSAW INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS FOR YOUNG SCIENTISTS

WARSZAWA, 7-10 MAJA 2015

NAJWIĘKSZY W KRAJU MIĘDZYNARODOWY KONGRES STUDENTÓW MEDYCYNY

11TH WIMC TO:

- OKAZJA DO PRZEDSTAWIENIA WYNIKÓW SWOICH BADAŃ
- MOŻLIWOŚĆ ZAWARCIA MIĘDZYNARODOWYCH ZNAJOMOŚCI
- 20 SESJI, WYKŁADY EKSPERCKIE, WARSZTATY PRAKTYCZNE

WWW.WIMC.WUM.EDU.PL



FOTO: Archiwum prywatne

Dobra komunikacja to podstawa

Z **Hanną Hamer**, doktor psychologii społecznej i klinicznej, wykładowcą akademickim, prowadzącą szkolenia dla lekarzy w ramach działania NIL, rozmawia **Marta Jakubiak**.

Czy lekarze potrafią komunikować się z pacjentami?

Nie jest źle, choć komunikacja lekarz – pacjent w wielu przypadkach wciąż pozostawia wiele do życzenia. Podczas jednego ze szkoleń dla młodych lekarzy stażystów wszyscy utrzymywali, i byli o dziwo zgodni w tym przekonaniu, że wystarczy w milczeniu zbadać pacjenta, zlecić mu badania, wypisać receptę, by wizyta przebiegła właściwie. Żadne dodatkowe relacje nie są potrzebne. Zadałam im więc pracę domową: badania terenowe. Każdy miał zapytać pięć przypadkowych osób, czy oczekują od lekarza czegoś więcej niż wymieniono podczas zajęć, a jeśli tak, to czego? Wyniki były zdumiewające.

Co pokazały?

Pacjenci oczekują od lekarza przede wszystkim uważnego słuchania. Wiedzą, że nie ma zbyt wiele czasu, ale chcieliby choć minimum jego uwagi i wysłuchania

tego, co mówią. Potrzebują zrozumienia i wyrażenia go słowem i gestem – w komunikacji z pacjentem często brakuje tego, co psychologowie nazywają budowaniem pomostów. Chorzy chcą być dla lekarza ważni, czuć, że mu zależy, by wygrać z chorobą. Potrzebują też współczucia. Zdecydowana większość mówiła, że podczas wizyty w gabinecie w ogóle nie dostrzega u lekarzy empatii. Skarżyli się też, że lekarze używają języka dla nich niezrozumiałego, a sami często po prostu wstydzą się lub boją się zapytać.

Dlaczego komunikacja jest taka ważna?

Bo to podstawowa rzecz w kontakcie z pacjentem. Lekarz to dla pacjenta autorytet. Czasem jednak wznosi się niepotrzebnie zbyt wysoko – na piedestał swojego prestiżowego zawodu albo tytułu naukowego – może też mieć poczucie wyższości z racji posiadanej wiedzy i wówczas często traci kontakt z pacjentem. Nie jest ►

Na pewno nie można mówić, że medycyna jest już bezradna i nic się nie da zrobić. Lepiej powiedzieć: „medycyna wciąż się rozwija, poszukuje nowych sposobów radzenia sobie z chorobą, choć jeszcze dziś nie wiemy, jak z nią wygrać, w każdej chwili może pojawić się rozwiązanie”.

w stanie zbudować takiego klimatu rozmowy, aby chory mógł przyjąć dobro, które mu się oferuje. Lekarze często nawet nie zdają sobie sprawy, że wywierają na chorego zbyt duży nacisk, zarówno tonem głosu, jak i treścią. Straszając pacjenta, nie dotrą do niego.

To fakt, że pacjenci są różni: dobrze, średnio i słabo wykształceni. Są wśród nich tacy, którzy traktują lekarzy jak bogów i ci zazwyczaj wymagają komunikatu jednostronnego i zwięzłego. Inni potrzebują komunikatu wielostronnego, przedstawienia różnych opcji działania i dania możliwości wyboru. Kiedy lekarz powie: „decyzja należy do pani/pana”, pacjent otrzymuje swobodę wyboru, a współdecydując o własnym leczeniu, czuje się ważniejszy i bardziej odpowiedzialny za proces terapeutyczny.

Jak komunikować trudne diagnozy i złe informacje?

Do jednego worka nie możemy wrzucić wszystkich. Każdy komunikat musi być zindywidualizowany, każda sytuacja jest inna.

W polskim systemie ochrony zdrowia pacjenci onkologiczni często nie mają jednego lekarza, na kolejnych kontrolach spotykają nowych konsultantów. To sytuacja bardzo niedobra. Na ścieżce onkologicznej lekarze niejednokrotnie stają przed dylematem, czy skłamać i dać fałszywą nadzieję, czy mówić prawdę. Zawsze należy mówić prawdę. Ale tak, żeby informacją nie zabić, przekazywać ją stopniowo. Niezwykle ważny jest też sposób formułowania komunikatu. Na początku informacja musi być ogólna: „wyniki badań nie są zadowalające”. Pacjenci czasami nie chcą wiedzieć wszystkiego do końca i trzeba to uszanować, nie wchodzić w szczegóły. Najczęściej jednak pragną znać całą prawdę.

Jak ją przekazać?

Na pewno nie można mówić, że medycyna jest już bezradna i nic się nie da zrobić. Lepiej powiedzieć: „medycyna wciąż się rozwija, poszukuje nowych sposobów radzenia sobie z chorobą, choć jeszcze dziś nie wiemy, jak z nią wygrać, w każdej chwili może pojawić się rozwiązanie”. Cenne jest też zapewnienie, że istnieje wiele sposobów wspierania pacjentów z danym schorzeniem, podnoszenia ich jakości życia, jak np. skuteczna walka z bólem. Bólu pacjenci boją się przeraźliwie, chyba nawet bardziej niż śmierci. Ważne jest, by lekarz zapewnił, że w każdej chwili pacjent może otrzymać receptę na leki przeciwbólowe. Warto też przedstawić plan kolejnych spotkań i zapewnić, że medycyna zna przypadki niewytłumaczalnych wyzdrowień, co przecież jest prawdą, dlatego trzeba monitorować stan pacjenta i okresowo robić badania. Dawanie nadziei to ta przysłowiowa ostatnia deska ratunku, której pacjent oczekuje i może się jej przytrzymać. Rozmowy z terminalnie chorymi osobami wymagają ogromnego wysiłku. Czasem niezwykle wrażliwi lekarze bywają szorstcy, żeby nie odsłonić uczuć, słabości i delikatności. To nie jest dobra postawa. Prowadzenia trudnych rozmów można się nauczyć.

I jeszcze jedno: złe informacje dobrze jest przekazywać w towarzystwie innej osoby, np. kogoś bliskiego, kto wspiera emocjonalnie, uważnie słucha i notuje. Współpraca pacjent – lekarz – rodzina to bardzo dobry trójkąt.

Czy studia medyczne uczą komunikowania się z pacjentem?

Niestety nie. Choć mam bardzo dobre zdanie o młodych lekarzach stażystach, w których jest ogromnie dużo dobrych chęci i entuzjazmu, muszą przyznać,



Dopasowanie do siebie

Katarzyna Strzałkowska

Specjalista ds. informacji i promocji projektu

W październiku zaczęłam pracę na oddziale pediatricznym i praktycznie w każdym tygodniu spotykam się z »trudnymi rodzicami«. Tylko i wyłącznie dzięki państwa pomocy nauczyłam się sobie z nimi radzić! – napisała jedna z uczestniczek projektu „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”.

Wybrane wpisy zostały opublikowane na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Wśród nich: „Najlepsze szkolenie, na jakim byłam. Wszystkie informacje będą mi pomocne w pracy i życiu codziennym”, „Rewelacja”, „Nie spodziewałem się, że kurs będzie aż tak ciekawy”, „Fantastyczne szkolenia. Świetni prowadzący”. I wiele innych.

Realizacja projektu rozpoczęła się w grudniu 2012 r. pod hasłem: Przychodzi baba do młodego lekarza i... co jej powiesz? Do końca lutego br. szkolenia stacjonarne sześciodniowe ukończyło już 2128 lekarzy, szkolenia e-learningowe 1936 osób.

Formą szkoleń stacjonarnych są głównie warsztaty. Cztery dni – z zakresu umiejętności komunikacji i współpracy z pacjentem, dwa dni – z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

– Celem warsztatów nie jest samo przedstawienie zasad i teorii, ale stworzenie uczestnikom możliwości dopasowania ich do siebie, swojego stylu komunikowania się i osobowości. To pozwala na pozbycie się ograniczających przekonań typu „nie należy nawiązywać przyjacielskich relacji z pacjentem”, „nie ma czasu na rozmowę z pacjentem, ważne są tylko informacje o stanie zdrowia” lub „nie mogę okazać uczuć i emocji bo to jest nieprofesjonalne”. W tym celu powinniśmy między innymi odpowiedzieć sobie na pytania, kto jest autorem naszych przekonań: czy to naprawdę ja, czy może przemawiają przeze mnie rodzice lub starsi koledzy oraz jak te przekonania

że czasem chcieliby iść na skróty. Są przekonani, że jeśli skończyli studia, są ekspertami od zdrowia, a pacjent powinien ich po prostu słuchać, bo na le-
czeniu się nie zna. Jak w wojsku. W czasie szkoleń staramy się przekazać im, że właściwa komunikacja z pacjentem wymaga czegoś więcej.

Czyli czego?

Istnieje tzw. prawo efektu – im więcej jest przyja-
znych momentów, tym chętniej pacjent stosuje się do zaleceń lekarza. Lekarz powinien też dać od-
czuć, że chce choremu pomóc. Bez względu musi unikać wydawania poleceń i przyjmowania pozycji dominującej, bo nie zbuduje dobrych relacji. Waż-
ne jest zrozumienie, empatia, tworzenie pomostów. Jeśli uda się zbudować dobrą komunikację z pa-
cjentem, korzyści będzie naprawdę wiele, a lekarz zyska poczucie skuteczności i nie grozi mu wypa-
lenie zawodowe.

Jak się zachować, gdy pacjent zaczyna krzyczeć na lekarza?

Należy zrobić cztery asertywne kroki. Nie atakować pacjenta – to podstawa. Krok pierwszy: lekarz może powiedzieć: „mój problem polega na tym, że pani/pan na mnie krzyczy, czuję się trochę bezbronny w tej sy-
tuacji, jest mi przykro, bo przecież chcę pomóc, ale też zaczynam się zwyczajnie złościć”. I to jest krok dru-
gi. Trzeba powiedzieć o wszystkich emocjach. Krok trzeci: „mam propozycję, gdyby zechciała pani / ze-
chciałby pan powtórzyć mi wszystko jeszcze raz, ale zupełnie spokojnie, to...”. I krok czwarty, czyli poka-
zanie pozytywów dla obu stron: „... znacznie szybciej i skuteczniej byśmy się porozumieli”.

Jak inne grupy zawodowe radzą sobie w tej materii?

W zakresie komunikacji intensywnie szkoleni są sprzedawcy, ale oni mają inny problem niż lekarze – nie znoszą ludzi, z którymi mają do czynienia, ponieważ muszą sprzedać im to-
war, którego tamci nie chcą. Pomagamy im obniżyć poziom napięcia i sprawić, żeby przy-
klejony do twarzy uśmiech im nie zaszkodził; uśmiech przez osiem godzin dziennie może być toksyczny.

Niedawno pracowałam też z leśnikami. To nie-
zwykle wdzięczna grupa zawodowa, ludzie łagodni, ciepłi, spokojni, właściwie nie dają się wypro-
wadzić z równowagi, ale to zupełnie inna sytuacja zawodowa – oni pracują głównie z przyrodą.

Jesteśmy narodem, który potrafi się komunikować?

Dużo podróżowałam po świecie. Podczas jedno-
go z wyjazdów zapytałam swojego opiekuna na-
ukowego, dlaczego podczas anglosaskich small talk wszyscy ciągle się uśmiechają. Odpowie-
dział, że jestem z innej kultury, więc nie rozumiem.

Czyli z jakiej?

Prof. Bogdan Wojciszke nazwał ją kulturą na-
rzekania. Często nie potrafimy stworzyć dobre-
go klimatu, co prowadzi do konfliktów. Jedni ludzie są bardziej otwarci, inni zamknięci. Nie
mogę jednak powiedzieć o Polakach, że są ko-
munikacyjnie zapóźnieni. Są wśród nas tacy, którym zależy na dialogu i tacy, którym zależy
jedynie na mówieniu. ■

O tym, jak radzić sobie z trudnym pacjentem,
dr Hanna Hamer
opowiada
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



wpływają na jakość moich relacji z pacjentem – mówi Elżbieta Kowalska, trener z zakresu psychologii. I doda-
je, że ma nadzieję, iż dzięki szkoleniu młodzi lekarze będą mogli pokazać pacjentom swoją ludzką twarz – bo
spotkanie lekarza z pacjentem to spotkanie człowieka z człowiekiem – tego, który oczekuje pomocy, z tym,
który posiada umiejętności i wiedzę o tym, jak pomóc. Spotkanie ma wtedy szansę odbyć się w atmosferze
wzajemnej życzliwości i zaufania, co będzie sprzyjało temu, że obie strony nie poniosą większych kosztów
emocjonalnych niż te adekwatne do stanu zdrowia pacjenta.

Tego kontaktu z pacjentem również trzeba się nauczyć. Szkolenie odbywa się w grupach 8-12-osobowych. Wszyscy
są aktywni. Jak zauważają trenerzy, nawet ci uczestnicy, którzy byli pewni siebie, wstydzą się później swojego nastawie-
nia, bo zobaczyli, że zdarzają się sytuacje w kontakcie z pacjentem, których nie przewidywali.

Podobnymi spostrzeżeniami dzieli się Wojciech Idaszak, radca prawny prowadzący szkolenie w zakresie funkcjo-
nowania systemu ochrony zdrowia, w tym odpowiedzialności zawodowej. – Młodzi lekarze dowiadują się nie tylko,
jakiego rodzaju odpowiedzialność może wynikać z błędu lekarskiego, ale przede wszystkim, w jaki sposób można mi-
nimalizować ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, a także jak bronić się przed roszczeniami z nimi związanymi.

Często są tego ryzyka nieświadomi – opowiada i jednocze-
śnie zaznacza, że lekarze pytają m.in. o kwestie związane z ich ewentualną odpowiedzialnością za wynik leczenia,
zwłaszcza w sytuacjach, w których nie mogą z przyczyn organizacyjnych i finansowych leżących po stronie szpitala
wykonać zasadnych w ich ocenie badań.

W opisywanym projekcie uczestniczą lekarze do 35.
roku życia, będący w trakcie stażu lub specjalizacji,
ale jak wynika z wpisów dokonywanych w ankietach,
uczestnicy proponowaliby odbycie takiego szkolenia
przez wszystkich lekarzy. ■



Szkolenie młodych lekarzy w siedzibie NIL.

Więcej w „Gazecie
Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Język polski – twardy orzech do zgryzienia

Z **Mariuszem Janikowskim**, przewodniczącym Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców NRL, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Lekarzy obcokrajowców chętnych do podjęcia pracy w Polsce przybywa, ale by móc wykonywać swój zawód, muszą zdać egzamin z języka polskiego.

Jak sobie z tym radzą?

Różnie. Okazuje się, że dla wielu z nich jest to twardy orzech do zgryzienia. Najlepiej na egzaminach wypadają nasi koledzy zza wschodniej granicy – z Białorusi, Ukrainy, Litwy. Być może dlatego, że nasze języki mają podobny rodowód. Lekarzom z krajów azjatyckich – z Indii, Korei Południowej, Mongolii, Malezji, zdanie egzaminu nastręcza więcej trudności. Jeszcze trudniej jest zdać egzamin osobom pochodzącym z Afryki. Tymczasem warunkiem otrzymania prawa wykonywania zawodu jest zaliczenie tego egzaminu i uzyskanie certyfikatu wystawianego przez Naczelną Izbę Lekarską. Samorząd lekarski odpowiada zarówno za poziom merytoryczny tych egzaminów, jak i ich organizację. Jest to jego ustawowy obowiązek.

Jak wygląda taki egzamin?

Egzamin składa się z dwóch części: pisemnej i ustnej. Zdający zaczynają od dyktanda (jest to tekst czytany

przez lektora, odtwarzany z płyty). Tekst puszcza się trzykrotnie w różnym tempie. Oceniana jest ortografia, czytelność i kompletność. Następnym etapem jest ocena umiejętności rozumienia tekstu z terminologią medyczną. Po wysłuchaniu zapisu tekstu z płyty, opisującego pewne zdarzenie medyczne, zdający odpowiada na dziesięć pytań testowych związanych z tym przypadkiem, mając do dyspozycji pięć wariantów odpowiedzi, z których tylko jeden jest prawidłowy. Na egzaminie ustnym zdający musi poprawnie przeczytać na głos tekst dotyczący tematycznie konkretnego przypadku chorobowego i odpowiedzieć na pięć pytań z nim związanych. Ostatnim etapem egzaminu jest sprawdzenie umiejętności zebrania wywiadu od pacjenta, przekazanie informacji o jego stanie zdrowia i udzielenie mu porady lekarskiej. Członek komisji egzaminacyjnej wciela się w rolę pacjenta, a zdający w rolę lekarza i udziela mu porady medycznej. Egzamin jest więc dość wszechstronnym sprawdzianem znajomości języka polskiego – daje nam wgląd w zakres słownictwa, umiejętność poprawnego formułowania zdań, pytań i wypowiedzi. Sesje egzaminacyjne odbywają się raz w miesiącu, wyłączając przerwę wakacyjną. Do egzaminu może przystąpić jednorazowo 10 osób. Niestety, po pierwszym podejściu 20 proc. przystępujących do egzaminu musi zdawać go ponownie. Zgodnie z przepisami, do egzaminu poprawkowego można przystąpić po upływie sześciu miesięcy. Zdający zalicza tylko tę część egzaminu, której nie zdał w pierwszym podejściu. Staramy się w ten sposób pomóc zdającym, ale nie zawsze jest to możliwe. Błąd ortograficzny można wybaczyć, ale jeśli lekarz nie rozumie sensu wypowiedzi, sprawa jest o wiele bardziej poważna.

Powszechnie wiadomo, że język polski nie należy do łatwych. Może lekarze cudzoziemcy wybierają nieodpowiednie kursy językowe?

Przyczyn problemów z opanowaniem języka polskiego jest kilka. Jedną z nich jest rzeczywiście wybór kursów, które słabo przygotowują do egzaminu. Różnią się poziomem w poszczególnych regionach kraju, ale nie mamy na to wpływu. Zaskakują absolwenci studiów anglojęzycznych polskich szkół medycznych, którzy po kilkuletnim pobycie w naszym kraju wykazują się

bardzo mierną znajomością języka polskiego. Poza tym wielu lekarzy, szczególnie zza wschodniej granicy, którzy mają polskie korzenie lub rodziny w Polsce, jest święcie przekonanych, że im takie kursy nie są potrzebne. Uważają, że znają język polski na tyle dobrze, by móc zdać egzamin i dostać polskie prawo wykonywania zawodu. Często są zaskoczeni negatywnym wynikiem egzaminu i koniecznością jego ponownego zdawania. Zauważyłem też, że zdający między sobą porozumiewają się we własnym języku lub po angielsku, co utrudnia obycie z językiem polskim. To naprawdę problem, tym większy, że wymagania językowe wobec lekarzy obcokrajowców będą rosły. Nie chodzi tylko o dobrą komunikację z pacjentem, ale z członkami zespołu, w którym taki lekarz będzie pracował – będzie musiał rozmawiać z przełożonymi, kolegami lekarzami, pielęgniarkami, będzie musiał wypełniać dokumentację medyczną, wystawiać skierowania na badania i załatwiać sprawy w NFZ. Jako samorząd lekarski czujemy się za to odpowiedzialni. Proszę pamiętać, że oprócz lekarzy cudzoziemców taki egzamin muszą zdawać także obcokrajowcy felczerzy, którzy wciąż funkcjonują na naszym rynku usług medycznych.

Czy dlatego w obecnej kadencji powołano Komisję ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców NRL?

Komisja jest nowym tworem w strukturze NRL i rzeczywiście działa dopiero od początku bieżącej kadencji, ale ma solidne podwaliny, które stworzyła wcześniej stomatolog Małgorzata Kaczmarska-Banasiak, swego czasu zastępca sekretarza NRL, zajmująca się przez wiele lat organizowaniem w NIL egzaminów z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców. Nie musimy więc wyważać już otwartych drzwi, tworzyć czegoś od podstaw. Jednak realia, w których dziś żyjemy, w których przychodzi nam pracować, wciąż się zmieniają i trzeba się do nich dostosować. Wprowadza się nowe metody diagnostyczne, terapeutyczne, wprowadzane są zmiany organizacyjne w placówkach opieki zdrowotnej, a także nowe uregulowania prawne. Znajomość języka polskiego lekarze cudzoziemcy muszą więc opanować w takim stopniu, aby móc nie tylko swobodnie się porozumiewać, ale by rozumieć skomplikowaną rzeczywistość, w jakiej znajduje się rodzime leczenie, powiązane z nim ratownictwo medyczne, sposób finansowania.

Naszą rolą jest uwzględnienie tych realiów w zestawach pytań egzaminacyjnych. Powołanie Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców przez NRL ma służyć temu celowi. Nadało też wyższą rangę tej sferze działalności samorządu. Daje możliwość szybkiego korygowania niedociągnięć.

Świat bardzo się skurczył, lekarze migrują w poszukiwaniu pracy już nie tylko z Polski na Zachód....

Coraz więcej lekarzy z krajów Unii Europejskiej osiedla się i pracuje w Polsce, a zgodnie z przepisami unijnymi, nie muszą oni nostryfikować dyplomów i zdawać egzaminów z języka polskiego. Wystarczy złożone w izbie oświadczenie, że znają ten język. W praktyce okazuje się, że nic bardziej mylnego. Komisja Organizacyjna NRL dąży do zmiany tego przepisu. Chodzi o to, aby lekarze ci w jakiejś formie udowodnili, że to, co oświadczyli, jest prawdą. Trudno dziś powiedzieć, czy tak jak inni cudzoziemcy powinni zdawać egzamin przed komisją egzaminacyjną. Jednak problem istnieje i trzeba stworzyć możliwości weryfikowania składanych oświadczeń. Polska jest obecnie rajem dla chirurgii plastycznej, stomatologii estetycznej i innych rozwijających się dziedzin zabiegowych, a brak znajomości języka przez lekarzy wykonujących tego rodzaju procedury medyczne stanowi zagrożenie dla pacjenta. W Krakowie wpadliśmy na pomysł, by korespondować z tymi lekarzami drogą mailową, oczywiście w języku polskim. Okazało się to mało skuteczne, ponieważ w pisaniu wyręczają ich polscy znajomi. Dla nas jest to sygnał, że ten doktor, mimo że może być świetnym fachowcem, bo pochodzi z Francji, Belgii czy Holandii, gdzie medycyna jest na wysokim poziomie, niestety nie zna języka polskiego. Problem więc istnieje i trzeba znaleźć sposób, aby go rozwiązać. 13 marca 2015 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło uchwałę w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawie o izbach lekarskich związanych z wdrożeniem dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. Uchwała ta zawiera propozycję wprowadzenia wymogu egzaminu z języka polskiego dla lekarza obcokrajowca również z Unii Europejskiej. Nadałmy więc tej sprawie bieg, a jaki będzie tego skutek – czas pokaże. ■

Znajomość języka polskiego lekarze cudzoziemcy muszą opanować w takim stopniu, aby móc nie tylko swobodnie się porozumiewać, ale by rozumieć skomplikowaną rzeczywistość, w jakiej znajduje się rodzime leczenie, powiązane z nim ratownictwo medyczne, sposób finansowania. Powołanie Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców przez NRL ma służyć temu celowi.

VIII Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej” Co i komu lekarz może powiedzieć o swoim pacjencie

7 maja 2015 r., godz. 10.00–16.00
Teatr im. Juliusza Słowackiego w Krakowie

mp.pl/interna2015, tel.: 12 293 40 04

Udział w konferencji
jest bezpłatny
po wcześniejszej rejestracji



interna 2015

medycyna praktyczna



Bohdan Woronowicz

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

Niepokojące zachowania

Miarą naszego zawodu jest nie tylko to, jak dbamy o zdrowie naszych pacjentów, ale także to, jak potrafimy zadbać o własne zdrowie.
(A.Verghese¹⁾)

Od października ub.r. otwieram z ciekawością „Gazetę Lekarską”, żeby poznać poglądy kolegów na temat problemu uzależnień w naszym środowisku.

Śledząc jednocześnie inne media, prawie w każdym tygodniu dowiaduję się o zatrzymaniu kolejnego „niedysponowanego” lekarza.

Ostatnio jeden z kolegów przywłaszczył sobie z sejfu i „ukrył w majtkach dziewięć ampułek morfiny oraz innych leków przeciwbólowych”, a pijana koleżanka leczyła pomimo zawieszonego prawa wykonywania zawodu. Jest mi szczególnie przykro, kiedy dowiaduję się, że zatrzymana osoba jest „recydywistą”. Dopatruję się wówczas naszej winy, bo do „recydywy” doszło w znacznym stopniu dlatego, że inni **lekarze nie zareagowali i pozostawili kolegów samych z ich chorobą.**

Ostatnio czytałem też listy, jakie przesłali do mnie i do redakcji „GL” uzależnieni lekarze, którym wiele lat temu udało się zatrzymać chorobę. W tych listach wspominali czasy, kiedy za cichym przyzwoleniem kolegów i pracodawców pili coraz częściej, coraz więcej i wchodziłi w uzależnienie. Wspominali, jak koledzy częstowali ich alkoholem w miejscu pracy, jak ich później kryli i jak usprawiedliwiali. Jednocześnie z wdzięcznością wspominali tych, którzy zareagowali na ich zachowania, wymuszając zwrócenie się po pomoc. Dzięki nim dzisiaj żyją, a niektórzy zmienili nawet specjalizację i profesjonalnie pomagają osobom uzależnionym.

Żeby zauważyć rozwijające się uzależnienie, należy posiadać wiedzę na jego temat. Wiedza, jaką wynosimy ze studiów medycznych, jest mizerna, a do tego nie jesteśmy zbyt zainteresowani jej pogłębianiem. Wiem o tym, bo od paru lat, w ramach Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL prowadzę kurs „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym” (w tym swoim kolegom). Trudno uwierzyć, że cieszy się on największym powodzeniem wśród... lekarzy stomatologów. Tylko czasami zabłąka się jakiś lekarz innej specjalności. Cały czas dziwię się, dlaczego nie uczestniczą w takich kursach lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze rodzinni. To oni mają najczęściej do czynienia z osobami pijącymi szkodliwie i uzależnionymi. Większość z nich nie potrafi niestety postawić prawidłowej diagnozy, nie mówiąc już o zmotywowaniu do osiągnięcia specjalistycznej porady bądź podjęcia leczenia. Wg WHO, około 10 proc. pacjentów podstawowej i rodzinnej opieki zdrowotnej trafia do lekarza w związku z nadużywaniem alkoholu, a raport WHO wskazuje na około 60 chorób i urazów, których występowanie jest związane z alkoholem. Jednocześnie wiadomo, że alkohol odpowiada za prawie 11 proc. ogólnego obciążenia

chorobami w regionie Europy. Około 6,2 proc. zgonów rocznie można w Europie przypisać alkoholowi. Wiadomo też, że część zgonów ma pośredni związek z alkoholem, np. udar mózgu (efekt uszkodzenia naczyń i nadciśnienia związanego z piciem alkoholu) czy nieszczęśliwe wypadki osób w stanie nietrzeźwym itp. Ich związek z piciem alkoholu nie jest wykazywany.

Kiedy przed laty przekonywałem naszych samorządowców do konieczności wspierania uzależnionych kolegów, naiwnie myślałem, że powołanie przy okręgowych izbach lekarskich pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów wpłynie korzystnie na zainteresowanie naszego środowiska uzależnieniami – zarówno dla dobra samych lekarzy, jak i ich pacjentów. Okazało się jednak, że w części izb pełnomocnika nie ma (w tej kadencji przyznały się do tego trzy izby), a wiele izb powinno zaktywizować jego działalność. Dwa czołowe, przez nikogo niezagrożone, miejsca w niechlubnym rankingu izb bojkotujących uchwałę NRL z 2007 r. zajmują izby: opolska i tarnowska, które od początku nie przesyłają sprawozdań z działalności pełnomocnika, nie mówiąc już o delegowaniu swoich przedstawicieli na doroczne spotkania pełnomocników. Tuż za nimi jest kilka innych izb, które też powinny się wstydzić, ale o tym przy innej okazji. Ciekawe, czy na innych polach swojej działalności osiągają te izby podobne „sukcesy”.

Myślę, że członkowie tych zaniedbanych izb powinni wiedzieć, czy taki stosunek do problemu wynika z poznawczych decyzji izbowych, czy jest wynikiem lekceważenia przez nich stanu zdrowia swoich członków, czy może... niektórzy z tych decydentów znaleźli sposób na uniknięcie znalezienia się w kręgu zainteresowań pełnomocnika? Ponieważ izby są autonomiczne, to pozostaje mi tylko zasygnalizować te fakty, a jednocześnie cieszyć się, że nie jestem objęty „opieką” tych szczególnych izb, no i... przekazać wyrazy współczucia ich członkom.

Z zamieszczonej w ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” wypowiedzi Rzecznika Praw Lekarza NIL, kol. Brzezina, można się domyślać, że także nie wszystkie izby traktują instytucję Rzecznika Praw Lekarza wystarczająco poważnie. Może warto byłoby sprawdzić, czy nie są to przypadkiem te same izby, którym nie jest potrzebny pełnomocnik ds. zdrowia. Gdyby tak było, to przy kolejnych wyborach członkowie niektórych izb powinni

zastanowić się nad tym, czy do zajmowania eksponowanych stanowisk w samorządzie lekarskim wystarczy erudycja, zapach drogich perfum i dobrze skrojona marynarka, czy może jednak coś więcej. Czy do władz powinny być wybierane osoby, które nie są w stanie dbać o interesy swoich wyborców, przejawiać troskę o godność zawodu lekarza, a także udzielać kolegom wsparcia wówczas, kiedy pojawią się problemy zdrowotne takie, jak np. uzależnienie?

W poprzednim artykule wspominałem, że pracujemy nad projektem procedur i algorytmów postępowania z kolegami, którzy mają problemy wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych. Ciekaw jestem, czy wypracowane procedury będą powszechnie stosowane. Nie jestem niestety dobrej myśli, patrząc na to, jak dzisiaj niektóre izby traktują swoich uzależnionych kolegów i jak słabo chronią pacjentów przed ich nieodpowiedzialnymi zachowaniami. Cały czas łudzę się jednak nadzieją, że sytuacja ulegnie w końcu zmianie.

To, co ja mogę zrobić dla poprawy sytuacji, to – jeżeli redakcja „Gazety Lekarskiej” będzie zainteresowana – gotów jestem przybliżyć nieco kolegom problematykę uzależnień. Na początek przypomnę niektóre z zachowań, które mogą nasuwać podejrzenie, że nasz kolega „przesadza” z alkoholem. Zaniepokoić powinny więc takie sytuacje jak: trudne do uzasadnienia zmiany w metodach leczenia pacjenta, podejmowanie błęd-

nych decyzji, powtarzające się pomyłki i mało wiarygodne uzasadnianie przyczyn pomyłek, spóźnień czy nieobecności w pracy (szczególnie w poniedziałek), zaciąganie pożyczek wśród kolegów z pracy, unikanie kontaktów z przełożonymi, izolowanie się, poważne zaległości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i pogorszenie jej jakości, konflikty z kolegami, nadmierna „nerwowość”, „wybuchowość”, a co za tym idzie – niezbyt uzasadnione wpadanie w złość czy obrażanie się, nadmierna wrażliwość na krytykę, zarówno rzeczywistą, jak i wyimaginowaną, a także powtarzające się skargi ze strony personelu i pacjentów. O dosyć zaawansowanym problemie alkoholowym może świadczyć zapach świeżego lub przetrawionego alkoholu z ust w miejscu pracy, częste korzystanie z różnego rodzaju odświeżaczy do ust (płyny, tabletki, guma do żucia), korzystanie z wody kolońskiej lub dezodorantów o bardzo intensywnym zapachu, mniej lub bardziej wyraźne drżenie rąk (czasami całego ciała), a także obrzmiała twarz z obecnymi niekiedy rozszerzeniami naczyń skórnych i pajęczakami, a także zbyt często przekrwione spojówki.

Może znajomość powyższych objawów uratuje życie jakiemuś lekarzowi, a może i pacjent na tym skorzysta? ■

¹ Vergheze A. (2002): Physicians and addiction. N. Engl. J. Med., 346(20), s. 1510-1511.

Wiedza, jaką wynosimy ze studiów medycznych, jest mizerna, a do tego nie jesteśmy zbyt zainteresowani jej pogłębianiem. Wiem o tym, bo od paru lat, w ramach ODZ NIL prowadzę kurs „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym” (w tym swoim kolegom). Trudno uwierzyć, że cieszy się on największym powodzeniem wśród... lekarzy stomatologów.

Powoli, lecz pewnie

**Wojciech
Oleksy**

Specjalista
psychiatra,
certyfikujący się
Specjalista Terapii
Uzależnienia i
Współuzależnienia,
w trakcie szkolenia
terapeutycznego
CBT, zastępca
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej OIL
Kraków, członek
Komisji Orzekającej

Ruch AA przyszedł do nas ze Stanów Zjednoczonych AP, z miejscowości Akron (proszę nie mylić z tabletką do ssania), gdzie w 1935 r. miał miejsce pierwszy miting. Spotkali się wtedy Bil i Bob (lekarz i makler giełdowy). Zamiast pić, zaczęli ze sobą gadać, no i... nie wypili burbona.

W lutym odbyło się niecodzienne spotkanie w siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, zorganizowane z inicjatywy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie i Regionu AA „Galicja”, a także gospodarza spotkania – Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

W programie znalazł się m.in. wykład dra Adama Wiernikowskiego, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów OIL w Krakowie, zatytułowany „Uzależnienie od alkoholu – problem społeczny i medyczny”. Było to merytoryczne wprowadzenie z punktu widzenia medycznego i toksykologicznego, a także społecznego w temat uzależnienia alkoholowego, jednego z najczęstszych uzależnień wśród pacjentów (obok nikotynizmu), a także wśród lekarzy. Po tym lekarskim wprowadzeniu w temat spotkania, wystąpił Marek Pluciński, pełnomocnik Biura Służb Krajowych AA w Polsce. „Przez współpracę do zdrowienia” omówił istotę działania stowarzyszenia Anonimowych Alkoholików, jego aktywność również na świecie i niewątpliwe sukcesy terapeutyczne wynikające z prowadzenia mitingów AA na całej kuli ziemskiej.

Miting to spotkanie cotygodniowe ludzi pragnących trzeźwieć. Specjaliści terapii uzależnień, niestety nie wszyscy, uważają mitingi za autopsychoterapię ludzi uzależnionych. De facto jest to proces psychologicznej i duchowej zmiany opierający się na Dwunastu Krokach AA, które są jakby kolejnymi stopniami czy etapami psychoterapii trzeźwienia. Pierwszym, zasadniczym i podstawowym krokiem jest uznanie swej bezsilności wobec substancji uzależniającej. Jest to bardzo trudny krok, gdyż wielu ludzi czasami beznadziejnie pragnie uzyskać pełną kontrolę nad swoim piciem i życiem. Ostatnim, Dwunastym Krokiem autopsychoterapii AA, jest niesienie przesłania innym alkoholikom i stosowanie zasady (kroku) „we wszystkich naszych poczynaniach...”. Jest więc to program „na życie”, jak mawiają nasi pacjenci i przyjaciele z AA. Między Pierwszym a Dwunastym Krokiem jest dziesięć innych, koniecznych do trzeźwienia, które jest procesem niekończącym się i dynamicznym. W AA mówi się obrazowo i z amerykańskim poczuciem humoru: alkoholizm można przyrównać do zmiany surowego ogórka w kiszony. Kiszzonego w surowy już nie da się zmienić.

Dzisiaj w Stanach Zjednoczonych jest wiele grup, w których trzeźwią alkoholicy, leczą się

hazardziści, narkomani, uzależnieni od emocji, seksoholicy, nikotyniści, schizofrenicy, chorzy na depresję i inni. Od początku swego istnienia AA współpracowali ściśle z lekarzami rodzinnymi, psychiatrami, psychoterapeutami, a także sądami w USA. Powstał tzw. model minnesocki leczenia ludzi uzależnionych od substancji zmieniających świadomość.

Historia określiła wielki krąg i AA trafiło pod strzechę krakowskiego TLK. Po opisie funkcjonowania i historii AA nastąpił najbardziej poruszający moment: zaproszeni goście, czyli Anonimowi Alkoholicy, dawali świadectwa swego trzeźwienia. Są to bardzo osobiste wyznania, jak przebiegała u każdego z nich choroba alkoholowa oraz trzeźwienie z niej. Każda taka opowieść jest bardzo ważna dla uzależnionej osoby, ale także dla wrażliwego doktora i terapeuty, który nie znajdzie tych ważnych informacji w akademickich podręcznikach... Te wyznania en bloque i indywidualnie pokazują, że każde świadectwo uczy trzeźwiejącego, a także jego terapeutę i lekarza nowych możliwości trzeźwienia.

Ostatnią częścią spotkania była dyskusja, którą poprowadził prof. Igor Gościński, przewodniczący Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Uczestnicy, zaciężni krakowscy lekarze, byli bardzo poruszeni i zaintrygowani gośćmi AA. Byli to ludzie młodzi lub w średnim wieku, bardzo świadomi swej choroby, ale też swobodnie oraz otwarcie o niej mówiący. Być może niektórym osobom na sali nie bardzo odpowiadali wizerunkiem alkoholika. Wiele mitów bowiem mówi, że osoba uzależniona jest z wyglądu łatwo rozpoznawalna.

Refleksja moja z tego spotkania radosna: że w ogóle udało się do niego doprowadzić. Bardziej smutna to fakt, że na sali w ogóle nie widziałem psychiatrów ani lekarzy POZ czy psychoterapeutów. Szkoda także, że nie było okazji do dyskusji o lekarzach uzależnionych od alkoholu czy innych substancji, a także możliwości skorzystania z pomocy krakowskich Anonimowych Alkoholików. Choćby w utworzeniu grupy AA dla Lekarzy Małopolskich. W tym temacie także zabrakło głosu i obecności jakiegokolwiek VIP-a z OIL w Krakowie... No, ale w AA mawia się: „Easy, easy – does it...”, czyli „powoli, lecz pewnie...”. Tego życzę trzeźwiejącym kolegom lekarzom i autorowi tej relacji. ■

Dla drugiego człowieka

Bądźmy dla siebie dobrzy na wiosnę.
W. Młynarski

Czasami tak niewiele potrzeba, wystarczy uśmiech, uścisk dłoni czy dobre słowo. Odrobina dobroci serca i zainteresowania się problemami drugiego człowieka. Są wśród nas ludzie, którzy potrafią bezinteresownie pomóc innym, nie licząc na zyski i wylewne podziękowania. Robią to bez zbędnych próśb, bo chcą i mogą tak po prostu sami z siebie pomóc drugiej osobie. Oni zawsze potrafią znaleźć czas nie tylko na rozmowę, ale także na zrobienie chociażby zakupów czy dostarczenie leków choremu i nigdy nie narzekają na brak czasu. Najbardziej na jego brak skarżą się ci, którzy nic nie robią, gdyż nie potrafią, a może nie chcą zrozumieć potrzeb innych niż własne. To osoby zapatrzone w siebie, niewrażliwe na drugiego człowieka. Takich ludzi nie brakuje w naszym rządzie i samorządzie. Już słyszę głosy oburzenia tzw. działaczy, którzy wszelkie działania skupiają na własnej osobie. Chcą być wielkimi ludźmi i wspinać się po szczeblach drabiny kariery, w górę, wyżej i wyżej. Nie zwracają uwagi na problemy i oczekiwania środowiska, z którego się wywodzą, gdyż hołdują zasadzie, że wiedzą najlepiej. Nie mają czasu na dyskusje i wysłuchanie opinii innych – cenią tylko swoje własne. Próbuja uparcie różnymi sposobami wejść na szczyt, a gdy się na nim znajdują, nie mogą już niczego dojrzeć poza nim. Jedyne, co widzą, to świadomie zniekształcony przez nich samych obraz świata sofizmatów, który tworzyli dla dowiedzenia swoich racji, bez względu na poprawność logiczną, stosując wieloznaczności i niedomówienia. Osiągnęli cel dla celu, z którego nic nie wynika, gdyż stworzyli niezrozumiały obraz dla tych, którym miało to służyć. Nie potrafią się przyznać do popełnionych błędów i w porę się wycofać z obranej drogi. A teraz stoją samotnie na szczycie i nie wiedzą, co dalej zrobić. Nie mają wokół siebie nikogo, z kim mogliby się cieszyć z sukcesów lub smucić z porażek, albo chociażby tylko porozmawiać. Okazuje się jednak, że nikogo nie interesuje, co czuje zdobywca. Zdobycą jest sam, otoczony biernymi, znudzonymi obserwatorami jego zmagania. Został wybrany do władzy, ale bardzo szybko zapominał, żeby utożsamiać się z kolegami po fachu i przedstawiać bólaczki całego środowiska, tak jak są one odczuwane przez innych. I ogarnia go gniew, który – jak powiedział Mahatma Gandhi – „jest kwasem mogącym bar-

dziej zniszczyć naczynie, w którym się znajduje, niż to, na co zostanie wylany”. Zatem po co ten zdobywca tak uparcie wspinał się na wyżyny? Robił to jedynie po to, żeby zrealizować własne ambicje? W tej wspinaczce zapomniał jednak, jak ważne jest bycie potrzebnym drugiemu człowiekowi.

A teraz nikogo to nie obchodzi, bo niby dlaczego? Ktoś, kto nie potrafi rozumieć emocji i potrzeb innych, wczuć się w odmienne postrzeganie świata, zawsze pozostanie sam, jeżeli tak zwyczajnie i po ludzku zabraknie mu chociażby odrobiny empatii, o której ostatnio tak wiele się mówi. To modne słowo, które oznacza wrażliwość na problemy i cierpienia innych. To właśnie empatia hamuje agresywne zachowania. Szkoda, że zabrakło jej zdobywcom. A przecież mogli przy odrobinie chęci nauczyć się tego przed wspinaczką.

Nie wiem, czy nie umiemy, czy nie chcemy być dobrzy, zarówno dla siebie, jak i dla innych. Żyjemy w cywilizowanym i zorganizowanym społeczeństwie i wystarczy trochę dobrych chęci i wiary, aby nauczyć się czerpać dobro z życia. Nigdy nie jest za późno na naukę i miłość do ludzi, na uśmiech i dobre słowo, postarajmy się dostrzec problemy, z jakimi się borykają i pomóc w ich rozwiązywaniu. Człowiek jest za słaby, aby dać sobie radę sam ze wszystkim. Nie zamykajmy się więc w szklanych kulach, gdyż żeby coś zrozumieć, trzeba widzieć, słyszeć i czuć otaczający świat i żyjących w nim ludzi. Zaufajmy radości i nauczmy się ją przekazywać drugiemu człowiekowi – szczególnie teraz, w okresie Świąt Wielkanocnych.

Wielkanoc to także czas wybaczenia, więc postarajmy się wybaczyć i zrozumieć samotnych zdobywców. Może wtedy zastanowią się, przemyślą i zrozumieją, że naprawdę nie warto dla kariery – stosując chwytliwe, lecz nieprawdziwe hasła – iść niezgodnie z oczekiwaniami pozostałych. Aby czynić dobro, trzeba otworzyć się na ludzi, warto ich posłuchać i postarać się z nimi współpracować, a nie działać przeciwko nim. Tylko wspólne działanie daje radość i pozwala osiągnąć satysfakcję z osiągniętego sukcesu, gdyż tylko wtedy mamy z kim świętować. Wielkanoc to przecież symbol odrodzenia, czas radości, bez której trudno jest żyć. Cieszymy się wspólnie w harmonii z rozkwitającą przyrodą i otaczającym życiem. Przekażmy sobie wzajemną życzliwość i pozytywne emocje. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Chcą być wielkimi
ludźmi i wspinać
się po szczeblach
drabiny kariery,
w górę, wyżej
i wyżej. Nie zwracają
uwagi na problemy
i oczekiwania
środowiska, z którego
się wywodzą,
gdyż hołdują
zasadzie, że wiedzą
najlepiej. Nie mają
czasu na dyskusje
i wysłuchanie opinii
innych – cenią tylko
swoje własne.

Asystentki do lamusa

**Jolanta
Smerkowska-
Mokrzycka**

Przewodnicząca
Zespołu ds. Zawodów
Pomocniczych
KS NRL

**Anna
Lella**

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

Rzeczywistość zmienia się na naszych oczach, dotyczy to także pracy lekarza dentysty. Czasy praktykowania w pojedynkę przeszły niezaprzeczalnie do historii.



Młodzi lekarze dentyści nawet na moment nie dopuszczają do siebie myśli, by pracować samodzielnie, dla nich praca zespołowa to już standard, ale też dla nikogo nie jest tajemnicą, że liderem zespołu stomatologicznego zawsze jest lekarz dentysta i wyłącznie do niego należą decyzje w zakresie diagnostyki i planowania leczenia.

Na kogo możemy liczyć?

Asystentka stomatologiczna. Zawód jest wpisany do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, osoba po odpowiednim przeszkoleniu legitymuje się dyplomem szkoły policealnej. Program kształcenia wynika z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 7 lutego 2012 r. Szkolenie jest jednoroczne, a absolwent powinien być przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych: przygotowywanie gabinetu i stanowiska pracy lekarza dentysty do pracy; asystowanie lekarzowi dentyście podczas wykonywania zabiegów; przygotowywanie i przechowywanie leków, materiałów, narzędzi oraz konserwowanie na bieżąco sprzętu stosowanego w stomatologii; wykonywanie czynności administracyjnych i prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem gabinetu dentystycznego. Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 8 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, które przewiduje m.in. likwidację naboru na szkolenie asystentek stomatologicznych od roku szkolnego 2016/2017. Kształcenie w tym zawodzie będzie prowadzone do zakończenia cyklu edukacji, a osoby, które nabyły kwalifikacje do wykonywania zawodu asystentki stomatologicznej, nie stracą uprawnień do wykonywania tego zawodu po zakończeniu kształcenia w szkołach policealnych.

Higienistka stomatologiczna. Zawód ten wpisany jest do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego i osoby chcące go wykonywać muszą odbyć dwuletnie szkolenie zakończone dyplomem szkoły policealnej

lub trzyletnie studia licencjackie. Zakres uprawnień zawodowych jest szerszy niż asystentki stomatologicznej, a wspomniane powyżej rozporządzenie MEN z 7 lutego 2012 r. określa następujące zadania zawodowe, do których powinien być przygotowany absolwent szkoły kształcącej w zawodzie higienistka stomatologiczna: przygotowywanie gabinetu i stanowiska pracy lekarza dentysty oraz bieżąca konserwacja sprzętu; organizowanie prac związanych ze świadczeniem usług z zakresu stomatologii; wykonywanie czynności administracyjnych i prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem gabinetu dentystycznego; wykonywanie wstępnych badań stomatologicznych i zabiegów profilaktyczno-leczniczych pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentysty; prowadzenie stomatologicznej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w różnych środowiskach.

Pomoc dentystyczna. Pod tym pojęciem rozumie się osoby bez formalnych kwalifikacji zawodowych, które pomagają lekarzowi dentyście, wykonując pracę na podstawie nabytego doświadczenia zawodowego. Nie ma obecnie uregulowań prawnych dotyczących takich osób – ich zatrudnianie i odpowiedzialność za ich pracę spoczywa na lekarzu dentyście prowadzącym praktykę lub podmiocie leczniczym. Niezbędne kwalifikacje do zatrudnienia na stanowisku pomocy dentystycznej to średnie wykształcenie i odpowiednie przeszkolenie zawodowe.

Na tym nie koniec, nie zawsze proces leczenia jest w pełni zrealizowany w gabinecie stomatologicznym, część prac stomatologicznych (głównie ortodontycznych i protetycznych) wymaga współpracy z pracującymi w laboratoriach technikami dentystycznymi. Odnosnie techników, formalnie nadal obowiązuje Dekret z 1946 r. o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych, który stanowi, że wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej

dozwolone jest wyłącznie technikom dentystycznym oraz tzw. uprawnionym technikom dentystycznym. Technicy dentystyczni mogą wykonywać i naprawiać wyroby medyczne z zakresu protetyki dentystycznej, ortodoncji oraz epitezy twarzy wyłącznie na zamówienie lekarzy dentystów. Trzeba tu także wspomnieć, iż uprawnienia zawodowe „uprawnionych techników dentystycznych” były szersze niż techników dentystycznych i obejmowały niektóre czynności wykonywane przez lekarzy dentystów (z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej) – obecnie w Polsce ta kategoria techników nie funkcjonuje.

Nie można tu także zapomnieć, że lekarze dentyści, zwłaszcza o specjalności chirurgicznej, zatrudniają też do swoich zespołów dyplomowane pielęgniarki, a wśród nich zdecydowanie preferowane są instrumentariuszki.

Tak więc lekarz dentysta może współpracować w zespole, w którym ma do dyspozycji jedną lub kilka z wymienionych wyżej osób. Po likwidacji dalszego kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej czynności zawodowe tychże mają wg planów Ministerstwa Edukacji Narodowej przejąć w przyszłości higienistki stomatologiczne albo pomoce dentystyczne. Sonda przeprowadzona wśród lekarzy dentystów, członków komisji stomatologicznych poszczególnych izb okręgowych oraz wynik dyskusji na posiedzeniu KS NRL jasno wskazały, że lekarze z niezadowolaniem przyjęli pomysł MEN dotyczący likwidacji dalszego kształcenia zawodowego w zawodzie asystentki stomatologicznej. Dla zdecydowanej większości lekarzy dentystów najbardziej pożądanym członkiem zespołu stomatologicznego okazała się właśnie asystentka stomatologiczna. Wiele z tych osób podkreślało, że procedury stomatologiczne są coraz bardziej skomplikowane, a ich prawidłowe wykonanie nie jest możliwe bez fachowej asysty. W komentarzach często podnoszono fakt, iż lekarze dentyści powinni też mieć większy wpływ na zakres szkolenia i nabywane kompetencje zawodowe zawodów pomocniczych w stomatologii. Członkowie KS NRL przyjęli apel do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia prowadzenia kształcenia zawodowego w zawodzie asystentka sto-

matologiczna (apel nr 1/15/VII KS NRL z dnia 6 lutego 2015). Apel nie bez przyczyny został skierowany do Ministra Zdrowia, gdyż to właśnie na jego wniosek w ubiegłym roku Minister Edukacji Narodowej podjął taką decyzję i wydał stosowne rozporządzenie. Podkreślono w nim fakt, że rozwijając swoje praktyki, tworzymy miejsca pracy i rekrutując personel pomocniczy, zależy nam na jego wykwalifikowaniu, a dostęp do higienistek stomatologicznych jest bardzo zawężony i dotyczy w zasadzie dużych aglomeracji miejskich. MZ w piśmie z 7 września 2012 r. podaje, że szacunkowa liczba higienistek w Polsce to 2500 osób.

Skąd taki pomysł resortu zdrowia? Trudno odgadnąć, na pewno nie wzorował się na innych państwach UE, gdyż tam w każdym kraju funkcjonuje zawód asystentek [wg CED EU Manual 2014], nawet jeśli nazewnictwo nie zawsze jest jednolite: z naszym (dental surgery assistants, dental nurses, dental chairside assistants, dental assistants), zadania zawodowe są zbliżone. Inaczej ma się sprawa z higienistkami stomatologicznymi, które pracują w 23 państwach Unii. Koledzy z tych państw, gdzie nie ma zawodu higienistek stomatologicznych, czasem wyrażają głos zdziwienia: po co wam higienistki – wystarczą dobre asystentki. Może u nas ktoś się zyczajnie pomylił?

Stomatolodzy apelują: kształcenie w zawodzie asystentki stomatologicznej powinno być nadal prowadzone. Likwidacja kształcenia spowoduje, że to lekarz będzie musiał przeszkolić daną osobę lub zatrudnić higienistkę, a tych na rynku pracy nie jest zbyt wiele. Nie każdy lekarz ma chęć, czy przede wszystkim czas prowadzić profesjonalne szkolenie w gabinecie. Szkoły mają określone ramy programowe, szkolenie zawodowe asystentki jest krótsze niż higienistki stomatologicznej, trwa tylko rok, co stwarza możliwość uzyskania kwalifikacji bez konieczności rezygnacji z pracy.

Likwidacja zawodu asystentki stomatologicznej to dla lekarzy dentystów duże utrudnienie. Jak powiedziała jedna z koleżanek: to jakby zlikwidować zawód instrumentariuszki na sali operacyjnej i kazać chirurgom szkolić sobie personel samodzielnie. ■

Po likwidacji dalszego kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej czynności zawodowe tychże mają, wg planów Ministerstwa Edukacji Narodowej, przejąć w przyszłości higienistki stomatologiczne albo pomoce dentystyczne.

Prośba o sprostowanie

Uwagi do artykułu pani dr n. med. Agnieszki Pawlik, „Edukacja podyplomowa”, który ukazał się w „Gazecie Lekarskiej” (11/2014).

W połowie kwietnia odbył się w Krakowie 12. Kongres Stomatologów Polskich [...]. Wydarzenie szczególne, bowiem organizowane raz na pięć lat przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Sesje wykładowe obejmowały absolutnie wszystkie działy stomatologii i dziedziny medycyny z nią bezpośrednio związane. Impreza została przygotowana bezwzględnie perfekcyjnie, w pełnym tego słowa znaczeniu, na międzynarodowym poziomie. Począwszy od sprawnie działającej strony internetowej, zapewniającej dostęp do najdrobniejszych szczegółów

wydarzenia na długo przed nim, aż po dyskretne zachowanie firmy ochroniarskiej i cateringowej podczas trwania kongresu. Niestety, uczestniczyło w nim zaledwie 1000 stomatologów... przy liczbie 8000 członków PTS i ponad 18 000 wszystkich lekarzy dentystów w Polsce! Dlaczego?”.

Z tezami autorki nie sposób się nie zgodzić, lecz sprostowania wymaga błędnie podana liczba lekarzy dentystów zarejestrowanych w Polsce. Bowiem, jak wiemy z wystąpienia Prezesa Hamankiewicza 20 marca br. w Warszawie, było nas 40 000, a nie 18 000, jak wydrukowano. ■

List
do redakcji

**Marcin
Tatrzański**

Delegat na KZL

**Marta
Jakubiak**

O należytej staranności

Art. 8. KEL: Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Opis przypadku

22-letni NN przewrócił się, wysiadając z autobusu, i stracił przytomność. Lekarz pogotowia ratunkowego rozpoznał stan po napadzie padaczki. Podano relanium i promazyne, przewieziono pacjenta do szpitala. Dyżurny lekarz SOR (obwiniony) nie zbadał chorego ani też nie przeprowadził wywiadu z lekarzem pogotowia, ani z kolegą poszkodowanego, który był świadkiem zdarzenia. Przez siedem godzin lekarz nie wykonał żadnych badań ani oględzin, pacjenta nie oceniono internistycznie ani neurologicznie, nie poproszono o konsultację ani neurologa, ani chirurga. Lekarz zignorował prośby pielęgniarek o zwrócenie uwagi na niewybudzanie się pacjenta. Kiedy matka NN została poinformowana, że może zabrać syna do domu, dopiero wówczas odkryto, że nie żyje. Podjęto reanimację, ale była nieskuteczna.

Postępowanie

W 2013 r. Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) w L. uznał lekarza winnym popełnienia czynu wskazanego we wniosku o ukaranie lekarza, dotyczącego zaniedbania procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjenta NN, i stanowiącego naruszenie art. 8 KEL oraz art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wobec lekarza OSL orzekł karę ograniczenia wykonywania zawodu w formie zakazu pełnienia dyżurów lekarskich w SOR i w izbach przyjęć na okres dwóch lat, obciążając obwinionego kosztami postępowania.

Od powyższego orzeczenia rodzice NN złożyli odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). Pokrzywdzeni zarzucili obwinionemu, że będąc lekarzem dyżurnym w SOR, zobowiązanym do podjęcia działań zmierzających do ratowania zdrowia i życia ich syna, umyślnie zaniechał ciężącego na nim obowiązku, w następstwie czego doszło do zgonu NN. Pokrzywdzeni wnioskowali o ukaranie lekarza karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres pięciu lat. Obwiniony lekarz wniósł o nieuwzględnienie ich odwołania od orzeczenia OSL. NSL uznał, że odwołanie pokrzywdzonych jest zasadne, a postępowanie lekarza w zakresie diagnostyki było nieodpowiedzialne, nieetyczne i godne potępienia. NSL zmienił orzeczenie OSL i wymierzył obwinionemu karę zawieszenia wykonywania zawodu na okres dwóch lat, obciążając go kosztami postępowania.

Kasacja

Lekarz złożył kasację orzeczenia NSL do Sądu Najwyższego. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wniósł o oddalenie kasacji i utrzymanie w mocy orzeczenia NSL, podkreślając, że złamana została podstawowa zasada medycyny, mówiąca o tym, że o pacjencie wolno decydować wyłącznie po jego zbadaniu. Wina obwinionego lekarza nie wynikała z popełnienia błędu, lecz całkowitego zaniechania badania pacjenta.

Na rozprawie w kwietniu 2014 r. SN, po rozpoznaniu w Izbie Karnej kasacji wniesionej przez obrońcę obwinionego, postanowił oddalić kasację jako oczywiście bezzasadną. ■

Komentarz

Art. 8 KEL, zazwyczaj w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w sporządzanych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej wnioskach o ukaranie lekarza, jest najczęściej przytaczaną i naruszaną normą prawną. Zapewne dlatego, że w swojej treści zawiera tak istotne dla bezpieczeństwa chorego przymioty terapii jak diagnostyka, leczenie i zapobieganie skutkom chorób, w tym należytej staranności.

Należyta staranność to z jednej strony otwarty katalog wielu czynności, które lekarz powinien wykonać w stosunku do chorego, z drugiej – uporządkowany i przemyślany katalog działań. Bardzo często domagamy się stworzenia półzamkniętej lub zamkniętej listy czynności niezbędnych, odnoszących się do określonego „przypadku”. Wiele takich procedur/schematów postępowania już opisano, jednak wiele podlega stałej modyfikacji, związanej np. z postępem i rozwojem medycyny.

W postępowaniu wyjaśniającym jako pierwszy oceny dokonuje rzecznik, analizując komplet zgromadzonego materiału dowodowego. Zazwyczaj jest to dokumentacja medyczna, odwzorowująca wykonane przez lekarza czynności, takie jak: badanie przedmiotowe i podmioto-

we, jego powtarzalność, zlecone i ocenione badania dodatkowe, zlecone i sprawdzone jako wykonane leczenie, czyli czynności świadczące o wystarczającej, pożądanej lub właściwej staranności. Inne dowody, jak zeznania osób z zespołu czy innych świadków przedstawiających fakty zamieszczone w dokumentacji, mogą potwierdzić należyłą staranność. Jeśli dojdzie do niekorzystnego zakończenia procesu leczenia, a lekarz dochował należytej staranności – to dla rzecznika wystarczający powód do wydania postanowienia o umorzeniu postępowania.

W opisywanym przypadku nie można mówić o wystarczającej staranności, a co dopiero o staranności należytej. Rzecznik nie miał więc nie tylko wątpliwości co do sposobu zakończenia postępowania, a zebrane dowody dały mu pewność skutkującą sporządzeniem wniosku o ukaranie lekarza.

W kolejnych opisach poruszać będziemy drugi przymiot art. 8 KEL – niezbędny czas. Zachęcam Koleżanki i Kolegów do dyskusji. Również na łamach „Gazety Lekarskiej”. ■

* Art. 4. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

W opisywanym przypadku nie można mówić o wystarczającej staranności, a co dopiero o staranności należytej.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Jeden zabieg – potrójna odpowiedzialność?

W przypadku, gdy lekarz popełni rażący błąd, może on odpowiadać z tytułu wszystkich trzech rodzajów odpowiedzialności: zawodowej, karniej i cywilnej. Sąd lekarski, prowadząc postępowanie dyscyplinarne, dysponuje innymi możliwościami ukarania lekarza, niż sąd karny czy cywilny - nawet za to samo zdarzenie. W poniżej opisanym przypadku mamy taką właśnie sytuację, gdzie lekarz odpowiadał przed trzema różnymi instytucjami sądowymi.



W maju 2008 r. 76-letnia Genowefa R. przebywała w domu wraz z 78-letnim mężem oraz 51-letnim synem. Mimo bardzo złego stanu zdrowia, nie była poddana hospitalizacji z uwagi na brak zgody opiekujących się nią członków rodziny. 28 maja 2008 r. Genowefa R. spadła z łóżka, w wyniku czego jej stan uległ dalszemu pogorszeniu. 29 maja chora straciła przytomność.

Znajdujący się w ramach wezwanego zespołu lekarz, podczas prowadzonego badania ustalił, że pacjentka jest w bardzo złym stanie higienicznym i nie zdradza oznak życia, w tym tętna na tętnicy szyjnej. Na podstawie takiej pobieżnej obserwacji, lekarz wystawił rodzinie pacjentki kartę informacyjną. Na jej podstawie została wystawiona karta zgonu.

Błąd lekarza został stwierdzony w momencie, gdy pacjentka była przenoszona do kostnicy przyszpitalnej w worku na zwłoki. W kostnicy stwierdzono, że „workę porusza się”. Pacjentce udzielono natychmiast pomocy medycznej, a w efekcie powróciła ona do zdrowia.

Trzy odpowiedzialności – cywilna, karna i zawodowa

Rodzina pacjentki zwróciła się z roszczeniem o zadośćuczynienie w wysokości 120.000 złotych. Swoje powództwo uzasadniała cierpieniem wywołanym nieprawdziwą informacją o utracie żony i matki. W pierwszej instancji sąd okręgowy przyznał rodzinie zadośćuczynienie w wysokości 100.000 złotych. Sąd Apelacyjny obniżył odszkodowanie do wysokości 20.000 złotych, argumentując to niskim poziomem zainteresowania rodziny losem Genowefy R. - przypomnijmy, że będąc w domu była praktycznie pozbawiona opieki.

Niezależnie od postępowania cywilnego prokurator złożył akt oskarżenia przeciwko lekarzowi ustalającemu zgon pacjentki na podstawie art. 160 kk z tytułu narażenia pacjentki na ryzyko utraty życia lub zdrowia. Lekarz był narażony na ryzyko pozbawienia wolności do lat 5. W trakcie postępowania karnego odstąpiono od wymierzenia kary z uwagi na wcześniejsze działania lekarza oraz przyznanie się do winy.

Trzecim postępowaniem było postępowanie dyscyplinarne. Lekarzowi postawiono zarzuty z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej dotyczącego należytej staranności po stronie lekarza. W tym przypadku Sąd Lekarski po-

twierdził, że badanie lekarskie było wykonane pobieżnie i udzielił lekarzowi nagany.

Odpowiedzialność w oczach ubezpieczyciela

1. Brak informacji

Najczęstszym błędem popełnianym przez lekarza, który podejrzewa, że może zostać przeciwko niemu skierowane postępowanie sądowe, jest brak kontaktu z ubezpieczycielem. Obserwujemy często sytuację, kiedy o sprawie dowiadujemy się dopiero z wezwania na rozprawę.

A przecież ubezpieczyciel działa na rzecz lekarza i ma do dyspozycji wiele środków mogących chociażby zmniejszyć kwotę roszczenia lub wręcz doprowadzić do ugody.

2. Dokumentacja medyczna

Jest ona głównym orężem obrony lekarza w postępowaniu sądowym, zarówno cywilnym, karnym czy zawodowym. Bardzo łatwo jest stwierdzić, że dokumentacja była prowadzona niestaranie lub wręcz uzupełniana długo po zakończeniu procesu leczenia, a to ma duży wpływ na wyrok.

3. Prawnik dla lekarza

Sprawy sądowe są dla lekarza bardzo trudne, gdyż nie jest on prawnikiem i nie posiada doświadczenia, jak postępować na sali sądowej. Sprawne prowadzenie takich spraw oraz pokrycie kosztów postępowania zapewni specjalne ubezpieczenie ochrony prawnej. W ramach ubezpieczenia lekarz otrzymuje realne wsparcie prawników specjalizujących się w tego rodzaju sprawach, co może przyspieszyć zakończenie sprawy.



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

KRONIKA
PRZYPADKÓW
MEDYCZNYCH
– rubrykę sponsoruje
Towarzystwo
Ubezpieczeń
INTER Polska S.A.

**Maciej
Balcerowski**

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

Niezależnie od postępowania cywilnego prokurator złożył akt oskarżenia przeciwko lekarzowi ustalającemu zgon pacjentki na podstawie art. 160 kk z tytułu narażenia pacjentki na ryzyko utraty życia lub zdrowia.



**Michał
Kozik**

Radca
prawny
Naczelnej
Izby Lekarskiej

Dyżury lekarskie raz jeszcze

Ponieważ wokół zagadnień związanych z czasem pracy lekarzy wciąż trwają dyskusje, przedstawiamy omówienie uchwały Sądu Najwyższego z dość szczegółową analizą tego tematu.

Sąd Najwyższy w powiększonym, siedmioosobowym składzie 6 listopada 2014 r., pod sygn. akt I PZP 2/14, wydał uchwałę, w której rozstrzygnął toczący się od wielu lat spór o zasady odpłatności za dyżury medyczne.

SN zajmował się kwestią zasad wynagradzania lekarzy za pełnione dyżury lekarskie w sytuacji, gdy na skutek skorzystania z czasu wolnego bezpośrednio po zakończeniu dyżuru, lekarz nie mógł przepracować pełnego wymiaru swojego normalnego czasu pracy przewidzianego na dany okres rozliczeniowy. Opublikowane uzasadnienie tej uchwały wyjaśnia przesłanki, którymi kierował się Sąd Najwyższy.

Uchwała zapadła w powiększonym składzie 7 sędziów Sądu Najwyższego, co ma ten skutek, że – po pierwsze – nie można raczej liczyć na jej zmianę, a – po drugie – będzie jednolicie respektowana przez sądy niższych instancji na terenie całego kraju. Sytuacje, w których sądy niższych instancji nie zgadzają się ze stanowiskiem 7 sędziów Sądu Najwyższego i podążają własną drogą interpretacyjną, praktycznie się nie zdarzają.

Omówienie wypadu rozpocząć od przypomnienia sentencji uchwały, którą cytujemy: „Za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego dopełniającego czas pracy lekarza do obowiązującej go przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy (art. 95 ust. 4 w związku z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) przysługuje jedynie dodatek w wysokości określonej przez odpowiednio stosowane przepisy art. 1511 § 1-3 kodeksu pracy (art. 95 ust. 5 tej ustawy)”.

Ponieważ sentencja orzeczenia odsyła do wielu przepisów prawa, celowe jest wyjaśnienie w sposób w miarę przystępny rzeczywistych skutków uchwały SN. Na początek wysuwa się stwierdzenie, że uchwała Sądu Najwyższego jest niekorzystna dla dyżurujących lekarzy. Skutkiem takiego stanowiska Sądu jest – w pewnym uproszczeniu – zwolnienie szpitali z obowiązku zapłaty za czas wolny udzielony lekarzowi bezpośrednio po zakończeniu dyżuru.

Jak rozliczanie wyglądało w praktyce

Problem, z jakim zmierzył się Sąd Najwyższy, jest w środowisku lekarskim dość dobrze znany i sprowadza się do kwalifikacji czasu wolnego, którego należy udzielić – zgodnie z art. 97 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej – lekarzowi bezpośrednio po zakończeniu dyżuru. Stosowanie tego przepisu prowadzi do tego,

że lekarz, który zakończył dyżur, nie wykonuje pracy w normalnych godzinach pracy po dyżurze.

Jak sytuację tę dotychczas kwalifikowali pracodawcy? Okazuje się, że bardzo różnie. Można było zasadniczo wyróżnić dwie postawy:

- 1) jedni pracodawcy płacili lekarzowi zarówno za cały dyżur (stawka godzinowa normalnego wynagrodzenia oraz dodatek za godziny nadliczbowe) i jednocześnie nie pomniejszali wynagrodzenia zasadniczego za dzień, w którym lekarz faktycznie nie świadczył pracy z uwagi na konieczność odpoczynku po zakończonym dyżurze;
- 2) inni pracodawcy pomniejszali wynagrodzenie lekarza w myśl zasady, że za pracę niewykonaną (w tym wypadku pracą niewykonaną jest dniówka po zakończonym dyżurze) wynagrodzenie się nie należy.

Pracodawcy z drugiej grupy stosowali przy tym także dwie metody: jedna polegała na obniżeniu płacy zasadniczej za nieprzepracowany nominalny czas pracy przy jednoczesnej zapłacie pełnej kwoty za dyżur, druga metoda bazowała na zapłacie pełnego wynagrodzenia zasadniczego (bez pomniejszenia za dniówkę po zakończonym dyżurze), przy jednoczesnym zmniejszeniu wynagrodzenia dyżurnego o kwotę równą wynagrodzeniu zasadniczemu za czas nieprzepracowany.

Sąd Najwyższy podzielił pogląd, że czas, w którym lekarz nie wykonywał pracy po dyżurze, nie jest wliczany do nominalnego czasu pracy i za te godziny lekarzowi nie należy się wynagrodzenie. Zdaniem SN do nominalnego czasu pracy należy jednak wliczyć te godziny dyżuru, które stanowią dopełnienie do nominalnego czasu pracy, który lekarz miał do przepracowania w danym okresie rozliczeniowym zgodnie z obowiązującą go normą czasu pracy. W rezultacie, zdaniem Sądu Najwyższego, lekarz powinien otrzymać niepomniejszone wynagrodzenie zasadnicze należne za dany miesiąc, natomiast wynagrodzenie za dyżur powinno być odpowiednio zredukowane.

Uzasadnienie stanowiska Sądu Najwyższego

1) Przy nieprzepracowanym nominalnym czasie pracy nie można mieć nadgodzin.

Sąd Najwyższy rozpoczął swoje rozważania od przypomnienia, iż zgodnie z ustawą o działalności

Sąd Najwyższy podzielił pogląd, że czas, w którym lekarz nie wykonywał pracy po dyżurze, nie jest wliczany do nominalnego czasu pracy i za te godziny lekarzowi nie należy się wynagrodzenie.

leczniczej lekarze mają ukształtowaną normę czasu pracy na poziomie 7 godz. 35 min dziennie oraz przeciętnie 37 godz. i 55 min tygodniowo. Ten wymiar czasu pracy SN określił jako nominalny czas pracy – jest to czas pracy, który pracownik musi przepracować zgodnie z umową o pracę. Sąd stwierdził, że nominalny czas pracy (37 godz. 55 min tygodniowo) jest wartością graniczną, powyżej której pozostawanie w dyspozycji pracodawcy jest uznawane za pracę ponadwymiarową. Zdaniem Sądu Najwyższego nie można uznawać za pracę ponadwymiarową czasu pracy nieprzekraczającego nominalnego czasu pracy. Dalszym wnioskiem Sądu jest to, że skoro pracownik wykonał w danym okresie pracę ponadnormatywną, to niemożliwe jest, aby zarazem nie wypracował nominalnego czasu pracy.

2) Dyżur jako świadczenie pracy poza normalnymi godzinami pracy, a nie jako świadczenie pracy nadliczbowej.

Sąd Najwyższy przypomniał definicję dyżuru medycznego zawartą w art. 95 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która stanowi, że dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych m.in. przez lekarzy. Określenie „poza normalnymi godzinami pracy” nie zawsze musi oznaczać wykonywanie pracy ponad obowiązującą pracownika przeciętną tygodniową normę czasu pracy. W rezultacie może być wyznaczony dyżur, którego ramy czasowe wychodzą poza „normalne godziny pracy”, który jednak nie stanowi pracy ponadwymiarowej, ponieważ mieści się w przewidzianych dla pracownika 37 godz. 55 min pracy.

Normalnymi godzinami pracy są przypadające do przepracowania w danej dobie według harmonogramu (odpowiadające dobowej normie czasu pracy). Praca poza tak określonymi normalnymi godzinami pracy lekarza jest dyżurem medycznym, który wynagradzany jest według innych zasad niż praca w normalnych godzinach.

3) Praca w ramach dyżuru może być planowana również w zakresie nominalnego czasu pracy.

W uzasadnieniu analizowanej uchwały Sądu Najwyższego zauważono, że art. 95 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej wskazuje, że praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godz. 55 min na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Użycie przez ustawodawcę słowa „również” Sąd Najwyższy interpretuje jako – z jednej strony – zezwolenie na planowanie dyżuru przekraczającego 37 godz. 55 min (nominalny czas pracy lekarza), a z drugiej strony – jako wyraźne potwierdzenie, że można też planować dyżur mieszczący się w ramach nominalnego czasu pracy i przez to niestanowiący pracy ponadwy-

miarowej. Sąd uznał, że ustawa zezwoliła na planowanie także dyżuru ponadwymiarowego, więc tym bardziej wolno planować dyżur mieszczący się w nominale czasu pracy. W świetle wykładni dokonanej przez Sąd Najwyższy przesądza to, że godziny dyżuru medycznego mogą dopełniać czas pracy lekarza do obowiązującej go przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy.

Sąd Najwyższy wyjaśnił, że wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych obejmuje dwa składniki: normalne wynagrodzenie za pracę w danej godzinie oraz dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych. W typowych okolicznościach, gdy występują nadgodziny za pracę nadliczbową, należy wypłacić pracownikowi jego normalną stawkę godzinową oraz odpowiedni dodatek za nadgodziny. Sąd Najwyższy wskazał jednak, że wchodzące w skład wynagrodzenia za godziny nadliczbowe wynagrodzenie zasadnicze za każdą godzinę przysługuje tylko, gdy na skutek pełnienia dyżuru przekroczono przeciętną tygodniową normę czasu pracy. Nie ma natomiast podstaw do wypłacania takiego wynagrodzenia zasadniczego za godziny dyżuru, które dopełniają czas pracy do obowiązującej pracownika przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy. Za tę część dyżuru, która dopełnia jego tygodniową normę czasu pracy, lekarz powinien otrzymać wyłącznie dodatek w wysokości jak za nadgodziny.

Skutki omawianej uchwały

Najlepiej będzie przedstawić je na uproszczonym przykładzie.

W szpitalu obowiązuje norma czasu pracy 7 godz. 35 min na dobę i lekarze pracują od poniedziałku do piątku od godz. 8:00 do godz. 15:35. Rozliczamy miesięczny czas pracy lekarza. W jednym tygodniu lekarz pełnił dyżur od godz. 15:35 w poniedziałek do godz. 8:00 we wtorek (dyżur trwał 16 godz. i 25 min). We wtorek po dyżurze skorzystał z prawa do odpoczynku i po godz. 8:00 nie wykonywał pracy. Za ten miesiąc pracy lekarz – zdaniem Sądu Najwyższego – powinien otrzymać:

- a) pełne miesięczne wynagrodzenie za pracę (tzw. pensja zasadnicza nie ulega zmniejszeniu),
- b) za pierwsze 7 godz. 35 min dyżuru (czyli za okres od godz. 15:35 do godz. 23:10) – tylko dodatek za nadgodziny, nie jest natomiast wypłacana normalna stawka godzinowa za te godziny dyżuru,
- c) za czas dyżuru przekraczający 7 godz. 35 min (czyli za okres od godz. 23:10 do godz. 8:00) – normalną stawkę godzinową wynagrodzenia zasadniczego oraz dodatek za nadgodziny.

Pierwsze 7 godz. 35 min dyżuru stanowi w ocenie Sądu Najwyższego dopełnienie normalnego czasu pracy, jaki lekarz powinien przepracować we wtorek, dlatego nie należy się za ten czas normalne wynagrodzenie, będące składnikiem wynagrodzenia za nadgodziny, a jedynie dodatek za godziny nadliczbowe. ■

Określenie „poza normalnymi godzinami pracy” nie zawsze musi oznaczać wykonywanie pracy ponad obowiązującą pracownika przeciętną tygodniową normę czasu pracy. W rezultacie może być wyznaczony dyżur, którego ramy czasowe wychodzą poza „normalne godziny pracy”, który jednak nie stanowi pracy ponadwymiarowej, ponieważ mieści się w przewidzianych dla pracownika 37 godz. 55 min pracy.

Dlaczego pakiet onkologiczny jest nieudany

**Mariusz
Tomczak**

– Doceniamy szczytne cele, jakie zakładano podczas tworzenia pakietu onkologicznego, ale ten eksperyment medyczno-prawny jest nieudany. Przyłączamy się do apelu prof. Jacka Jassemę: pakiet trzeba zresetować – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz. Głos samorządu lekarskiego dzielą środowiska pacjentów.

[...] po zakończeniu leczenia Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego jest „zamykana”, co dla pacjenta z nawrotem choroby oznacza, że w ramach tzw. szybkiej ścieżki nie może mieć wykonanych żadnych badań. Dlaczego? Bo wcześniej musiałyby ponownie ją otrzymać.

Ista zarzutów wobec nowych przepisów powiększa się z każdym tygodniem. – Wbrew wcześniejszym zapowiedziom, w pakiecie onkologicznym utrzymano limity finansowania przy wielu chorobach nowotworowych lub wprowadzono je tam, gdzie dotąd nie występowały. Narodowy Fundusz Zdrowia nie został należycie przygotowany do wprowadzenia nowych przepisów – podkreśla prezes NRL. Co niezwykle zaskakujące, pakietem onkologicznym nie objęto wielu nowotworów i badań pomagających zdiagnozować liczne choroby. – Pakiet nie obejmuje raków skóry, poza czerniakiem, i nowotworów złośliwych tkanek miękkich u dorosłych – tłumaczy prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL.

Terapia nie dla każdego

Przepisy obowiązujące od 1 stycznia br. nie dotyczą sytuacji, kiedy do potwierdzenia nowotworu niezbędna jest operacja, np. w przypadku guza mózgu, guza nerki, guza trzustki, guza przestrzeni zaotrzewnowej czy nieprawidłowego pakietu węzłów chłonnych w jamie brzusznej przy braku powiększonych węzłów obwodowych. Nie obejmują leczenia paliatywnego oraz nowotworów zdiagnozowanych na szpitalnych oddziałach wewnętrznych, ratunkowych, neurologicznych, laryngologicznych i stomatologicznych, a także schorzeń niepotwierdzonych badaniem histopatologicznym. Pakiet nie dotyczy żywienia dojelitowego lub pozajelitowego po zabiegach onkologicznych oraz Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (odznaczającej się najwyższą, bo aż ok. 90-procentową wykrywalnością schorzeń onkologicznych). Wreszcie, nie przewiduje sytuacji, kiedy pacjent nie dochowuje przewidzianych terminów diagnostycznych ze względów osobistych.

Oprócz niezrealizowania głównych założeń, czyli ułatwienia diagnostyki i leczenia oraz zniesienia limitów w finansowaniu onkologii, wskazuje się m.in. na wydłużenie kolejek do lekarzy rodzinnych i wielu gabinetów lekarzy specjalistów. – W moim ośrodku w zeszłym roku pacjenci nie czekali na radioterapię – mówi prof. Lucyna Kępka z Warmińsko-Mazurskiego Centrum Onkologii w Olsztynie. Zdaniem Jacka Siwca z Fundacji Watch Health Care, dostęp do lekarza rodzinnego wydłuża się nawet w Warszawie. – To system ostrzegawczy dla systemu. Limitowanie świadczeń prowa-

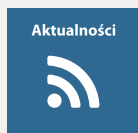
dzi do patologii – mówi. Z kolei Ewa Borek z Fundacji My Pacjenci mówiła, że na stronie internetowej kolejki.nfz.gov.pl, po zaznaczeniu zakładki „karta onkologiczna”, pojawia się informacja „Brak danych”.

Jedni mają zielone światło, inni czerwone

– Jest wiele powodów, dla których konsylia są biurokratyczną fikcją – ocenia prof. Romuald Krajewski. Od 1 stycznia br., po zwołaniu konsylium, pacjent nie może mieć już w ramach pakietu wykonywanych żadnych badań, bo konsylium kończy etap diagnostyki. Jeżeli później potrzebna jest dodatkowa diagnostyka, jej koszt ponosi świadczeniodawca. – Teraz konsylia zwiększają nakład naszej pracy. Najgorszą rzeczą jest odebranie pacjentowi prawa do wyboru lekarza – podkreśliła prof. Lucyna Kępka. Natomiast po zakończeniu leczenia Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego jest „zamykana”, co dla pacjenta z nawrotem choroby oznacza, że w ramach tzw. szybkiej ścieżki nie może mieć wykonanych żadnych badań. Dlaczego? Bo wcześniej musiałyby ponownie ją otrzymać. Nowe przepisy powszechnie krytykuje się za uprzywilejowanie jednej grupy chorych, co sprawia, że pacjenci nieonkologiczni czasami czekają na leczenie dłużej niż czekali przed wprowadzeniem pakietu. – Jesteśmy zaniepokojeni faktem, że z powodu zaniechań systemowych tworzy się pakiet, w którym jedna grupa chorych dostała zielone światło w procesie diagnostyki i leczenia. Zielone światło dla jednych, oznacza czerwone dla drugih – uważa Piotr Piotrowski, prezes Fundacji 1 Czerwca.

Adam Sandauer, przewodniczący Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere, podkreśla, że zamiast zmniejszać kolejki w całym systemie, zastosowano zabieg socjotechniczny: wydzielono onkologię i zaczęto przekonywać społeczeństwo, że system będzie ulepszany stopniowo. – Reperujemy cały system, a nie dzielimy chorych. Nie może być tak, że dla chorego szczęściem będzie podejrzenie raka i to, że trafi do pakietu onkologicznego – apeluje przedstawiciel środowiska pacjenckiego. Jak przekonuje Maciej Hamankiewicz, ze względu na dobro pacjentów, pakiet należy jak najszybciej zakończyć. Tymczasem minister zdrowia Bartosz Arłukowicz planuje w kwietniu podsumować pierwsze 90 dni obowiązywania pakietu i chce zaproponować ewentualne zmiany albo modyfikację programu. ■

Konferencja odbyła się 12 marca w siedzibie NIL. Relacja z tego wydarzenia w **AKTUALNOŚCIACH** na www.gazetalekarska.pl



BIULETYN

Nr 1 (160) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, II 2015

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 13 lutego 2015 r.

UCHWAŁA Nr 1/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 lutego 2015 r.

**zmieniająca uchwałę nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r.
w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 5 pkt. 7 z związku z art. 39 ust. 1 pkt 4 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011 r. Nr 113, poz. 657) uchwała się, co następuje:

§1.

W uchwale nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

a) § 4 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„Rada Ośrodka powoływana jest przez Naczelną Radę Lekarską na okres 4 lat, w liczbie 3 do 6 członków, spośród lekarzy i lekarzy dentystów”.

§2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 2/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 lutego 2015 r.

**w sprawie powołania Rady Ośrodka
Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 5 pkt. 14, art. 39 ust. 1 pkt. 1, 4 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009, nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) oraz § 4 ust. 1 uchwały Nr 15/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 września 2008 r. w sprawie powołania Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§1.

Powołuje się Radę Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:

1. Mariusz Janikowski
2. Jerzy Kruszewski
3. Anna Lella
4. Wojciech Marquardt
5. Ładysław Nekanda-Trepka
6. Agnieszka Ruchała-Tyszler

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 3/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 lutego 2015 r.

**w sprawie przyjęcia informacji o działalności
samorządu lekarzy w 2014 r.**

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy w 2014 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały dostępny jest na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem:
http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0005/99158/ru003-15-VII.pdf.

UCHWAŁA Nr 4/15/P-VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 lutego 2015 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości
składki członkowskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwała się, co następuje:

§ 1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następującą zmianę:

- § 3 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„Okręgowa lub wojkowska rada lekarska może wezwać lekarza do

złożenia dokumentów podatkowych w celu weryfikacji prawdziwości oświadczenia o nieosiąganiu przychodu opisanego w ust. 1 pkt 3”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko nr 1/15/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 lutego 2015 r.**

**w sprawie wstępnej oceny niezgodności
z Konstytucją pakietu onkologicznego**

Naczelna Rada Lekarska ponownie wyraża sprzeciw wobec sposobu uchwalenia przepisów wchodzących w skład tzw. pakietu onkologicznego. Wprowadzono je bez uwzględnienia opinii samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, innych organizacji reprezentujących uczestników systemu ochrony zdrowia oraz wielu ekspertów. Wdrażanie pakietu onkologicznego odbywa się pośpiesznie i chaotycznie. Samorząd lekarski od początku krytykował niektóre przewidziane w nim rozwiązania, a żadna z merytorycznych uwag zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską w ramach konsultacji społecznych i prac parlamentarnych nie została przyjęta. Przygotowana przez Kancelarię Domański Zakrzewski Palinka wstępna analiza zgodności przepisów pakietu onkologicznego z Konstytucją potwierdza, że wiele jego postanowień może naruszać Konstytucję. Wśród rozwiązań prawnych, które budzą poważne wątpliwości konstytucyjne są między innymi:

- pogorszenie sytuacji pacjentów nieonkologicznych, szczególnie tych, którzy cierpią na równie poważne choroby wymagające również niezwłocznej pomocy diagnostyczno-leczniczej;
- pogorszenie sytuacji pacjentów onkologicznych nieobjętych pakietem onkologicznym;
- zróżnicowanie sytuacji pacjentów korzystających z opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- wprowadzenie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów poprzez zbyt daleko idące konsekwencje dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w razie nieosiągnięcia tego współczynnika;
- bezzasadne różnicowanie lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie uprawnienia do wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Naczelna Rada Lekarska protestuje przeciwko rozwiązaniom, które wprowadza pakiet onkologiczny, nakładającym na lekarzy zadanie segregacji pacjentów, których choroba wymagałaby również szybkiej diagnostyki oraz leczenia i przypomina o nieobjęciu pakietem onkologicznym świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. Rada stoi na stanowisku, że mając na uwadze powagę zgłoszonych zarzutów niezgodności z Konstytucją, słuszny interes pacjentów oraz wyraźny interes lekarzy w prawidłowym ukształtowaniu tak ważnej regulacji prawnej, jaką przewidziano w pakiecie onkologicznym, która w sposób bezpośredni wpływa na zasady wykonywania zawodu lekarza, celowe jest prowadzenie dalszej, pogłębionej analizy prawnej celem przygotowania wniosku do Trybunału Konstytucyjnego.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL NR 1/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 lutego 2015 r.**

do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wprowadzenia odpłatności 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

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu apelu nr 6 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie zmiany uregulowań współpracy lekarzy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wystawiania zaświadczeń ZLA, apeluje do Ministra Pracy i Polityki Społecznej o zmianę ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez wprowadzenie odpłatności za wystawianie przez lekarzy zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny.

Naczelna Rada Lekarska przypomina, że w myśl ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (obecnie podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych), czy konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, wydawane są przez lekarzy na podstawie upoważnienia udzielonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Upoważnienie to 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. Przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie przewidują dla lekarzy wynagrodzenia za wydanie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy. Wynagrodzenia nie przewiduje także wydawana przez ZUS decyzja o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Naczelna Rada Lekarska, przywołując art. 68 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który stanowi, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi ustalanie uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wypłacanie tych świadczeń, stoi na stanowisku, że to ZUS powinien ponosić koszty wydania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny czy pobytu w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Podmiotem zlecającym wystawienie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby jest ZUS, który powinien także ponosić koszty ich wykonania. Dodatkowo należy wskazać, 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.

Naczelna Rada Lekarska uznaje, że uzyskanie przez lekarzy prawa do wynagrodzenia za te czynności wymaga zmiany ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Propozycja nowelizacji przepisów przedstawiona jest w załączniku do stanowiska.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Art. 1. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz.U. 2014 r., poz. 159) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 55:

a) po ustępie 6 dodaje się ustęp 6a o następującym brzmieniu:

„6. Za każde wystawione zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny lekarzowi przysługuje wynagrodzenie. Wynagrodzenie wypłaca właściwy dla miejsca wystawienia zaświadczenia oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

b) dodaje się ust. 8 o następującym brzmieniu:

„8. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi w drodze rozporządzenia wysokość wynagrodzenia należnego lekarzowi za wystawienie zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 1 oraz zasady i tryb wypłaty wynagrodzenia, mając na uwadze nakład pracy niezbędny do wystawienia zaświadczenia i koszty związane z jego wystawieniem”.

Art. 2 Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2015 r.

**APEL NR 2/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 lutego 2015 r.**

**do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zmiany
przepisów ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu
Ubezpieczeń Społecznych**

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu uchwały nr 11 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie przeprowadzenia szczegółowej analizy i podjęcia działań mających na celu zmianę przepisów ubezpieczeniowych, apeluje do Ministra Pracy i Polityki Społecznej o zmianę ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poprzez zaliczenie okresów wykonywania czynności przez członka organu samorządu zawodowego lub wykonywania czynności na rzecz samorządów zawodowych przez ich członków, za które nie otrzymali wynagrodzenia, do okresów nieskładkowych.

W świetle obecnie obowiązujących przepisów okresy, w których członkowie samorządu lekarskiego wykonują czynności na rzecz tego samorządu, a za które nie otrzymują wynagrodzenia, nie są brane pod uwagę przy ustalaniu prawa do emerytury i renty i obliczaniu ich wysokości.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich na wniosek przewodniczących organów izb lekarskich, a w przypadku rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępcy na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej, pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego członkiem organów izb lekarskich lub wykonującego czynności na rzecz izby lekarskiej bez prawa do wynagrodzenia, na czas wykonywania czynności członka organu izby lekarskiej lub na czas wykonywania czynności na rzecz izby lekarskiej.

Za okresy zwolnienia pracownika od pracy bez prawa do wynagrodzenia nie są opłacane składki na ubezpieczenie społeczne. Z powyższego względu okresy zwolnienia od pracy na podstawie art. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich nie są okresami składkowymi w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Okresy nieskładkowe określa art. 7 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Przepis ten nie uwzględnia okresu wykonywania czynności na rzecz samorządu lekarskiego przez członka tego samorządu, za które nie otrzymał wynagrodzenia, w tym okresu zwolnienia od pracy na podstawie art. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Wobec powyższego okresy, w których członkowie organów izb lekarskich lub osoby wykonujące czynności na rzecz izby lekarskiej zostali przez pracodawcę zwolnieni od pracy bez prawa do wynagrodzenia, nie są obecnie brane pod uwagę przy obliczaniu stażu pracy niezbędnego do uzyskania prawa do emerytury, ani obliczaniu wysokości świadczenia emerytalnego czy rentowego.

Wykonywanie działalności na rzecz samorządu lekarskiego jest niewątpliwie działalnością społecznie użyteczną, ważną dla realizacji zasady państwa obywatelskiego. Nie sposób sobie dzisiaj wyobrazić funkcjonowania państwa demokratycznego bez aktywnego udziału samorządów zawodów zaufania publicznego w życiu publicznym. Osoby, które kosztem swojego wynagrodzenia biorą udział w pracach samorządu lekarskiego nie powinny dodatkowo tracić prawa do wykazania tego okresu jako nieskładkowego przy ubieganiu się o świadczenia emerytalno-rentowe.

Naczelna Rada Lekarska uznaje, że realizacja zgłoszonego postulatu wymaga zmiany ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poprzez uznanie tych okresów za okresy nieskładkowe. Propozycja nowelizacji przepisów przedstawiona jest w załączniku do niniejszego apelu.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

*Załącznik
do apelu nr 2/2015/VII Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 lutego 2015 r.*

Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 1. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7 dodaje się pkt 13 o następującym brzmieniu:

„13) wykonywania czynności przez członka organu samorządu zawodowego lub wykonywania czynności na rzecz samorządów zawodowych przez ich członków, za które nie otrzymali wynagrodzenia”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2015 r.

**APEL NR 3/15/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 lutego 2015 r.**

do Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska apeluje 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.

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw nałożyła na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obowiązek przekazywania co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, a co najmniej raz w mie-

siącu dane dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca i dane dotyczące liczby oczekujących i informacje 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 mogą w konfrontacji z podanym obok terminem pierwszego możliwego przyjęcia mogą u pacjentów niepotrzebnie wywoływać uczucie niezrozumienia lub nawet podejrzliwości.

W związku z tym Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Prezesa NFZ o umieszczenie w prowadzonym przez Centralę NFZ Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne adnotacji, że dane nie uwzględniają liczby pacjentów kontynuujących leczenie.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL NR 4/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 lutego 2015 r.**

do lekarzy i lekarzy dentyistów

Naczelna Rada Lekarska, przypominając swoją krytyczną ocenę zarówno sposobu przygotowania, wprowadzania jak i praktyki działania tzw. pakietu onkologicznego ponownie stwierdza nie-dopuszczalność narzucanych przez nowe przepisy zasad selekcji chorych. Chaos, ograniczenia finansowe i naciski administracyjne wynikające z nowych przepisów doprowadziły do poważnych zaburzeń w zakresie organizacji opieki nad pacjentami. Szczególnie jaskrawo dostrzegalne są trudności, jakie napotykać pacjenci ze schorzeniami nowotworowymi, którzy z różnych powodów nie znaleźli się w tzw. pakiecie i chorzy nieonkologiczni. Placówki podejmujące się leczenie tych pacjentów ryzykują często poważne trudności finansowe.

W trudnej sytuacji stworzonej przez zarządzających systemem ochrony zdrowia pacjenci nie powinni mieć wątpliwości, że lekarze i lekarze dentyści będą im pomagali i otaczali ich opieką, nawet jeżeli utrudniają im to tworzone wbrew opiniom środowiska przepisy. W tej sytuacji Naczelna Rada Lekarska, przypominając treść artykułu 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówiącego, że mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania zasady dobra chorego jako najwyższej wartości, zwraca się do wszystkich lekarzy, aby nie zważając na trudności rozregulowanego systemu ochrony zdrowia, w tym złych przepisów pakietu onkologicznego, otaczali chorych zgodną z aktualną wiedzą, etyczną opieką, jakiej potrzebują.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL NR 5/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 lutego 2015 r.**

do Ministra Finansów w sprawie zaniechania poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego lekarzy

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu uchwały nr 12 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie przeprowadzenia szczegółowej analizy i podjęcia działań mających na celu zmianę przepisów podatkowych, apeluje do Ministra Finansów o wydanie rozporządzenia w sprawie zaniechania poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego lekarzy.

Obowiązujące przepisy podatkowe dotyczące nieodpłatnych świadczeń mogą prowadzić do nieuzasadnionego uznawania przez organy skarbowe, iż po stronie lekarza i lekarza dentyisty uczestniczącego w nieodpłatnym szkoleniu organizowanym przez izby lekarskie, występuje przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz.U. 2012, poz. 749 z późn. zm.) w art. 22 ust. 1 przewiduje, że Minister Finansów może w drodze rozporządzenia, w przypadkach uzasadnionych interesem publicznym lub ważnym interesem podatników zaniechać w całości lub w części poboru podatków, określając rodzaj podatku, okres, w którym następuje zaniechanie, i grupy podatników, których dotyczy zaniechanie.

Za zaniechaniem, na podstawie art. 22 ust. 1 Ordynacji podatkowej, poboru podatku dochodowego od lekarzy biorących udział w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez samorząd lekarski przemawia zarówno ważny interes podatnika jak i interes społeczny. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że za dopuszczalnością zaniechania poboru podatku od lekarzy i lekarzy dentyistów przemawia przede wszystkim to, że do ustawicznego doskonalenia zawodowego ustawy zobowiązują lekarzy i lekarzy dentyistów w oczywistym interesie ich pacjentów, a także to, że zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych korzysta ze zwolnienia podatkowego. Zarówno pracodawcy zatrudniający lekarzy, jak i samorząd lekarski, zobowiązani są - na mocy przepisów prawa - do ułatwiania lekarzom podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Skoro kształcenie finansowane przez pracodawców nie podlega opodatkowaniu, celowe jest, aby także udział w szkoleniu organizowanym przez samorząd zawodowy nie wiązał się dla lekarza z koniecznością zapłaty podatku dochodowego. Przypomina się ponadto, że samorząd lekarski wielokrotnie występował, aby koszty doskonalenia zawodowego uznać za koszty uzyskania przychodów.

Należy również zaznaczyć, że Minister Finansów w drodze rozporządzenia z dnia 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zaniechania poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od niektórych dochodów (przychodów) podatników podatku dochodowego od osób fizycznych (Dz.U. 2014, poz. 553) zarządził do 31 grudnia 2014 r. zaniechanie poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od świadczeń uzyskiwanych przez podatników w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego lekarzy, ograniczając je do szkoleń z zakresu opieki paliatywnej lub hospicyjnej, istnieje wobec tego możliwość poszerzenia zakresu zaniechania poboru o inne nieodpłatne szkolenia. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wspieranie przez państwa członkowskie kształcenia zawodowego w zawodzie lekarza i lekarza dentyisty wynika z dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”).

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Godzie, jak nie na Wolską?

Warszawa, 9.00 rano, ul. Wolska 172. Drzwi niewielkiego baraku, spadku po robotnikach z budowy I linii metra, otwierają się dla pacjentów. Tak zaczyna się kolejny dzień w przychodni dla bezdomnych, prowadzonej przez „Lekarzy Nadziei”. Kim są ludzie, którzy przychodzą tu po pomoc? Kim są lekarze, którzy w ramach wolontariatu chcą im poświęcić swój czas?

Stoję przed niewielkim kontenerem, o powierzchni może 100 metrów kwadratowych. Wchodzę do środka. Jest tu kilka pokoi lekarskich, gabinet dentystyczny, rejestracja, salka zabiegowa, toalety. Na odmalowanym korytarzu stoi rząd białych krzeseł, jest czysto i schludnie. Siadam w poczekalni. Zaczynają schodzić się pacjenci. Dziś przyjmuje stomatolog, psychiatra i internista. Powoli robi się tłoczno, ale każdy cierpliwie czeka na swoją kolej – najpierw do rejestracji, a potem już do gabinetu. Zawsze tu tak spokojnie? – pytam przechodzącą obok pielęgniarkę. – Zazwyczaj tak, chociaż czasami bywają awanturujący się pacjenci, szczególnie gdy są pod wpływem alkoholu albo narkotyków. Zdarza się to jednak dość rzadko i takie osoby na ogół wypraszamy. Zresztą inni oczekujący potrafią skutecznie takich delikwentów uspokoić – tłumaczy. Dziś „trudnego” pacjenta nie ma, za to są uśmiechy i wzajemne zrozumienie.

Gronkowiec, gruźlica...

Zastanawiam się, kim są ludzie zgłaszający się do Przychodni dla Bezdomnych. Każdy mógłby zapewne opowiedzieć historię na kilka dobrych stron maszynopisu. Nie mają ubezpieczenia, ale pomoc medyczną mogą otrzymać właśnie tutaj. Najbardziej oblegani są interniści, chirurdzy, dermatolodzy, pulmonolodzy, a także stomatolodzy. W przychodni zarejestrowanych jest ponad 13 tys. osób i codziennie zgłaszają się nowi. Przychodzą z gorączką, grypą, problemami psychicznymi, wszawicą, świerzbem, problemami kardiologicznymi, gruźlicą, HIV, HCV, zgorzelami, odmrożeniem, owrzodzeniami i wieloma innymi chorobami biedy.

Lekarze przyjmują do ostatniego pacjenta. Po pomoc zgłaszają się głównie mężczyźni – stanowią ponad 90 proc. wszystkich pacjentów. Przychodzą tu jednak także kobiety, tak jak pani Magda, która od kilku lat codziennie stawia się na oczyszczenie ogromnej zgorzeli na nodze i zmianę opatrunku. Dlaczego ta rana tak długo się utrzymuje? – pytam panią Małgosię Szewczak, pielęgniarkę, która właśnie opatruje chorą nogę wspomnianej pacjentki. – To nasza stała bywalczyń. Nie chce przebywać w ośrodkach pomocy, buntuje się przed pójściem do szpitala, woli życie na własną rękę, na ulicy. Ma schizofrenię i w zasadzie powinna być ubezwłasnowolniona. Jest niegroźna dla otoczenia, ale nie jest w stanie zadbać o siebie. Często przesiaduje na dworcach. Nie chce

przyjmować antybiotyków, mimo że jest zakażona gronkowcem. System w jej przypadku zawiódł. Pomoc społeczna jest w ogóle jakoś marnie zorganizowana. Możemy więc pomóc tylko w taki sposób – wyjaśnia mi pielęgniarka.

Nie wszyscy są bezdomnymi z własnego wyboru. – Jeśli nie ma się wzorców wychowawczych w dzieciństwie, jeśli było za dużo alkoholu, a za mało miłości, to w dorosłym życiu trudno coś zmienić – mówi jedna z lekarek. Są też tacy, którym po prostu nie wyszło. Ktoś miał własną firmę, inny to profesor matematyki, którego zgubił alkohol. Bywają też tacy, którzy przyjechali do stolicy za chlebem, ale im nie wyszło i wstydzą się wrócić i do tego przyznać.

Kto? Jak? Dlaczego?

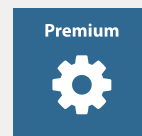
– Pan tutaj pierwszy raz? – pytam jednego z oczekujących na lekarza. – Tak. Dowiedziałem się od kolegi, że jest możliwość uzyskania pomocy w tym miejscu, więc stwierdziłem, że spróbuję. Zobaczymy, jak będzie – uśmiecha się do mnie szczerze. Po wizycie wychodzi bardzo zadowolony. Zagaduję kolejnego mężczyznę, który usiadł na krześle obok mnie. Był tu już kilka razy. – Pracowałem jako konserwator w banku. Miałem dom, samochód, rodzinę. Straciłem wszystko. Zwolnili mnie z dnia na dzień, nie umiałem się pozbierać – opowiada pan Marek. – Byłem prawie na dnie, kiedy kolega namówił mnie, żebym zaczął pomagać jako wolontariusz w hospicjum. To był kubek zimnej wody. Dopiero tam uświadomiłem sobie, że to, co wydarzyło się w moim życiu, nie jest końcem świata. Kiedy umierał na moich rękach młody chłopak i płakał, że chce żyć, zdałem sobie sprawę, że moja tragedia, jak wcześniej o wszystkim myślałem, wcale tragedią nie jest. Mieszkam teraz u znajomego, staram się poukladać wszystko. I wiem, że nic nie jest na stałe, każdemu może powinąć się noga i z samej góry spaść na dno. Nie mam do nikogo pretensji, że jest, jak jest. Każdy musi swoje przejść. Kiedy zdrowie szwankuje, to przychodzę do tej przychodni. Tu mogę liczyć na opiekę lekarską i pomoc.

Właśnie pacjentów skończyła przyjmować dr Krysztyna Stopczyńska, psychiatra. – Serdecznie zapraszam do środka – słyszę zza drzwi. Wchodzę do skromnego, białego pokoiku. Stolik, dwa krzesła, leżanka, gabłota z lekami. Komu pani doktor tutaj pomaga? – pytam. – Pacjentom z psychozami, zaburzoną psychicznie – z różnych przyczyn, z powikłaniami psychiatrycznymi, ludziom uzależnionym od

**Lidia
Sulikowska**

Nie wszyscy są bezdomnymi z własnego wyboru. – Jeśli nie ma się wzorców wychowawczych w dzieciństwie, jeśli było za dużo alkoholu, a za mało miłości, to w dorosłym życiu trudno coś zmienić – mówi jedna z lekarek. Są też tacy, którym po prostu nie wyszło.

Fotorelacja
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl





Czy nie boi się pani agresji pacjentów?

– Nie, nigdy się nie bałam – ani jako psychiatra sądowy, ani jako lekarz pracujący przeważnie na trudnych oddziałach w Tworkach. Tu również nie mam problemów z agresją. Szanuję swoich pacjentów, oni to czują i szanują również mnie – odpowiada.

alkoholu, hazardu, niedostosowanymi do życia społecznego. Czasem zgłosi się ktoś po wcześniejszym leczeniu szpitalnym, niekiedy były więzień. Przychodzi do mnie od ośmiu lat jeden pacjent z pokaźną kartoteką – po kilkunastu wyrokach, ale mniejszego kalibru. Na początku był nastawiony bojowo, ale to w gruncie rzeczy dobry człowiek. Od kiedy jest pod naszą opieką, nie ma zatargów z prawem – opowiada doktor Stopczyńska. – Albo pani Teresa, inteligentna, zdolna, od lat walczy z depresją. Niektórzy mówili, że nie chce się uczyć, bo jest leniwa, a ona była chora. Nie skończyła szkoły, nie podjęła pracy. Będziemy chcieli pomóc jej załatwić rentę albo pomoc społeczną. Już jest lepiej, powoli uczy się funkcjonować w społeczeństwie. Czasem zjawia się pacjent, o którym nic nie wiemy, a i on sam niewiele może o sobie opowiedzieć. Potrzeba czasu, aby do nich wszystkich dotrzeć – wyjaśnia. Czy nie boi się pani agresji pacjentów? – Nie, nigdy się nie bałam – ani jako psychiatra sądowy, ani jako lekarz pracujący przeważnie na trudnych oddziałach w Tworkach. Tu również nie mam problemów z agresją. Szanuję swoich pacjentów, oni to czują i szanują również mnie – odpowiada.

Landrynki

Chorzy nie zawsze doceniają możliwość skorzystania z pomocy. – Czasem zgłosi się pacjent, ale nie poczeka na wizytę, tylko bez słowa sobie idzie. Zdarza się też, że przyjdzie ktoś w kiepskim stanie i od razu widać, że przydałoby mu się chociaż kilka dni odpoczynku pod dachem. Dzwonię do schroniska „Przystąń”, prowadzonego przez Caritas AW, na przeciwko przychodni. Proszę o przyjęcie. Jest miejsce! Odprowadzam chorego, a on mówi, że jednak nie chce... Potem wraca do nas w stanie skrajnego wyczerpania. I znowu mu pomagamy... – opowiada Joanna Miros-Kosiacka, pracownik administracyjny przychodni. – Wielu oczekuje pomocy tu i teraz, ale nie chcą pójść o krok dalej, mimo że pokazujemy im drogę wyjścia z bezdomności. Przychodzą też osoby uzależnione, które raczej chcą wyłudzić leki, a nie otrzymać fachową pomoc. Nie wolno się zniechęcać,

bo zdecydowana większość naprawdę potrzebuje pomocy – dodaje.

Ktoś powie dobre słowo albo obdarzy szczerym uśmiechem. Dziś jedna z pacjentek wręczyła zespołowi kwiatek i landrynki. Bywa też wesoło. – Ostatnio dołączył do naszego grona laryngolog, który od razu zaczął przyjmować pacjentów i jakie było jego zdziwienie, kiedy jeden z nich pokazał mu rany na nogach, prosząc o pomoc. Pacjent myślał, że jest u dermatologa... – śmieje się Joanna Miros-Kosiacka. Smutku nie ma też w pokoju personelu. Panuje tu wręcz rodzinna atmosfera. W zespole ze świecą szukać ducha rywalizacji, konkurencji, zawiści. Są za to rozmowy i wzajemne wsparcie. – Nie zarabiamy, to i nie mamy o co kłócić się – żartuje jedna z lekarek. Jak wygląda ta praca? – Normalnie. Z higieną u pacjentów bywa różnie, ale tych naprawdę zaniedbanych jest, wbrew pozorom, niewiele – słyszę odpowiedź. Kiedy trafi się już taki, pomagają mieszkańcy znajdującego się niedaleko schroniska – zabierają chorego do siebie, żeby go wykąpać, ogolić i dać mu czyste ubranie. Potem odprowadzają do przychodni, gdzie dostaje potrzebną pomoc.

Wykluczeni

Funkcjonują bez kontraktu z NFZ, bo ich pacjenci nie mają ubezpieczenia, nie pomaga też Ministerstwo Zdrowia. Działają dzięki pomocy ludzi dobrej woli. Otrzymują darowizny, między innymi leki i środki opatrunkowe. Pomaga Urząd Miasta Stołecznego Warszawy i Mazowiecki Urząd Wojewódzki. Pieniężni trzeba oszczędnie gospodarować, bo brakuje ich zawsze. W pierwszej kolejności musi wystarczyć na opłaty za media, leki, opatrunki i badania. Przychodnia chce jednak pomagać w jak najszerszym zakresie i leczyć tak, jak można najlepiej. – Prosimy, zebierzemy, pukamy, gdzie się da. Potrzeby są ogromne, bardzo brakuje nam młodszego aparatu USG i nowszego unitu dentystrycznego – wyjaśnia Joanna Kosiacka.

Obecnie lekarze dentyści pracują na unicie, który ma ponad 50 lat. To już prawie zabytek z drewnianymi podłokietnikami, bez ślinociągu i wyprofilowaniem

Przychodnia z chęcią przyjmie środki opatrunkowe, sprzęt medyczny (też używany) i inną pomoc niezbędną do pracy personelu medycznego i leczenia pacjentów. Kontakt: (22) 836 81 82, email: lekarzenadziei@vp.pl



wymagającym pracy stojącej. Pukam do gabinetu. Otwiera dr Janina Gałwa, stomatolog z wieloletnim stażem, ale swoim entuzjastycznym podejściem do życia dorównuje sile maratończyka. Nie narzeka, a uśmiech nie schodzi jej z twarzy. – Dla wielu osób to duża sprawa, że mogą leczyć u nas zęby, bo w naszym kraju stomatologia jest niemal całkowicie sprywatyzowana. Tylko ten unit przydałoby się wymienić. Mamy nawet nowszy, podarowany, ale brakuje pieniędzy na jego instalację i doposażenie w niezbędne do pracy elementy. Nawet głośna sprężarka by mi nie przeszkadzała, bo po tylu latach pracy mam problemy ze słuchem – śmieje się i deklaruje, że dopóki się porusza, będzie tu przychodzić. – Mówi się, że niektórych praca po prostu lubi, a tu jest komu pomagać – dodaje.

Po co wy tutaj?

Przychodnia powstała na początku lat 90. dzięki niezłomnej dr Marii Zoll-Czarneckiej. Pierwsza lokalizacja – barak przy ul. Powiśkiej. – Startowaliśmy z przeszkodami, bo okoliczni mieszkańcy nie chcieli przychodni dla bezdomnych w swojej okolicy. Po kilku latach przeprowadzka na Wolską, bo trzeba było zwolnić miejsce dla Muzeum Katyńskiego – opowiada Maria Sielicka-Gracka, przewodnicząca warszawskiego oddziału Stowarzyszenia „Lekarze Nadziei”, działająca na rzecz przychodni. W ubiegłym roku przyjęto w sumie ponad 7 tys. osób, w tym 500 nowych pacjentów; byli wśród nich także cudzoziemcy, a nawet kilkoro dzieci. Około tysiąca osób zostało objętych pomocą pracownika socjalnego. Wykonano też prawie 18 tys. opatrunków.

Na Wolskiej bezdomnych leczy społecznie ponad 20 lekarzy. Większość z nich jest na emeryturze, choć nie wszyscy mają „odpowiedni PESEL”. Pomagają także: lekarka stażystka i studenci medycyny. Najcięższą pracę mają, zatrudnione na „skromne” umowy, pielęgniarki, jest też pracownik socjalny i administracyjny. – Bardzo brakuje neurologa, psychiatry i dermatologa. Gdyby ktoś chciał nam pomóc, gorąco zapraszamy – apeluje Joanna Miros-Kosiak-

ka. Jak zachęcić innych do pracy w takim miejscu? – Chyba nie trzeba zachęcać tych, którzy są lekarzami z powołania – odpowiada nieśmiało.

– To muszą być w pewnym sensie społecznicy, dla których sprawy materialne nie są najważniejsze. Oczywiście to praca o podwyższonym ryzyku, bo przychodzą tu mocno zaniedbani, schorowani ludzie z gruźlicą i innymi chorobami zakaźnymi, ale czy jako lekarz mam prawo się bać? Chyba nie bardzo – odpowiada z kolei dr Janina Gałwa. – Już kilkanaście lat lecę zęby bezdomnym. Widać takie jest moje powołanie. W przychodni pracuje także jeszcze jedna, młoda dentystka, mamy też chirurga szczękowego. To skromni, wspaniali lekarze – opowiada. – Dzięki pracy tutaj wiem, że jestem komuś potrzebna. Będę tu przychodzić, dopóki starczy mi siły – mówi z kolei dr Maria Sielicka-Gracka.

A co przyciąga w to miejsce młodych pracowników? – Tu można dotknąć prawdziwej medycyny i wiele się nauczyć – mówi Jan Kamiński, student V roku Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Doktor Stopczyńska działa na rzecz przychodni już dziewięć lat. – To naturalna kolej rzeczy, że się tu znalazłam, nic nie dzieje się bez przyczyny. Każdy dzień, każde wydarzenie z przeszłości nas kształtuje. To jest życie właśnie. W przychodni pracują pasjonaci, ludzie, którym na czymś ważnym w życiu zależy. Oni nie pytają za ile, nie zważają na cuchnące rany czy wszy. Praca tylko dla pieniędzy jest nieszczęściem. Świat staje się coraz bardziej pozbawiony człowieczeństwa, ale nie musimy iść tą drogą. Z drugiej strony rozumiem, że osoby młode rzadko decydują się na wolontariat, bo muszą utrzymać siebie i rodziny. Nikogo nie wolno do takiej decyzji przymuszać ani tym bardziej oceniać – wyjaśnia.

Młodych przychodnia nie odstrasza i wielu z oddaniem tu już pracowało. Jednak zazwyczaj, gdy zaczynają zakładać rodziny, mają nowe obowiązki, brakuje im czasu na wolontariat. – To wspaniale, pozytywnie zakręcone osoby. Mam nadzieję, że kiedy dzieci dorosną, to do nas wrócą – mówi dr Sielicka-Gracka. ■

* Imiona pacjentów zostały zmienione.

W zespole ze świecą szukać ducha rywalizacji, konkurencji, zawiści.

Są za to rozmowy i wzajemne wsparcie.

– Nie zarabiamy, to i nie mamy o co kłócić się – żartuje jedna z lekarek. Jak wygląda tu praca?

– Normalnie.

Z higieną u pacjentów bywa różnie, ale tych naprawdę zaniedbanych jest, wbrew pozorom, niewiele – słyszę odpowiedź.

14.04

W Teatrze Kamienica w Warszawie odbędzie się koncert charytatywny „JESTEŚMY (z) NADZIEJĄ” na rzecz przychodni dla bezdomnych Stowarzyszenia „Lekarze Nadziei”. Więcej informacji: koncertznadzieja@gmail.com.

Holistycznie i interdyscyplinarnie

Lucyna
Krysiak

Patogenna flora bakteryjna w jamie ustnej może być impulsem do rozwoju wielu chorób ogólnoustrojowych. Oznacza to, że na pacjenta trzeba patrzeć szerzej niż dotychczas i włączyć do działania lekarzy specjalistów innych dziedzin.

Określając korelację schorzeń jamy, ustnej takich jak choroby przyzębia, z chorobami ogólnoustrojowymi mówi się od wielu lat. Podobnie jak o tym, że standardowa opieka stomatologiczna przestała w takiej sytuacji wystarczać. Niezbędne jest współdziałanie lekarzy dentyków z lekarzami innych specjalności – m.in. podstawowej opieki zdrowotnej, pediatrami, ginekologami, kardiologami, diabetologami. Holistyczne podejście do problemu i interdyscyplinarność działań pozwoli skuteczniej leczyć choroby wynikające z współzależności schorzeń jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych. Bardziej efektywne będzie także zapobieganie tym chorobom, choćby poprzez uświadamianie pacjentom zagrożenia przy każdej wizycie lekarskiej. Dotyczy to zarówno wizyt w gabinecie stomatologicznym, jak i wizyt w gabinetach lekarzy rodzinnych czy lekarzy specjalistów. Co zrobić, aby te założenia stały się codziennością praktyki, aby rutynowo pacjenta traktowano jako całość, a nie jak jednostkę chorobową? Zdaniem prof. Renaty Górskiej, konsultanta krajowego ds. periodontologii, aby umożliwić tego rodzaju działania lekarzom opieki podstawowej, nie trzeba tworzyć nowych przepisów. Istnieje algorytm postępowania w tej sprawie. Dostępne jest już także piśmiennictwo fachowe, wciąż jednak nie docenia się takiego podejścia do pacjenta. – Wystarczy, aby lekarz rodzinny poświęcił trzy minuty na wywiad i wysłuchanie, czy pacjent ma problemy z uzębieniem, czy występuje krwawienie z dziąseł, czy pojawia się ruchomość zębów, bolesność, a przede wszystkim zadał mu pytanie, kiedy ostatnio był u stomatologa, wówczas będzie mógł wyrobić sobie bardziej precyzyjny pogląd na jego stan zdrowia – tłumaczy prof. Renata Górka. Dodaje, że ten sam algorytm postępowania bez przeszkód mogą wdrożyć kardiolog, diabetolog, endokrynolog, ginekolog, słowem – lekarze różnych specjalności. Udowodniony jest związek chorób przyzębia z cukrzycą, chorobami sercowo-naczyniowymi, udarami mózgu, a także negatywnym wpływem na rozwój płodu. – Jeśli lekarz w wywiadzie ustali, że w jamie ustnej pacjenta toczy się proces zapalny, powinien nalegać, aby udał się do periodontologa, powinien mieć świadomość, że ten proces może mieć szerszy zasięg, obejmować inne narządy i układy – mówi prof. Górka.

romonas gingivalis, Tannerella forsythensis, Prevotella intermedia, Aggregatibacter actinomycetemcomitans. Ich siedliskiem jest płytka nazębna odpowiadająca za zapalenie przyzębia. Mikroorganizmy te wytwarzają chemotoksyny, enzymy, endotoksyny, produkty przemiany materii i swoiste antygeny aktywujące obronę immunologiczną gospodarza. Procesy te wprawdzie zachodzą w obrębie jamy ustnej, jednak wytwarzają mediatory, aktywujące procesy zapalne rozsiane w całym organizmie. Prowadzą one do destrukcji tkanki łącznej i kostnej. Mają więc wpływ na choroby naczyń tętniczych, powstawanie niestabilnej blaszki miażdżycowej, która może skutkować zawałem mięśnia sercowego oraz udarem mózgu. Przewlekły proces zapalny toczący się w tkankach przyzębia to zabójca dla całego organizmu, ponieważ patogenne bakterie z kieszonek przyzębnych mogą przedostawać się do krwiobiegu. – Lekarz dentysta, który leczy choroby przyzębia, staje się członkiem zespołu, który również odpowiada za leczenie chorób ogólnych. Nie chodzi tylko o choroby sercowo-naczyniowe, to również poronienia, wcześniactwo, niska masa urodzeniowa noworodków, cukrzyca, ale też szpitalne zapalenia płuc, które często kończą się zgonem – wyjaśnia prof. Tomasz Konopka, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. Jego zdaniem wystarczą proste działania stomatologiczne aby zmniejszyć wskaźnik śmiertelności z powodu wymienionych chorób, a także zapobiegać dramatycznym powikłaniom neonatologicznym. Dowiedziano, że zachowanie odpowiedniej higieny jamy ustnej, poprzez szczotkowanie zębów, nitkowanie, płukanie, pozwala w czasie hospitalizacji uniknąć absorpcji patogennej bakterii do drzewa oskrzelowego i powikłań w postaci zapalenia płuc. Najnowsze badania wykazały też, że leczenie z powodu chorób przyzębia są zdecydowanie mniejszym obciążeniem finansowym dla systemów opieki zdrowotnej. – To obniżenie kosztów wiąże się z uniknięciem powikłań i koniecznością stosowania antybiotyków, często opornych na patogenną florę bakteryjną jamy ustnej – zaznacza prof. Konopka. Uważa, że lekarz dentysta i lekarz ogólny czy specjalista opiekujący się pacjentem, powinni być w swoich działaniach partnerami.

Patogenne bakterie

Jednym z istotnych czynników biorących udział w powstawaniu procesu zapalnego, prowadzącego do destrukcji tkanek przyzębia, są bakterie: *Porphy-*

Odwrócenie plecami

Z tym partnerstwem bywa jednak różnie. Polskie Towarzystwo Periodontologiczne przeprowadziło

Polskie Towarzystwo Periodontologiczne przeprowadziło badania, z których wynika, że stan zdrowia jamy ustnej u pacjentów po zawałach mięśnia sercowego był zatrważający. Podobne przypadki badający stwierdzili u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. To dowodzi, że stomatologia i medycyna ogólna wciąż są do siebie odwrócone plecami.

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

Premium



badania, z których wynika, że stan zdrowia jamy ustnej u pacjentów po zawałach mięśnia sercowego był zatrważający. Podobne przypadki badający stwierdzili u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. To dowodzi, że stomatologia i medycyna ogólna wciąż są do siebie odwrócone plecami. Zdarzały się nawet przypadki zakwalifikowania pacjenta do przeszczepu, mimo że jego uzębienie wymagało leczenia periodontologicznego. – Z moich obserwacji wynika, że po stronie stomatologów wiedza na ten temat jest większa niż lekarzy ogólnych i specjalistów w swoich dziedzinach – podkreśla prof. Konopka. Większa jest też świadomość istnienia tego problemu. Widzi więc potrzebę porozumienia się i współpracy pomiędzy Polskim Towarzystwem Periodontologicznym i towarzystwami lekarskimi, np. diabetologicznym czy kardiologicznym. Profesor uczula też na problem otyłości, która obecnie stała się powszechna, a jest czynnikiem ryzyka wpływającym na choroby przyzębia, a w konsekwencji na powstawanie i leczenie cukrzycy. Prowadzone badania naukowe wyraźnie wskazują, że przyzębie, jako rezerwuuar bakterii, odpowiednich mediatorów prozapalnych, powoduje wzrost oporności na insulinę i sprzyja narastaniu tkanki tłuszczowej. W przypadku chorób przyzębia, otyłości i cukrzycy występuje zasada sprzężenia zwrotnego, ponieważ te zależności są obustronne. Istnieją także badania nad kluczową rolą stanu zapalnego w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Wyniki tych badań przedstawił na jednym z Kongresów Stomatologów Polskich prof. Tomasz Guzik, podkreślając jednocześnie, że w przyszłości lekarze stomatolodzy będą zmuszeni do większego zaangażowania się w część opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym, gdyż choroba ta stała się powszechna. Prof. Beata Wożakowska-Kapłon, kierownik I Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Świątokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach oraz przewodnicząca sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego podziela ten pogląd i dodaje, że każdy przewlekły proces zapalny zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, a choroby przyzębia w szczególności. – Badamy ten problem od lat i z badań tych wynika, że u pacjentów po zawale serca do 50. roku życia, a więc jeszcze młodych, ta współzależność jest ewidentna. U jednej trzeciej stwierdziliśmy całkowitą bezzępność, co wskazuje na to, że w przeszłości występowała u nich choroba przyzębia i rzutowała na obecne problemy kardiologiczne – przekonuje prof. Beata Wożakowska-Kapłon. Niestety, chorzy to bagatelizują. W Kielcach z inicjatywy kardiologów wysyłano ich do poradni stomatologicznej na nieodpłatne konsultacje, ale zainteresowanie było znikome. Jako internista, kardiolog i hipertensjolog, prof. Wożakowska-Kapłon uważa, że stomatolog sam ich nie przekona do leczenia, potrzebne jest współdziałanie lekarzy rodzinnych i specjalistów. Choroba przyzębia wprawdzie jeszcze nie została wprowadzona na oficjalną listę czynników

ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, ale w świetle istniejących dowodów naukowych należy się spodziewać, że wkrótce tak się stanie. Pacjenci, którzy mają w wywiadzie inne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: obciążenie rodzinne, nadciśnienie tętnicze czy palenie papierosów, tym bardziej powinni być zbadani pod kątem chorób przyzębia.

Zacieśniać więzi

Stomatologia jest immanentną częścią medycyny, przyszli lekarze dentyści w kształceniu przeddyplomowym, jak i podyplomowym są zaznajamiani na zajęciach z ogólną medycyną, szczególnie w zakresie związków stanu jamy ustnej z innymi jednostkami chorobowymi. Również dla lekarzy prowadzone są wykłady, kursy specjalistyczne na ten temat, także ze stomatologii dziecięcej, która wymaga bardziej kompleksowego podejścia w różnych fazach rozwoju dziecka ze względu na zagrożenie próchnicą. Wszystko to ma służyć zacieśnianiu więzi pomiędzy stomatologią a pozostałymi działami medycyny. Jednak czy te starania są wystarczające? Z punktu widzenia międzynarodowych organizacji zrzeszających lekarzy dentyistów, powinno się zmierzać ku jeszcze większemu „umedycznieniu” szkoleń stomatologicznych. W świetle najnowszych badań wskazania do bliskiego współdziałania są niepodważalne. Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, uważa, że więzi powinny zacieśniać się już na etapie opieki pediatrycznej. Z danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że 90 proc. dzieci i nastolatków w Polsce ma zęby uszkodzone próchnicą, która czasem zaczyna się już u niemowląt, a co drugi trzylatek ma ubytki próchnicowe. Dane sygnalizują, że przeciętnie 12-letnie dziecko ma trzy zęby zaatakowane próchnicą, a dopiero co wchodzący w dorosłe życie 18-latek ma kilka zębów usuniętych. – O poziom wiedzy lekarzy dentyistów w tej dziedzinie byłabym spokojna, gorzej z zastosowaniem jej w praktyce, ponieważ to od rodziców, a także lekarzy rodzinnych i pediatrów w dużej mierze zależy, czy dostrzegą związek stanu uzębienia dziecka i nastolatka z ich ogólnym stanem zdrowia, czy odpowiednio zareagują i zwrócą się do lekarza dentyisty, czy będą regularnie przyprowadzać dziecko na wizyty kontrolne – tłumaczy prof. Olczak-Kowalczyk. Nadmienia, że współpraca między stomatologami a lekarzami rodzinnymi i pediatrami jest nawiązana, ale czy na taką skalę, jak powinna? Na pewno nie. Jest zdecydowanie lepiej niż jeszcze kilka lat temu, gdzie w gabinecie stomatologicznym koncentrowano się na jednym problemie, ale jest jeszcze wiele do zrobienia. Ten kontakt jest o tyle ważny, że na wczesnym etapie opieki stomatologicznej można zaszczerpić wiedzę na temat zagrożeń wynikających z chorób przyzębia, na które w dorosłym życiu każdy jest narażony i wyrobić nawyki higieniczne pozwalające na prowadzenie odpowiedniej profilaktyki. ■

Stomatologia jest immanentną częścią medycyny, przyszli lekarze dentyści w kształceniu przeddyplomowym, jak i podyplomowym są zaznajamiani na zajęciach z ogólną medycyną, szczególnie w zakresie związków stanu jamy ustnej z innymi jednostkami chorobowymi.

Sprostowanie

W tekście zatytułowanym „Polska służba zdrowia w ogniu Europy”, który ukazał się na łamach „Gazety Lekarskiej” nr 3/2015, wkraść się błąd w nazwisku Pani Profesor Małgorzaty Bulandy, która jest prezesem Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, za co bardzo serdecznie przepraszamy.



**Maria
Domagała**

Nie ma
listy leków
refundowanych;
skutecznie
zastępuje ją
kontrola kosztów.
Pułapy wydatków
na leki są co roku
negocjowane
między lekarzami
i kasami chorych,
zindywiduali-
zowane dla
różnych praktyk
i specjalizacji.

Trudna walka o niższe koszty stosowania leków

Leków na rynku jest coraz więcej, są coraz skuteczniejsze, ale też – coraz droższe. Stają się poważnym obciążeniem – zarówno dla pacjentów, jak i dla systemów ochrony zdrowia najbogatszych nawet krajów Europy.

Wydatki na leki to kilkanaście procent całkowitych kosztów systemów ochrony zdrowia (Niemcy – 13 proc., Francja – 16 proc.), a np. w Słowacji sięgają nawet 30 proc. Niemal w każdym europejskim kraju leki w lecznictwie szpitalnym są bezpłatne, jednak już za przepisane w ambulatoryjnej opiece pacjent musi płacić. Koszty są refundowane (ze środków publicznych lub z obowiązkowego ubezpieczenia), ale tylko częściowo. Pacjenci muszą dopłacać. Zasady refundowania, subsydiowania leków i współpłacenia przez pacjentów służą utrzymaniu w ryzach finansów systemu i oddziaływaniu na zachowania – zarówno chorych, jak lekarzy i aptekarzy.

W Niemczech w 2011 r. na leki wydano 45 mld euro, brytyjski NHS wyłożył na nie 11 mld funtów, a sami mieszkańcy Wysp – 12 mld funtów (roczny indywidualny wydatek to 220 funtów). W 2012 r. w Danii wydatki na leki na mieszkańca wyniosły 195 euro. Francuzi konsumują o 80 proc. więcej leków niż Brytyjczycy czy Niemcy, ponad 2 razy więcej niż Duńczycy, Holendrzy, Szwedzi (średnio za 470 euro rocznie). W nowych krajach UE wydatki kwotowo są niższe, ale procentowo – wyższe, np. w Słowacji w lecznictwie otwartym ze środków publicznych wydano na leki 1 mld euro (183 euro na osobę). W skali Europy niezbyt to wiele, ale daje to 30 proc. publicznych wydatków Słowacji na zdrowie – najwięcej w OECD. W starych krajach UE udział środków publicznych w całkowitych wydatkach na leki oscyluje w granicach 70 proc., w wielu nowych nie osiąga 50 proc.

Refundacja wszędzie, ale nie taka sama

W Niemczech refundowane są niemal wszystkie leki – poza np. środkami na przeziębienie, ziołowymi, suplementami diety. Pacjent za leki na receptę współpłaci 10 proc. (5-10 euro za opakowanie); jest to największa pozycja opłat OOP (8 mld euro). Zwolnionych z niej jest 48 proc. Niemców (dzieci, seniorzy, ubodzy, ciężko lub przewlekle chorzy). Średnia recepta ma wartość 48 euro. Leki w szpitalu są bezpłatne. W 2011 r. powszechny system ubezpieczeniowy pokrył 72 proc. wydatków na leki, prywatne fundusze ubezpieczeniowe – 7, a gospodarstwa domowe – 16.

W Wielkiej Brytanii leki są refundowane w 100 proc. – poza Anglią, która stosuje współpłacenie 7,2 funta za receptę, ale około połowa populacji jest ze współpłacenia zwolniona, np. dzieci, studenci, osoby po 60. roku życia, kobiety w ciąży i rok po porodzie, chorzy przewlekle, niezdolni. Kiedy potrzeba wielu recept w krótkim czasie, można wykupić okresowy abonament – wtedy recepta jest tańsza.

W Danii leki w szpitalu są bezpłatne, a za wypisywane przez lekarza trzeba zapłacić, ale ubezpieczenie zwraca ich koszt. Refundacja zależy od wydatków pacjenta: jeśli wydał na leki mniej niż równowartość 116 euro rocznie, refundacji nie ma (niepełnoletni otrzymuje zwrot 60 proc.). Przy wydatkach do 189 euro refundacja wynosi 50 proc., do 408 euro – 75 proc., a powyżej – 85 proc. Przyjmujący dużo leków mogą dostać pełną refundację ponad 477 euro rocznie. Można też na taką okoliczność wykupić dobrowolne ubezpieczenie. Za leki OTC przepisane przez lekarza także należy się refundacja.

Portugalia stosuje cztery kategorie refundacji na leki recepturowe zależne od skuteczności terapeutycznej: A – pacjent płaci 10 proc., B – 31, C – 73, D – 95. Przynależność leku do kategorii określa ministerstwo. W pełni refundowane są leki przeciwcukrzycowe, przeciwpadaczkowe, przeciwnowotworowe, stosowane w hemofilii, chorobie Parkinsona, hemodializie itp. Recepty od lekarzy prywatnych podlegają takim samym regulacjom.

Francja ceny leków refundowanych ustala administracyjnie, istnieje ministerialna lista pozytywna. Poziom refundacji zależy od medycznej korzyści leku i ciężkości schorzenia. Ubezpieczenie powszechne pokrywa 65 proc. ceny leku na poważne choroby (tj. większości), 35 – na pospolite, 15 – na inne (gdy skuteczność raczej niska, ale jednak). Do niedawna pacjent najpierw sam płacił za leki, a poniesione koszty zwracało mu ubezpieczenie (publiczne i ew. prywatne), ostatnio coraz częściej ubezpieczyciel rozlicza się z aptekarzem, pacjent płaci więc taką część, do jakiej jest zobowiązany w ramach współpłacenia.

Przeciętny Słowak wydaje na zdrowie z własnej kieszeni ponad 200 euro, z czego większość na leki. Są to opłaty za receptę (0,17 euro), współpłacenie za leki refundowane, bezpośrednie koszty leków OTC. Lekarz rodzinny może kontynuować przez 6 miesięcy kurację przepisaną przez specjalistę. Jeśli nie respektuje tego

ograniczenia, może się spotkać z odmową refundacji. Leki od lekarza prywatnego są pełnopłatne.

Sposoby trzymania kosztów w ryzach

Wzrost wydatków na leki rządy europejskie próbują ograniczać poprzez regulacje sprzyjające hamowaniu wzrostu cen. W Niemczech wytwórcy leków mają obowiązek udzielania kasom chorych rabatów i zniżek oraz uiszczania opłat na rzecz określonych beneficjentów (np. lump sum). Nie ma listy leków refundowanych; skutecznie zastępuje ją kontrola kosztów. Pułapy wydatków na leki są co roku negocjowane między lekarzami i kasami chorych, zindywidualizowane dla różnych praktyk i specjalizacji. Proponowaniu pacjentom tańszych leków sprzyjać mają różne zachęty, np. odpowiednio skonstruowane marże farmaceutów. Szpitale same negocjują ceny z hurtownikami lub producentami.

W Wielkiej Brytanii podstawą kontroli cen leków recepturowych jest schemat ustalony między rządem i stowarzyszeniem brytyjskich producentów farmaceutyków. Taryfy refundacji ustala ministerstwo. GP są zachęceni do przepisywania generyków, farmaceuci mają obowiązek zastępowania leku oryginalnego tańszym generycznym.

W Danii szpitale prowadzące własne apteki stworzyły hurtownię do ich obsługi, co pozwala zawierać duże kontrakty i uzyskiwać niższe ceny. W Portugalii krajowy receptariusz obowiązuje tylko w szpitalach publicznych, ale wprowadza się receptariusze lokalne, co daje oszczędności. Kontroli wydatków służą limity budżetu i sankcje za ich przekroczenie. Największe oszczędności przynosi stosowanie generyków; zachęca do tego najwyższa refundacja (kategoria A). Umieszczenie na receptce nazwy międzynarodowej (INN, international non-proprietary name) pozwala aptekarzowi proponować lek tańszy. Ustala się też ceny maksymalne: lek nie może być droższy niż średnia w 4 krajach (Hiszpania, Grecja, Francja, Włochy).

Zmianie zwyczajów dotyczących wypisywania recept, ograniczeniu lekarskiej dowolności oraz zachęcaniu pacjentów do zmiany stylu konsumpcji służy we Francji promowanie racjonalnego stosowania leków oraz określanie w regionach limitów wydatków na leki w praktykach lekarskich. Na receptach lekarze wpisują INN, za co otrzymują wyższą stawkę za wizytę. Aptekarze mogą leki markowe zastępować generykami – przy gwarancji marży. Ministerstwo promuje samoleczenie, pozwalając aptekom na sprzedaż leków OTC. Taka polityka daje oszczędności od 0,5 do 1 mld euro rocznie.

W Słowacji decyzję co do refundacji podejmuje Ministerstwo Zdrowia, oceniając przydatność leku. Cena jest ustalana centralnie na podstawie średniej z 6 najtańszych podobnych specyfików sprzedawanych w UE. Tutaj, jak wszędzie w Europie (poza Polską), więcej wydaje się na leki recepturowe niż na OTC.

ne przez NFZ: inaczej specyfiki z listy podstawowej – ponad wyznaczony ryczałt obciążający pacjenta, inaczej z listy uzupełniającej. Koszt pozostałych w całości pokrywają pacjenci. Pewne grupy chorych (np. cierpiący na niektóre choroby przewlekłe, psychiczne lub rzadkie) mogą być zwolnione z współpłacenia. O refundacji leku decyduje Ministerstwo Zdrowia. W ciągu 20 lat zaopatrzenie poprawiło się, lecz dostęp do leków innowacyjnych jest ograniczony: wg W.A.I.T. (ang. Waiting to Access Innovative Therapies) w Czechach i Słowacji w latach 2003-2007 wprowadzono takich leków 8 razy więcej niż w Polsce. Mimo to spożycie leków wzrasta. W 2004 r. przyjmowało je 54 proc. Polaków, a w 2009 r. – 71 proc. W 2009 r. na 200 mln recept wykupiliśmy 456 mln opakowań. Jeszcze więcej zużyliśmy leków OTC: jak ostatnio doniosła prasa, w 2014 r. kupiliśmy 680 mln opakowań za 11,4 mld zł. W konsumpcji farmaceutyków na osobę zajmujemy czwarte miejsce w Europie – za Francją, Niemcami, Włochami. Przyczyniają się do tego i lekarze, przepisujący leki bez umiaru, i pacjenci, stosujący samoleczenie. A wysokie ceny leków importowanych i ograniczona refundacja sprawiają, że wydatki na leki bardzo obciążają kieszenie Polaków. Niektórych po prostu na nie nie stać. ■

Na podstawie: Health systems in Transition: France 2010, Germany 2014, Polska 2012, Portugal 2011, Slovakia 2011, United Kingdom 2011 oraz www.oecd-library.org, www.gazeta.pl (dostęp 4.3.2015).

Polska w czołówce konsumpcji

Leki w szpitalach są dla pacjenta bezpłatne, na receptę w lecznictwie ambulatoryjnym są refundowa-



**Joanna
Sokołowska**

Jak nietrudno zgadnąć, publiczność, z nieukrywaną satysfakcją, gromkim głosem woła na zakończenie: „winny!” i, znanym ze starożytnego forum gestem, kieruje kciuki ku matce ziemi. Często oznacza to zawodową śmierć lekarza, zanim zapadną prawomocne wyroki.

Kim być, żeby nie być tym, kim jestem?

Saper myli się podobno tylko raz. I porozrucane... Bycie saperem w czasach pokoju to jest – cytując klasyka – tylko „małe miki” w porównaniu z... byciem lekarzem.

Solidna wiedza, staranność zawodowa, szczerze chęci, uczciwość w wykonywaniu swoich obowiązków, przestrzeganie zasad i prawa – to wszystko nie wystarcza, by przejść spokojnym krokiem przez lekarski szlak. Czyhające na nim zasadzki wartę są scenariusza gry RPG!

Przekonuje się o tym każdego dnia wielu kolegów – możecie o nich przeczytać w gazetach i usłyszeć w telewizji. Jeśli nie da się zarzucić im zaniedbania obowiązków lub oczywistego braku kompetencji, stają się winnymi błędów systemu ochrony zdrowia, ponoszą konsekwencje, eufemistycznie mówiąc, niestaranności tworzonego dla potrzeb chwili prawa. Obarczani są odpowiedzialnością za to, co ich pacjenci zrobili (lub czego nie zrobili) przed przekroczeniem progu lekarskiego gabinetu. Znacze to dobrze, prawda?

Dzięki kampanii znanej stacji telewizyjnej, promującej tezę, że każdy może zostać reporterem, niewiele potrzeba, by uczynić lekarza bohaterem medialnego doniesienia. Perspektywa współpracy z informacyjnym gigantem jest dla obywateli kusząca, możliwość dokopania bliźniemu, zwłaszcza bliźniemu w białym fartuchu – dobrze ugruntowana kulturowo, a droga do celu prosta – każdy telefon może być dziś reporterskim narzędziem. Wszyscy więc nagrywają, filmują i fotografują – z ukrycia lub całkowicie jawnie, choćby wbrew woli aktorów przedstawienia i na przekór zwykłej ludzkiej przyzwoitości. „Reporterski” materiał, poddany niewielkiej i bezrefleksyjnej obróbce przez etatowych pracowników stacji, ocenia tak zwana szeroka publiczność. Jak nietrudno zgadnąć, publiczność, z nieukrywaną satysfakcją, gromkim głosem woła na zakończenie: „winny!” i, znanym ze

starożytnego forum gestem, kieruje kciuki ku matce ziemi. Często oznacza to zawodową śmierć lekarza, zanim zapadną prawomocne wyroki. Gdzieś z boku Temida, nie dość, że oślepią (czyżby błyskami fleszy?), to jeszcze z bezradnie opuszczonymi ramionami, stara się osądzić sprawiedliwie. Ale to ostatnie już mało kogo interesuje...

Procedura takiej „publicznej chłosty” powtarzana była ostatnio tak często, że aż dziw bierze, że jeszcze ktokolwiek chce korzystać z pomocy medyków. Prawdziwym fenomenem jest jednak to, że jeszcze są w naszym kraju tacy, którzy chcą (i nie boją się) używać lekarskiej pieczęci.

Powiecie, że to powołanie – oczywiście jest taka możliwość, choć nie ma takiego rozpoznania w obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Świadome skazywanie się na publiczny ostracyzm należy przecież rozpatrywać w kategoriach problemu zdrowotnego!

Powiecie, że nic innego nie umiecie robić po kilkunastu lub kilkudziesięciu latach mniej lub bardziej radykalnego poprawiania natury – nic bardziej mylnego! Wystarczy użyć wyobraźni (a tej nam przecież nie brakuje), by spełniać się zawodowo, unikając jakiegokolwiek odpowiedzialności.

Drogi są co najmniej dwie – jedna mniej, druga bardziej konwencjonalna.

Po pierwsze, można zająć się medycyną alternatywną. Jest w czym wybierać – poczynając od homeopatii, która – jak powszechnie wiadomo – na pewno nie szkodzi, ale też nie przynosi leczonemu żadnych miłych doznań, aż po akupunkturę, która, jeśli chodzi o doznania lezonego, jest znacznie

mniej przyjemna, ale – jak twierdzą niektórzy – równie skuteczna jak homeopatia. Pomiędzy nimi jest całe spektrum paramedycznych poczyniń – niektóre z całą pewnością, jeśli nie skuteczne, to przynajmniej miłe dla ciała i duszy. Jest więc koloroterapia (leczenie kolorami), apiterapia (leczenie produktami pszczelimi), aromaterapia (leczenie zapachami), litoterapia (leczenie minerałami), sylwoterapia (leczenie przez kontakt z drzewami i krzewami), hortiterapia (wariant ogrodowy sylwoterapii). Gdy zaś obcowanie z żywiołami nie wyda nam się dość atrakcyjne, zawsze możemy sięgnąć po urynoterapię (leczenie wiadomo czym) – po zbyt długim bieganiu na bosaka po mokrej trawie z pewnością produkt leczniczy będzie łatwo dostępny... Jest jeszcze stara pocziwa bioenergoterapia, irydologia, radiestezja, chiropraktyka, eliksiry i transmutacja (przepraszam, chyba się zapędziłam...). Do niedawna myślałam, że osteopatia ma coś wspólnego z nauką o kościach – ale nie, nie do końca przecież. Szukając alternatywy dla stąpania po grząskim pediatrycznym gruncie, dowiedziałam się, że to leczenie manualne, oparte na samoregeneracyjnych możliwościach organizmu. Można nawet zgłębiać aspekty tego zagadnienia w podwarszawskiej wyższej szkole medycznej (choć idę o zakład, że nie wiecie, że taka istnieje) i powiesić sobie na ścianie dyplom jej ukończenia.

I teraz zastanówcie się dobrze, i odpowiedzcie szczerze – czy widzieliście w TV program o pazyrym, nieuczciwym irydologu? Czy kiedykolwiek czytaliście artykuł o hortiterapeucie, który wziął łapówkę? Czy opinia publiczna załamywała ręce nad brakiem kompetencji znanego homeopaty? Czy na sądową wokandę trafił ktokolwiek, kto postawił niewłaściwą diagnozę metodą biorezonansu magnetycznego (bicom)? Widzicie, jakie to proste?

Tym, którzy jednak nie widzą, proponuję alternatywę zawodowego spełnienia, tę bardziej konwencjonalną. Jak się wydaje, jest ona równie bezpieczna, jak poprzednia.

Trzeba zostać menadżerem ochrony zdrowia, najlepiej zaś specjalistą ds. projektów medycznych! To oczywiście wymaga gruntownej zmiany sposobu myślenia o medycynie. Wyobrażenia o relacji lekarz – pacjent musicie zmienić na plan tworzenia i aktywnej sprzedaży produktów. Kartotekę pacjentów – tę osobistą, która każe, przy domowym myciu garów, pomyśleć o wynikach badań zleconych małemu Jaśkowi – przedzierzgnąć w spis klientów. Lekturę „Medycyny po dyplomie” musicie zastąpić zbieraniem informacji rynkowych, a spis własnych sukcesów i porażek terapeutycznych – analizą potencjału sprzedażowego. Jeśli jest w was choć kropla staromodnej empatii, z łatwością zbudujecie dobre relacje z klientami. Nagroda jest wysoka: właściwie całkowita bezkarność. Jeśli coś wam nie wyjdzie, winę możecie zrzucić na system, ministerstwo, NFZ i wreszcie krnąbrnych lekarzy. Fajne, prawda?

Tylko co będzie, kiedy już zupełnie zabraknie „saperów”, którzy codziennie rano zakładają z uporem białe, lekarskie fartuchy? ■

Czy kiedykolwiek czytaliście artykuł o hortiterapeucie, który wziął łapówkę? Czy opinia publiczna załamywała ręce nad brakiem kompetencji znanego homeopaty? Czy na sądową wokandę trafił ktokolwiek, kto postawił niewłaściwą diagnozę metodą biorezonansu magnetycznego (bicom)? Widzicie, jakie to proste?



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Wielkanocne przebudzenia

Znany od dawna w sztuce motyw walki karnawału z postem budzi refleksje o wyższości świąt Bożego Narodzenia nad Wielkanocą. Odrzucając motywacje religijne, jestem zdecydowanie za prymatem Wielkanocy.

Narodzenie Pańskie przychodzi na przełomie slotnej i nieznosnej jesieni, rozpoczyna długą zimę, okres wzmożonych wizyt z życzeniami (jakże to ciężko znoś!) i prezentami (to już o wiele łatwiej!), poczynając od andrzejek, Wigilii, sylwestra, Nowego Roku, na Trzech Królach skończywszy. Potem jeszcze karnawał z balami, tańcami, przebierańcami, zapustami i w końcu posypywanie głów w środę popielcową, czego również nie lubię. Co innego Wielkanoc! Najpierw post, w czasie którego można trochę schudnąć, a podczas religijnej prohibicji zatroszczyć się o wątrobę. Następnie Wielki Tydzień – najlepszy czas na domowe porządki.

Moje wielkanocne przebudzenia mają charakter życzeniowy i subiektywny. Dotyczą osób powszechnie znanych i – staram się w to nie wątpić – zasługujących na szczerą sympatię.

Gdyby nie głęboki szacunek i respekt, obudziłbym z zimowego snu, niby niedźwiedzia z lusa-wickiej kniei, Krzysztofa Pendereckiego, nasze dobro narodowe i polski znak firmowy na wyżynach światowej muzyki. Uczyniłbym to, aby przypomnieć mu o obietnicy skomponowania kolejnego dzieła operowego.

Niby misia – ale pokaźnych rozmiarów – postawiłbym przed kamerami i mikrofonami wybitnego barytona Andrzeja Dobbera, aby opowiedział rodakom o swych artystycznych dokonaniach w świecie. Od publicystów i kierowników mediów należy mu się to, jak psu zupa. Publicyści jednak zupełnie zjedli, a psy głodne harcują po niezapisanych szpaltach. Kariera Dobbera to przykład, jak zaniedbujemy promocję prominentnych postaci narodowej kultury.

Wielkanocnym jajem z chrzanem i musztardą dzielę się z Krzysztofem Pastorem, który kierując Polskim Baletem Narodowym, obudził się wreszcie, aby zamiast polemizować ze mną, wystawić coś polskiego. Wybór padł na „Casanovę w Warszawie”. Casanova – jak powszechnie wiadomo – był rdzennej krwi Polakiem, nosił sukmanę i rogatywkę, całe życie tańczył mazury i krakowiaki, pił i przeklinał jak wszyscy, obficie korzystał z prawa pierwszej nocy i wyjeżdżał znad Wisły tylko wtedy, gdy już nie miał z kim romansować. Muzykę do tego baletu skomponował Wolfgang Amadeusz Mozart, też Polak, tylko że na emigracji.

Do wielkanocnego koszyka z przebudzeniami wkładam postać wybitnego reżysera Macieja Prusa, z jego inscenizacją „Potępienia Fausta”, przewidzianą na majowe otwarcie Bydgoskiego Festiwalu Operowego. Do jego dokonań przywiązujemy najwyższą wagę, mimo że nie jeździ do Nowego Jorku i nie żyje w tzw. otwartym związku z którąkolwiek pragnącą dziecka tancerką. Obok Prusa niechaj w koszyku spocznie red. Jacek Marczyński, którego po Wielkanocy należy skłanować, aby odrodził się w Polsce wymarły gatunek operowych krytyków.

Na koniec tylko kilka słów o telewizyjnej sędzi Annie Marii Wesołowskiej. Jej postać na ekranie tak mnie fascynuje, że radziłbym wystawienie o niej opery, gdyby takowa została napisana. Tymczasem dementuję plotkę, że jest ona żoną choreografa Emila Wesołowskiego, chociaż żona Emila nosi to samo imię i nazwisko.

Wszystko, co napisałem, obficie oblewam wiosennym śmigusem, jako kolejnym przykładem wyższości Wielkanocy nad Bożym Narodzeniem. ■

Recenzja

**Jarosław
Wanecki**

Tratwa ratunkowa

Nakładem Agory ukazało się wznowienie wywiadów, które z wybitnymi polskimi lekarzami przeprowadzili Krystyna Bochenek i Dariusz Kortko. Nowy tytuł „Ludzie czy Bogowie” miał zapewne nawiązywać do filmu o Zbigniewie Relidze, ale usprawiedliwieniem zmiany jest dodanie kilku rozmów, które w poprzedniej edycji nie zmieściły się oraz nowych, w tym z prof. Januszem Skalskim po spektakularnym uratowaniu z hipotermii małego Adasia, który w zimną noc wyszedł sam z domu.

Uczciwie przyznam, że to książka niezwykła. Przywraca wiarę w zawód, który uprawiam. Dodaje słów do argumentacji, kiedy wydaje się, że

można już tylko machnąć ręką. Jednoznacznie wskazuje, że lekarzami są ludzie, wspaniali ludzie, utalentowani, pracowici, poszukujący, wymagający, ale nie pozbawieni wad, czasem sprzeczni w swoich poglądach, dojrzewający na każdym etapie doświadczeń i kolejnych dobrze przygotowanych pytań dziennikarzy. Jest w tych dialogach atmosfera pozbawiona codziennej medialnej napastliwości, jest tu czas na wyrażenie poglądu, na precyzyjne określenie granic powołania, misji, możliwości i dokonań.

Ciekawe jest zestawienie rozmówców. Każdy z nich to odrębna historia życia osobistego, kariery zawodowej i ambicji naukowych. Gdyby

Optymizm wspomnieniowy

Jedno z dyżurnych pytań, zadawanych przez dziennikarzy na przykład artystom kabaretowym, brzmi: „Czy Polacy są optymistami, czy pesymistami?”.

Zawsze wtedy odpowiadam, że to właściwie żadna różnica i powołuję się na którąś z moich ulubionych definicji. Na przykład powtarzaną często przez Stefana Kisielewskiego: „Pesymista twierdzi: – Już gorzej być nie może! A optymistą na to: – Może, może!”. Albo tę autorstwa Andrzeja Poniedziałkiego: „Optymistą twierdzi, że życie stoi do niego otworem, a pesymista wie dokładnie, który to otwór”. W związku z tym, że często się odwołuję do obu sentencji, próbowałem je złączyć w jedną. Ale wychodzą mi bzdury typu: „Pesymista twierdzi, że gorzej już być nie może, bo wie, który to jest otwór. A optymistą na to: – Może, może, bo życie stoi do niego tym otworem!”. No głupota. Będę się jednak posługiwał nimi oddzielnie.

A pytanie o optymizm i pesymizm Polaków przypomniało mi się kilka dni temu, dzięki pewnej internetowej korespondencji. Na jej podstawie doszedłem do wniosku, że wymyśliłiśmy coś nowego. Nie wiem jeszcze, jak to nazwać. „Optymizm wsteczny”? „Optymizm wspomnieniowy”? Otóż ta przesyłka to był link do aukcji internetowej. Ktoś wystawił do sprzedaży samochód. Podane są tradycyjnie: rocznik, przebieg, moc silnika, pojemność. Sprzedający dołączył zdjęcia. Widok nie jest zachęcający – wgniecenia, rysy na lakierze, zmasakrowany przód, silnik po uderzeniu właściwie znalazł się w środku kabiny, brak wszystkich kół. Ale pierwsze zdanie opisu sprzedawanego samochodu brzmi: „Przed wypadkiem auto było w bardzo dobrym stanie technicznym”. Genialne! Przecież to tak, jakby w piekarni na jednej z półek umieścić napis: „Chleb wczorajszy. Ale jeszcze wczoraj ten chleb był dzisiaj”. Albo gdyby brzydki, zaniedbany estetycznie facet wszedł do kawiarni pełnej atrakcyjnych młodych kobiet i próbował podrywać na stwierdzenie: „Wiesz mała, trzydzieści lat temu miałem jeszcze wło-

sy, nie miałem brzucha i byłem przystojny”. Wiadomo, że raczej nie odniesie sukcesów w towarzyskich podbojach, ale przynajmniej jemu samemu robi się jakoś lżej na duszy. Tak go to podbudowuje, że dużo młodszych, sprawniejszych i przystojniejszych konkurentów próbuje zbyć pogardliwym spojrzeniem i cytatem z wiersza „Giganci emerytury”:

*Tacy młodzi, tacy silni, tacy mężni,
A naprawdę, co ty wiesz o życiu, synku?
Nie zna życia, kto nie budził się przy tętni!
Nie zna życia, kto nie hulał w Ciechocinku!*

Wiedząc, że publikuję te teksty w gazecie kierowanej do środowiska medycznego, staram się zawsze znaleźć jakieś odniesienie do Państwa pracy. I mam taką propozycję – czy nie mogliby Państwo dodawać otuchy swoim pacjentom, umieszczając w kartach informacyjnych, na receptach, wywiadach, wynikach badań, formułki typu: „Przed pogorszeniem się wzroku pacjent widział lepiej” albo „Przed podwyższeniem się ciśnienie było niższe”? To niczego nie zmienia, a wprowadza trochę... No właśnie, czy aby na pewno optymizmu? Przecież tamten samochód, nawet wyklepany, pomalowany, z nowymi kołami, na pewno nie będzie młodszy i raczej nie będzie sprawniejszy niż przedtem. Więc może to przynieść odwrotny skutek. I podnieść poziom pesymizmu. Ale już ustaliliśmy, że w naszym kraju właściwie różnicy pomiędzy pesymistą a optymistą nie ma, zatem proszę zastosować zaproponowaną przeze mnie metodę albo jej nie stosować.

A i dla siebie wyniosę z opisanego przypadku pewną korzyść. Teraz każdemu krytykowi utyskującemu na jakość mojej twórczości mogę odpowiedzieć: „Przed napisaniem tego tekstu byłem dowcipniejszy”. ■

posadzić 27 interlokutorów przy jednym stole, skojarzyć pytania i odpowiedzi, ukazać się różnice, nieraz nawet inne strony interpretacji tych samych zdarzeń, odmienne poglądy na tę samą terapię, inne filozofie pracy, zarządzania zespołami, zaskakujące opowiadania o współpracownikach, uczniach, mistrzach, kłódach rzucanych pod nogi oraz wypaleniu, do którego za nic w świecie nie można się przyznać. Mimo to wspólny mianownik jest niepodważalny. Pacjent nas potrzebuje, a „lekarz jest częścią leku”. I to jest właściwie przesłanie najważniejsze, które wypełniono niezwykle wysublimowanymi stwierdzeniami.

Jednym z głównych tematów są porażki lekarskie, niemoc i trudna droga, aby to zrozumieć, iść dalej, ośwoić śmierć, przeżyć żalobę, nie płakać, nie pokazywać, że się poddaliśmy,

dawać nadzieję, bo ktoś obdarzył nas zaufaniem. Ale w obecnej rzeczywistości zaufanie zamieniane jest w roszczenie bezwarunkowego sukcesu i nieskończonego życia, stając się powodem narastającej frustracji środowiska, także jego tuzów.

Czasem wątpię, poddając się prasowej nagonce. Na szczęście zdarza się, że podpytywa jakaś tratwa ratunkowa. Tym razem to okręt z mostkiem kapitańskim wypełnionym mądrymi ludźmi, napelnionych boskim zmysłem darowania nie tylko zdrowia, ale wcale nierzadko także godnej śmierci.

Mogę być majtkiem na dolnym pokładzie, ale chcę płynąć razem z nimi. ■

* Cytat z Jerzego Bralczyka podczas debaty o zdrowiu języka.



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk



Nie miałbym nic przeciw nowemu prawu

**Jacek
Aleksander
Pawski**

Jestem lekarzem, który 31 października b.r. ukończył podyplomowy staż lekarski.

Ja i wielu moich znajomych przechodziliśmy w ostatnich miesiącach przez procedurę naboru na specjalizację. Wielu z nas nie dostało się na nasze wymarzone specjalizacje. Ja też jestem w takiej sytuacji. Zawsze marzyłem o ginekologii i położnictwie. Ta specjalizacja była dla mnie w pewnym sensie powołaniem i wielkim marzeniem.

Niestety nie udało mi się spełnić tych marzeń teraz. Było tylko jedno miejsce rezydentkie na województwo kujawsko-pomorskie. Z tego, co wiem, taka sama sytuacja była we wszystkich województwach oprócz śląskiego i mazowieckiego. Tam były dwa. Proszę mi wierzyć, w takiej sytuacji strasznie trudno się dostać, nawet z tzw. odwołania. Z perspektywy czasu wiem, że nie dostałbym rezydentury z ginekologii i położnictwa w tej sesji.

Nie mogę sobie pozwolić na to, aby rodzice mnie utrzymywali, musiałem iść do pracy, więc postanowiłem, tak jak wielu moich starszych znajomych lekarzy, spróbować spełnić swoje największe marzenie w następnej sesji egzaminacyjnej, a póki co pracować tam, gdzie się dostałem. Niestety jednak, przepisy zawarte w art. 3. Ustawy „O zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej” (druk nr 2854) z 29 października 2014 r., dotyczące art. 16 Ustawy o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. uniemożliwiają mi to. W takiej sytuacji jest wielu moich kolegów i koleżanek. Zmiana art. 16d ust. 3 i 4, uniemożliwiająca lekarzom ponowne podejście do rekrutacji w celu odbywania szkolenia w innej dziedzinie, jest dla nas bardzo krzywdząca i jednocześnie nie może w żaden sposób wpłynąć na tzw. blokowanie rezydentur, ponieważ ludzie, którzy dostaną się tam, gdzie najbardziej chcą, automatycznie zwolnią dotychczasowe miejsce dla innych, dla których akurat to miejsce będzie wymarzone. Nowe przepisy w sposób znaczący ograniczają mi, moim znajomym i zapewne wielu innym młodym lekarzom możliwość zmiany drogi życiowej i realizacji marzeń.

Kolejną kwestią jest czas i sposób uchwalania nowego prawa. Proszę o zwrócenie uwagi na fakt, że projekt wyżej wspomnianej ustawy ma datę 29 października 2014 r. – pięć dni przed ogłoszeniem pierwszych wyników jesiennej sesji naboru na specjalizację! Czyli wówczas, gdy już wszyscy mieli wygenerowane wnioski elektroniczne (do 30 września) i złożone dokumenty w odpowiednich urzędach wojewódzkich. Co więcej, powiedziano mi w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, że już samo zakwalifikowanie się przekreśla możliwość zmiany. Czy dana osoba podejmie pracę, jest bez większego

znaczenia, bo liczy się to, że jest już zakwalifikowana. Nie miałbym nic przeciw nowemu prawu, gdyby rząd ogłosił zamiar uniemożliwienia ponownego naboru na specjalizację w trybie rezydentkim w lipcu, sierpniu. Każdy miałby czas do namysłu i dostosowania się do nowej sytuacji. Gdybym miał tę wiedzę, to podjąłbym inne decyzje. Pomimo tego, że wiem, że teraz nie dostałbym się na wymarzoną rezydenturę, to i tak składałbym na położnictwo i ginekologię, gdyż zachowałbym szanse na osiągnięcie upragnionego celu w kolejnej sesji i nie podejmowałbym innej specjalizacji. A tak, ja i wielu młodych lekarzy zostaliśmy postawieni przed faktem dokonanym i prawdopodobnie definitywnie straciliśmy możliwość realizacji życiowych marzeń. Brak jakichkolwiek przepisów przejściowych jest właśnie dla mojego rocznika lekarzy stażystów najbardziej dotkliwy. Decyzję podejmowaliśmy w innych warunkach, a przyszło nam pracować w innych.

Chyba każdy z nas chciałby leczyć się u lekarza, który jest pasjonatem danej dziedziny wiedzy, a nie takiego, który pracuje, bo musi gdzieś pracować. Wielu mówi, że lekarze masowo wyjeżdżają z Polski, obawiam się, że tego typu zmiany mogą mocno nasilić to zjawisko. A co zrobić, gdy np. ktoś poszedł na onkologię i po roku psychicznie nie daje rady albo gdy poszedł na chirurgię ogólną i okazuje się, że nie nadaje się do leczenia zabiegowego, ale świetnie za to radzi sobie z lekami (byłby np. dobrym internistą)?

Długo zastanawiałem się, jak wybrnąć z tej patowej sytuacji. Zdaję sobie sprawę, że aparat państwowy chce racjonalnie wydawać środki na szkolenie, ale pieniądze to nie wszystko. Ktoś może być dobrym specjalistą, ale nie odnajdzie się od razu. Jeszcze raz przytoczę sztandarowy przykład lekarza rezydenta onkologii, który psychicznie nie daje rady. Jest kilka możliwości, np. każdy może zmienić specjalizację tylko raz i tylko w trakcie pierwszego roku szkolenia specjalizacyjnego itp. Ciekawym pomysłem jest możliwość zmiany, ale potencjalny rezydent dostaje pieniądze tylko za pierwszych pięć lub sześć lat (czas trwania pierwotnej rezydentury). Pozwolą Państwo, że opiszę na przykładzie: ktoś dostał się na ortopedię, a po roku zmienił na urologię (przyjmijmy, że każda z tych specjalizacji trwa 6 lat). W takim przypadku na urologii będzie miał płacone tylko pierwszych 5 lat, bo jeden rok wykorzystał na ortopedii. Na szóstym roku będzie musiał się utrzymać np. z dyżurów. Państwo sumarycznie ma to samo (6 lat ortopedii lub w razie zmiany 1 rok ortopedii i 5 pierwszych lat urologii), a młodzi ludzie mają możliwość zmiany.

W związku z zaistniałą sytuacją proszę Państwa o informacje ten temat. Czy Naczelna Izba Lekarska zamierza jeszcze coś z tym zrobić, czy sprawa jest już definitywnie przegrana? ■

Komentarz do listu „Nie miałbym nic przeciw nowemu prawu”

Procedura zastosowana w przypadku ustawy „o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej” („na oko” niemającej nic wspólnego z młodymi lekarzami, a w rzeczywistości zmieniająca zasady regulujące proces specjalizacji), jest przykładem wyjątkowej arogancji władzy i manipulacji ze strony Ministra Zdrowia.

Projekt zmian został włączony do jednej z idących „szybką ścieżką” tzw. ustaw okołobudżetowych, mimo że dotyczy czegoś zupełnie innego. W ten sposób „gospodarzem” projektu stał się Minister Finansów i rząd podstępnie uniknął normalnie obowiązujących konsultacji zewnętrznych ze środowiskiem medycznym.

Mimo pominięcia samorządu na etapie prac rządowych i trudności czynionych także w Sejmie,

przedstawiciele NRL bardzo ostro interweniowali podczas prac nad projektem w Parlamencie, niestety bez żadnego rezultatu. Dalsze interwencje (już po uchwaleniu ustawy przez Sejm) także nie przyniosły efektu.

Przykładem zupełnego braku woli do dialogu na temat ewentualnego poprawienia zmienionej ustawy „o zawodach lekarza i lekarza dentysty” jest list, który jako odpowiedź na liczne interwencje czynione m.in. przez Komisję Młodych Lekarzy NRL napłynął od dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia Jolanty Orłowskiej-Heitzman: nie widzi ona niczego złego w blokowaniu młodym lekarzom możliwości zmiany specjalizacji. Niestety to nie samorząd podejmuje decyzje w tej sprawie i w chwili obecnej nie ma realnej możliwości zmiany obecnej sytuacji. ■

**Konstanty
Radziwiłł**

Sekretarz
Naczelnej
Rady Lekarskiej

Chciałam tylko zapisać się na wizytę

Postanowiłam opisać sytuację, która miała miejsce kilka dni temu, gdy chciałam się zapisać na tak zwany pierwszy wolny termin do poradni specjalistycznej pewnego Instytutu Medycznego. Chociaż sama jestem lekarzem, z porad specjalistów korzystam najczęściej odpłatnie. Muszę przyznać, że nie spotkałam się, aby lekarz nie wziął pieniędzy od lekarza za wizytę prywatną. Tym razem postanowiłam zapisać się do poradni przyszpitalnej, ponieważ dokładnej diagnozy mojej choroby nie da się postawić w gabinecie prywatnym.

Wybrałam szpital i sprawdziłam na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, że pierwszy wolny termin jest w październiku 2015 r. Z oryginałem skierowania zgłosił się mój mąż do rejestracji, aby zapisać mnie na wizytę. W rejestracji dowiedział się, że nie ma żadnych wolnych miejsc i nie zostałam zapisana. Ponadto rejestratorka stwierdziła, że sprawdziła w internecie i takich danych o wolnych terminach na stronie NFZ nie ma. Wtedy mój mąż wydrukował z komputera podaną przez poradnię ostatnią kolejkę i ponownie udał się do rejestracji. Pani w rejestracji powiedziała, że i tak mnie nie zapisze, bo te dane są nieaktualne i będzie aktualizacja, która wykaże, że wolnych miejsc nie ma. Następnego dnia pojawiła się w Informatorze NFZ aktualizacja pierwszego wolnego terminu na ostatni dzień poprzedniego tygodnia (piątek). Wynikało z niej, że pierwszy wolny termin w tej poradni jest nadal

w październiku 2015 r. Mąż był w poniedziałek, ja osobiście dzwoniłam do rejestracji w poniedziałek i wtorek, oczywiście nic nie wskórałam, a rejestratorka nie chciała mi się nawet przedstawić. Na moją wyraźną prośbę, którą powtórzyłam kilkakrotnie, podając swoje nazwisko, pani powiedziała, że nie ma obowiązku podawać mi swojego nazwiska.

W takiej sytuacji postanowiłam zadzwonić do pełnomocnika ds. praw pacjenta, który zatrudniony jest w Instytucie. Dzwoniłam kilka razy, ponieważ pani od razu nie mogła udzielić mi informacji. Ostatecznie dowiedziałam się, że pani profesor z poradni specjalistycznej potwierdziła, że nie ma wolnych miejsc i nie mogą mnie zapisać. Natomiast dane o kolejkach przesyła „jakaś” pani z administracji, która pracuje na „jakąś” część etatu i ma nieaktualne dane.

Napisałam skargę do NFZ.

Co z tego wyniknie? Myślę, że znam odpowiedź. Jeżeli „Gazeta Lekarska” wydrukuje mój list, to napiszę za jakiś czas, czy moje przypuszczenia się potwierdziły.

A chciałam tylko zapisać się na wizytę wg kolejki, na pierwszy wolny termin podany przez poradnię. Nie chciałam niczego załatwiać, powoływać się na znajomości. Najczęściej w takich sytuacjach nie mówię, że jestem lekarzem. W opisanym przypadku podałam jednak, że jestem lekarzem, a mój mąż pracuje w szpitalu, w którym znajduje się poradnia, do której chciałam zapisać mnie na wizytę. ■

Lekarka

(imię
i nazwisko
do wiadomości
redakcji)



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na kawie

W kawiarni na rogu dwóch ulic, o nazwach niemożliwych do wymówienia, siedzę i patrzę. Jest rano, najlepsza pora na takie patrzenie.

Znudzona sobą para, samotna kobieta z filiżanką i ona. Stoi w kolejce po kawę, z nierealnym wygięciem biodra, przezroczystą twarzą i dłonią tak delikatną, że nie może być nikim innym, jak tylko Wenus Botticellego.

Są takie obrazy, o których powiedziano już wszystko, poddano wiwisekcji tak rozległej, że w zasadzie nie ma już o czym mówić. To obrazy, które zamieszkują przestrzeń wspólnych punktów odniesienia, zrozumiałych dla wszystkich, nawet tych zwanych ignorantami. Wenus Botticellego zna każdy, jeśli nie w wersji oryginalnej, to chociażby w nieco zaokrąglonej interpretacji Świnki Piggy. Botticellego zdarto, zdarł go Gombrich, kąpiąc w neoplatońskim sosie, zdarły go

stanze Poliziana, do których ponoć obraz nawiązuje, zdarł go każdy profesor historii sztuki, mozolnie tłumacząc zasypiającym studentom ikonografię Zefira.

A wystarczy popatrzeć na nią, jak patrzy się na ludzi przy porannej kawie, tych dopiero co obudzonych, jeszcze niegotowych, tak bardzo odsłoniętych, bez zbroi, łatwych do dotknięcia, ale i zranienia. Wenus pod ręką Botticellego to taka poranna dziewczyna, przychodzi naga, lekko zawstydzona. Jej ciało wyznaczają wydłużone linie nóg i tułowia, smukłość podkreśla jeszcze fala ciężkich włosów, echem odbita w łukach palców, ust i bioder. Jej ciało wygina się w pięknie niemożliwy kontrapost.

Czy jednak coś tej bogini dolega?

a



Wenus pod ręką Botticellego to taka poranna dziewczyna, przychodzi naga, lekko zawstydzona.

b

Obraz: Sandro Botticelli,
ok. 1485 r.,
„Narodziny Wenus”,
Uffizi, Florencja



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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **15 kwietnia 2015 r.**

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

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent******

Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 03/2015

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

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 03/2015

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Studia dłoni Rodina zostały poddane wielu analizom. Badacze sugerują, że „Duża zaciśnięta lewa dłoń” wskazuje na dziedziczną chorobę Charcota-Mariego-Tootha.

Szczegóły

1. Jeden palec bez przykurczu

Jednym z symptomów choroby Charcota-Mariego-Tootha są poważne skurcze, zatem rozluźniony palec wskazywałby na to, że diagnoza nie jest właściwa.

2. Wygładzenie powierzchni dłoni

Jedną z charakterystycznych cech rzeźb Rodina jest ich niespokojna, chropowata faktura, dodająca im jeszcze dramaturgii. Wygładzenie nie konweniowałoby zatem ze stylem rzeźbiarza.

3. Zmiana koloru na biały (gipsowy)

Wiele ze studiów dłoni Rodina wykonanych zostało w gipsie, jednak „Duża zaciśnięta lewa dłoń” powstała w brązie.

4. Dodanie pierścienia na jednym z palców

Rodina interesuje poetyka ciała, rzadko w jego studiach pojawiają się elementy rozpraszające czy odciągające uwagę od mocy gestu, który stara się oddać.

Do zagadki o Auguste Rodinie wkradł się dodatkowy błąd. Przedstawiona rzeźba to nie „Duża zaciśnięta lewa dłoń”, ale tak zwana „Mocarna dłoń”. W związku z tym niezamierzonym błędem postanowiliśmy uznać wszystkie udzielone odpowiedzi. Spośród nich wybraliśmy laureata.



Rzeźba: Auguste Rodin, „Mocarna dłoń”



Matylda Wyrozumska

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

Dziadkowi i babci

Myślę, że wszystko, co nam się przytrafia – dobre czy złe – przytrafia nam się po coś. Byśmy się czegoś nauczyli. Byśmy czegoś doświadczili. Byśmy spotkali ludzi, którzy uczynią nasze życie i nas samych lepszymi, piękniejszymi, ważniejszymi.

Gdybym na studia dostała się za pierwszym razem, nie poznałabym Małgosi, Eweliny, drugiej Eweliny, a nawet Rafała.

Gdybym dostała się za pierwszym razem, ścieżki moje i Daniela nie skrzyżowałyby się i na długi czas nie stałyby się jedną.

Gdybym wtedy nie została przez rok w domu, nie poznałabym pani Róży ani historii jej męża. I być może nie znalazłabym w sobie dość siły, by wytrwać. By każdego dnia zaczynać na nowo spełnianie marzenia – swojego i Pana Mariana. Marzenia o zostaniu lekarzem. Tylko jedno z nas dostało taką szansę. Musiałam z niej skorzystać.

„Medycyna to sztuka wnioskowania o symptomach choroby na podstawie przyczyny śmierci.”
Dziadziowi i Babci

PAŹDZIERNIK 2007

Wybrane fragmenty

&

Stoję w holu obcego mi jeszcze budynku. Wokół tłum nieznanymi mi jeszcze ludzi. Cała się trzęsę. Czuję krew płynącą z otarć na stopach – efekt spaceru w nowych, eleganckich bucikach (które nigdy już nie przestaną uwierać).

Idę odebrać swój indeks. Ktoś przekreślił moje nazwisko (przez kolejne 6 lat będzie to normą).

&

Na pierwszą anatomię mieliśmy nauczyć się budowy obojczyka i łopatki. Opis na dwie strony w Bochenku mnie przerósł. Głupia, nie zdaję sobie sprawy, że na pojutrze każą mi nauczyć się nie dwóch, a dwustu stron.

Siedzę jak na tureckim kazaniu. Doktor coś mówi. Nic nie łąpię. Podobnie jak 13 innych osób. Tylko jeden P. (późniejszy Pan P.) klepie Bochenka z pamięci. Myślę: Ale kujon!

&

Jesteśmy w sali prosektorium ubrani w długie do ziemi, wiązane z tyłu fartuchy i chusty. Wszyscy jednakowo popielaci, zmęczeni i przestraszeni, kiedy w drzwiach staje „taki miły starszy pan”.

SMS od Marcina:

„Miły starszy pan? K. znaczy? Kondolencje. Możesz zacząć się pakować do domu.”

„Pamiętaj, musisz znaleźć jakąś odskocznnię. Jakąkolwiek. Basen, fitness, wolontariat, szachy. Możesz też pić wódkę, ale to takie pospolite...”. I jeszcze jeden: „Pamiętaj, śpij minimum sześć godzin na dobę. Inaczej nie dasz rady. A niezależnie od wszystkiego pamiętaj, że w tym głównie i tak siedzimy razem”.

Codienne lub niemal codienne wędrowki tą samą trasą. Pod blokiem spotkanie z Małgosią, a przy skrzyżowaniu z Rafałem (który wkrótce okaże się być palantem).

&

Anatomia... Egzamin. Stoimy pod ścianą na korytarzu tak zwanego „muzeum”. Przerażeni. Jak przed rozstrzelaniem. Sprowadzeni do poziomu studenta – idioty, kretyna, matola. Nakazując nam ubranie się w fartuchy, odebrano nam resztki godności i dorosłości. Kolejne pięć godzin jest najgorszym czasem, jaki spędzę na tych studiach. W ciągu kolejnych lat może tylko jeden egzamin dorówna temu koszmarowi. Nie pamiętam pytań.

Nie pamiętam, jak wyszłam z budynku Collegium Anatomicum, ani jak wróciłam na stancję.

Tylko tamta ściana, nasze fartuchy i my. Fotografia fragmentu życia.

I jeszcze Kacper krzyczący zaraz po wyjściu z sali, że dziś spije się ze szczęścia i będzie pijany krzyżem leżeć na Placu Litewskim.

&

Wchodzę do swojego pokoju. Nieprzytomna, wyczerpana idę w stronę tapczanu, brodząc po kostki w papierach. Tak jak stoję – w czarnych spodniach i białej bluzce – padam w pościel. Przez kolejne dwie godziny leżę bezmyślnie, gapiąc się w sufit. Leżę, nie mogąc ruszyć ręką, głową, oczami. Muszę posprzątać. Muszę się spakować. Muszę wyjechać.

Leżę i uświadamiam sobie, że od tej chwili przez trzy miesiące... Nic nie muszę.

Więcej
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Wybory w cieniu literatury

To już po raz piętnasty Barbara Szeffer-Marcinkowska z pomocą Magdaleny Człapińskiej zorganizowały Ogólnopolską Biesiadę Literacką w Klubie Lekarza Izby Łódzkiej. Na deser tradycyjnie odbyła się kabaretowa premiera, a kolejnego dnia Waldemar Hładki wygrał wybory i stanął na czele UPPL.



FOTO: Aldona Kraus

Głośne czytanie literatury przez autorów lekarzy ma stałe grono zwolenników, zwłaszcza kiedy oprócz prezentacji dorobku można posłuchać uwag krytyka, a następnie poddać się ocenie twórców poezji i prozy z Eskulapem w herbie. Tym razem w szranki stanęło dwanaścioro zawodników i wybór pomiędzy nimi nie należał do łatwych. Doskonale wypadli pierwszoligowi bywalcy i zwycięzcy różnych konkursów, ale całą stawkę z dużym zapasem wyprzedziła Aldona Kraus z warszawskiego Anina, która w nagrodę wypili z uśmiechem kielich kwaśnego soku.

Na biesiadny finał, w pierwszy piątek marca od sześciu lat swoją premierę ma kabaret lekarski „Bak”, który z roku na rok wydaje się podwyższać poziom, prezentując naprzemiennie: piosenkę w kompozycjach Adama Mazura z udziałem Justyny Dłubek, skeczami z pierwszoplanową rolą Jerzego Andrzejczaka oraz niezwykle pokazywanymi tańcami Małgorzaty Wilczyńskiej i Teresy Sadleckiej. Wszystko w oryginalny i inteligentnie dowcipny sposób spinają zapowiedzi Bogumiły Kempieńskiej-Miroslawskiej.

Drugi dzień corocznego spotkania pisarzy lekarzy miał charakter wyborczy. Dotychczasowy prezes, prof. Marek Pawlikowski, po dwunastu latach ciężkiej pracy zrezygnował z kandydowania na następną kadencję, obejmując senatorskie niemal stanowisko szefa Sądu Koleżeńskiego. Pole dla nowych twarzy oddała również Barbara Szeffer-Marcinkowska, a Jarosław Wanecki zaczął przewodniczyć Komisji Rewizyjnej. A więc Unia w 13. rozdaniu personalnym postawiła na zmiany. Prezesem został krakow-

ski profesor, poeta, podróżnik i bard Waldemar Hładki. Zastępować go będą Ryszard Żaba i Maciej Zarębski. Na swoich dotychczasowych miejscach pozostali Jerzy Andrzejczak, pilnujący skarbu, i sekretarz Magda Człapińska. Zarząd zasilili Majka Żywicka-Luckner, znana z organizacji warszawskiego konkursu Puls Słowa oraz Jolanta Bulzak.

Tabliczka z napisem Unia Polskich Pisarzy Lekarzy w łódzkim pałacyku przy Czerwonej 3 po zostanie miłą pamiątką po 25 latach wspólnej, wzorowej działalności stowarzyszenia i samorządu. Stolica lekarskiej literatury przenosi się na pierwsze 4 lata do Krakowa, ale nowy prezes zapowiada, że każda miejscowość, gdzie pisane i promowane są tomiki poezji i książki z prozą oraz odbywa się powrót do humanistycznych korzeni zawodów, będzie traktowana w sposób szczególny, a nowe techniki komunikacji i prezentacji twórczej przygotują wkrótce grunt pod artystyczne obchody półwiecza UPPL. ■

Być lekarzem

Moim Kolegom

*Oddałeś czułość nocy z miłą
codzienny dyżur, dobrze było.
Oddałeś spacer z synem, z córką
i znowu dzień wśród chorych umknął.
Lecz każda chwila, bieg po zdrowie,
melodią twego serca powie:
Świat taki piękny. W wirze zdarzeń
mam radość, szczęście być lekarzem.*

Aldona Kraus

Jarosław Wanecki

Przewodniczący
Komisji Kultury
Naczelnej Izby
Lekarskiej

IV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny „Okiem Eskulapa”

Organizator: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Kategorie konkursu:

- 1) „Przyjaciele wśród nas”
- 2) „Fotomontaż”

Prace należy nadsyłać do 31 sierpnia 2015 r. na adres:

Śląska Izba Lekarska

ul. Grażyńskiego 49a

40-126 Katowice

Regulamin konkursu na stronie www.izba-lekarska.org.pl.



XIII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

24-29 maja 2015 r. Klub Lekarza w Łodzi

Na coroczną Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz trzynasty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży. Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do OIL w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 8 maja br.**

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz muszą być opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

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

Wernisaż odbędzie się **24 maja (niedziela) o godz. 17⁰⁰** w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a wystawa potrwa do 29 maja.

Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy.

Kontakt: **Iwona Szelewa**, tel. 42/683 17 01, faks 42/683 13 78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl.

Partner



Sponsorzy



GALA IV EDYCJI OGÓLNOPOLSKIEGO KONKURSU LITERACKIEGO im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”

7 maja w Teatrze Juliusza Słowackiego w Krakowie o godz. 19.00

Specjalny program muzyczny zaprezentuje Stanisław Soyka.

Wstęp bezpłatny po uprzedniej rejestracji
mp.pl/wena, tel. 12 293 40 04, 800888000

medycyna **praktyczna**

Nocny Półmaraton Wielu Kultur

Idea i Nocnego Półmaratonu Piotrkowskiego Wielu Kultur jest rozwijanie sportowych zainteresowań mieszkańców miasta oraz propagowanie zdrowego trybu życia poprzez sport. Półmaraton ma na celu również promocję miasta oraz uatrakcyjnienie obchodów Dni Piotrkowa Trybunalskiego.

Termin: 26 czerwca 2015 roku. Start: godzina 21.00, zakończenie: godzina 24.00. Miejsce: Piotrków Trybunalski „Trakt Wielu Kultur” (start i meta – okolice Rynku Trybunalskiego). Długość trasy: 21,0975 km (4 pętle). Trasa posiada atest PZLA, jest w 100 proc. utwardzona (asfalt 95 proc., kostka brukowa 5 proc.).

Bieg główny – półmaraton będzie jednocześnie stanowił I Otwarte Mistrzostwa Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Zapisy do 22 czerwca poprzez stronę internetową www.polmaratonpiotrkowski.pl.

Patronat honorowy nad imprezą sprawuje Prezydent Miasta Piotrkowa Trybunalskiego Krzysztof Chojniak. W skład Komitetu Organizacyjnego imprezy wchodzi: Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, Komenda Miejska Policji w Piotrkowie Trybunalskim, Piotrkowski Klub Biegacza Endorfina, Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego, Wojewódzkie Zrzeszenie Ludowych Zespołów Sportowych. ■

XIV Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie organizuje Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy, który odbędzie się w dniach 8-10 maja, na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria” przy ul. 3 Maja, obok Jasnej Góry. W pierwszy dzień turnieju odbędzie się wieczór towarzyski w klubie lekarza w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie.

Organizatorami turnieju z ramienia Okręgowej Izby Lekarskiej są: Lesław Rudziński, tel. 601 91 33 81; Rita Idziak, tel. 692 397 518; faks: (034)365 41 20, (034)368 18 88.

Opłata za udział:

150 zł – członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy,

200 zł – lekarze nie zrzeszeni w PSTL.

Prosimy o wpłaty na konto **do 25 kwietnia**.

BRE Bank S.A Oddział Częstochowa

Numer konta:

82-1140-1889-0000-2433-3300-1001

Tytułem: Tenis 2015

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej



Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej w Częstochowie, które rozgrywane będą w dniach 13-14 czerwca. Zawody odbędą się na Miejskim Stadionie „Raków” przy ul. Limanowskiego w Częstochowie. Warunkiem udziału w Mistrzostwach jest przesłanie wpisowego do 20 maja w kwocie 1500 zł (od drużyny 12-osobowej).

Kontakt do organizatorów:

Piotr Janik, tel. 602 380 957

Przemysław Klimas, tel. 604 792 574

Rita Idziak (034)368 18 88, 692 397 518,

faks (034)365 41 20;

e-mail: czestochowa@hipokrates.org.

Jurajski rajd rowerowo-kajakowy



Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy, który odbędzie się w dniach 13-14 czerwca w ośrodku wypoczynkowym Orle Gniazdo w miejscowości Hucisko (koło Częstochowy).

Szczegółowych informacji udziela Tomasz Klimza, tel. 691 48 83 83. Można również kontaktować się z biurem OIL w Częstochowie, tel. (34) 368 18 88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org.

Byłem, jeździłem na nartach, herbatę na stoku wypilem...



Po raz kolejny odbyły się Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. To już szósty raz spotykamy się, w zasadzie w stałym gronie wielbicieli lekarskiego narciarstwa, w Bystrem. Jak zwykle mieliśmy i w tym roku dużo szczęścia, ponieważ śnieg jeszcze był. Co prawda ten sztuczny, ale był. Odbyły się na nim dwa przejazdy giganta i slalomu. Wyniki, zdjęcia oraz reportaż filmowy są dostępne na stronie internetowej www.rzeszow.oil.org.pl. W tym miejscu śpieszę tylko donieść, że Mistrzami Podkarpacia 2015 r. zostali: Justyna Dziedzicka oraz Jacek Polakiewicz z OIL Kraków, najmłodszym zawodnikiem był Tymek Siteń (rocznik 2013), a najmłodsza uczestniczka Ola Skocznińska miała 16 miesięcy.

Krzysztof Marchewka

Więcej
w **AKTUALNOŚCIACH** na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



KALENDARZ IMPREZ SPORTOWYCH 2015 – uzupełnienie!

10 maja

I Mistrzostwa Polski w Crossduathlonie

Zawody w crossduathlonie odbędą się w Sandomierzu po raz pierwszy i połączą dwie dyscypliny: bieganie i jazdę na rowerze górskim (MTB). Wycho-
dzą one naprzeciw oczekiwaniom wielu koleżanek i kolegów, którzy wielokrotnie postulowali o orga-
nizację tego typu imprezy właśnie w Sandomierzu.

Wszystkie zawody odbędą się w Sandomierzu. Zapraszamy!
Kontakt: Jacek Łabudzki, tel. 603 914 107, e-mail: drdjl@op.pl.

15 sierpnia

VII Letnie Mistrzostwa Polski w Triathlonie – sprint

Imprezy triathlonowe mają już ustaloną markę i co roku startuje w nich coraz więcej koleżanek i kolegów lekarzy. Myślę, że w tym roku frekwencja będzie jeszcze wyższa, ponieważ wszyscy zgodnie chwalą znakomitą ich orga-
nizację, w czym duża zasługa Naczelnej Izby Lekarskiej, która co roku finansowo wspiera nasze zawody.

Klub Jeździecki, działający przy Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi,
zaprasza do udziału w kolejnym już

IX Ogólnopolskim Rajdzie Konnym Lekarzy im. Majora Hubala

który odbędzie się w dniach 15-17 maja 2015 r.



Bazą wypadową i hotelową dla uczestników spotkania oraz ich wierzchowców będzie
Ośrodek Jeździecki w Mikołajowie k. Koluszek. Organizatorzy przewidują wiele atrakcji.
Zapisy przyjmuje i szczegółowych informacji udziela:

Wojciech Sędzicki, tel. 722 282 750
prezes Klubu Jeździeckiego

Wyjazd narciarski Falcade 2015



Komisja sportu i rekreacji łódzkiej izby lekarskiej od kilkunastu lat organizuje wyjazdy narciarskie. Zwykle są to trzy wydarzenia: w grudniu, lutym i marcu. O kierunku wyjazdu lekarzy z łódzkiej izby lekarskiej, ich rodzin i przyjaciół na narty, decydują zawsze uczestnicy wyjazdu, akceptując przedstawione propozycje. Tradycyjnie w wyjeździe biorą udział lekarze z innych izb, głównie warszawskiej, a także nasi przyjaciele, polscy lekarze z Niemiec. Tegoroczny lutowy wyjazd miał konkretne przesłanie: hotel miał znajdować się w pobliżu wyciągu. Z kilku propozycji wybraliśmy Passo San Pellegrino. Nasza grupa to doświadczeni narciarze, ze względu na licz-

bę uczestników w naturalny sposób dzielimy się na mniejsze grupki. O przynależności do każdej z nich decydują umiejętności narciarskie i prędkość, która daje narciarzowi przyjemność z szusowania z jednej strony, a poczucie bezpieczeństwa z drugiej.

Podczas lutowego wyjazdu każdy mógł znaleźć trasy dogodnie dla siebie i czerpać radość ze zjazdów. Część osób nieco utyskiwała na niezbyt dużą liczbę tras trudnych, ale nie zmienia to faktu, że większość uczestników uznała wyjazd za udany narciarsko.

Na razie nie wiadomo, jaki kierunek obierzemy w lutym 2016, ale już teraz serdecznie zapraszamy. ■

Ryszard
Golański

Pełna relacja z wydarzenia
w **AKTUALNOŚCIACH** na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



ZJAZD ABSOLWENTÓW PAM, 1990 – 1995

Termin spotkania: 20 czerwiec 2015. Miejsce spotkania: Hotel Focus SZCZECIN, 70-515 Szczecin, ul. Małopolska 23. Koszt: 250 zł od osoby. Wpłaty należy dokonywać na konto: Weronika Wojtkiewicz 50 1020 5558 1111 1931 8910 0042 z dopiskiem: zjazd absolwentów 1995, imię i nazwisko. Wpłata będzie jednocześnie potwierdzeniem uczestnictwa. Na wpłaty oczekujemy do 30.04.2015. Istnieje możliwość rezerwacji noclegów ze śniadaniem w hotelu w cenie: pokój 1-osobowy: 240.00 zł/doba, pokój 2-osobowy: 260.00 zł/doba. Rezerwacji można dokonać telefonicznie w Focushotel, na hasło: „ZJAZD ABSOLWENTÓW KRZYSZTOF WOJTKIEWICZ REZ.NR. 44 431”. Rezerwacje hotelu: Justyna Jędrzejczyk, tel. 669 970 302, j.jedrzejczyk@focushotel.pl. Specjalna cena pokoju obowiązuje do 20.03.2015 r. Organizator: Krzysztof Wojtkiewicz, tel. 604 080 330. Jeśli macie ochotę podzielić się z Koleżankami i Kolegami zdjęciami, ślijcie je na e-mail organizatora naszego spotkania: prodental@life.pl, staną się one częścią przygotowanej prezentacji.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, DYPLOM 1970

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45. rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, które odbędzie się w dniach 15-17 maja 2015 r. w Sandomierzu. Miejscem zakwaterowania uczestników będzie Zespół Dworski - Hotel Sarmata ul. Zawichojska 21. Pełny koszt uczestnictwa/zakwaterowanie, wyżywienie, wycieczka i imprezy towarzyszące - wynosi 460 zł od osoby. Zgłoszenia i informacje: Liliana Mazur, tel. 605 589 587, e-mail: lilianamazur@gmail.com, Irena Woźnica, tel. 601 272 435, e-mail: medycynaogolna@gmail.com, Jolanta Żuber-Wieczorkiewicz, tel. 604 415 883, e-mail: jwieczorkiewicz@gazeta.pl.

AKADEMIA MEDYCZNA WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1965

Serdecznie zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 3 października 2015 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi: całkowity koszt 300 PLN, osoba towarzysząca na bankiecie 150 PLN, tylko część oficjalna (bez uroczystej kolacji) 100 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030

2001 7753 6075 0001 do 30.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1965” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w Izbie Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). Rezerwacja noclegów: recepcja 71/372-90-13 wew.8 lub 536 956 602, hasło „Izba Lekarska” (www.gemhotel.pl, e-mail: hotel@hotel-gem.com.pl). Bliższych informacji udzielają: Krystyna Januszkiewicz-Mielecka – 693 328 993, Aleksandra Prandota-Schoepp – 609 232 632, Ligia Socha – 665 505 071, Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu 71/79 88 068, e-mail patrycja.malec@dilinet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl.

AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU, ABSOLWENCI ROCZNIKA 1959-65

Upřejmnie przypominamy koleżankom i Kolegom absolwentom Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii z lat 1959-65, że w roku 2015 mija 50 lat od uzyskania przez nas Dyplomu Lekarza. Zgodnie z tradycją naszej Alma Mater organizujemy uroczystość odnowienia dyplomu po 50-ciu latach pracy. Uroczystość odbędzie się w sobotę 12 września 2015 r. tradycyjnie w Zamku z udziałem Władz Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Kontakt telefoniczny pod nr. 618 614 150, pon.- czwartek w godz. 13 – 19/Jerzy Sowiński/.

AKADEMIA MEDYCZNA - WYDZIAŁ LEKARSKI

W WARSZAWIE, ABSOLWENCI ROCZNIKA 1963-1969/70

Serdecznie zapraszamy na Zjazd z okazji 45-lecia ukończenia studiów. Zjazd odbędzie się 13 czerwca 2015 r. w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym „BOSS” Warszawa-Miedzeszyn, ul. Żwanowiecka 20. Rozpoczęcie zjazdu o godz. 17:00, spotkanie może potrwać do rana następnego dnia. Możliwa jest rezerwacja pokoju w Hotelu BOSS (we własnym zakresie) pod numerem telefonu 22/51 66 321 u p. Olgi Szczepańskiej. Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi 350 zł. Prosimy dokonać wpłaty do końca kwietnia na konto: PKO BP, nr 95 1020 1055 0000 9002 0340 4217 (odbiorca: Danuta Miłkowska, Ewa Duszczyk). Tytuł wpłaty: Zjazd Lekarzy, imię i nazwisko uczestnika. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej: <http://sites.google.com/site/zjazdlekarzy> lub dzwoniąc do organizatorek zjazdu: Danuta Miłkowska 606 244 202, Ewa Duszczyk 607 342 915, Maria Danielska (Majer) 784 928 622.

Bilet ma 250 lat

Teatr wyodrębniony z innych zabaw szlachty pojawił się w Polsce wraz z Oświeceniem. Miał pomóc w wewnętrznej przemianie społeczeństwa. Od 1765 r. mówimy o czterech przymiotnikach rodzimej sceny, która jest: stała, zawodowa, publiczna, czyli biletowana, i gra w języku polskim.

Stanisław August, mecenas sztuki, postanowił o przedsięwzięciu teatralnym nowego typu. Król dawał subwencję w zamian za: ogólny nadzór i prawo do kilku łóż na widowni. Pozostałe miejsca były dostępne dla każdego, kto kupił bilet. Powstaje pojęcie sezonu od Wielkanocy do Wielkanocy oraz pojawiają się afisze, stanowiące rodzaj teatralnego dziennika. Król sprowadzał zagraniczne spektakle, ale od początku myślał o własnym zespole zawodowym, który zagrał w specjalnie stworzonym (także dzięki ogłoszonemu konkursowi) repertuarze w wydzierżawionej od spadkobierców Augusta III Operalii, gdzie polemika z kulturą sarmacką spłótła się z ideologią Oświecenia. Teatr publiczny wznowił działalność po pierwszym rozbiórze Polski. Innowacją był monopol, który zgodnie z ustawą objął wszystkie widowiska i przetrwał aż do 1791 roku. Wybudowano nowy gmach na placu Krasińskich w Warszawie (po raz pierwszy nazwany Teatrem Narodowym), z wyposażeniem kulisowym, kanałem orkiestry i malowaną kurtyną. Parter był w zasadzie „stojący”, a za miejsce na ławie trzeba było dodatkowo zapłacić. Nad lożami była galeria.

Apetyt teatralny wzrastał z każdym dziesięcioleciem, a co za tym idzie żądano przede wszystkim nowości repertuarowych. Od połowy lat osiemdziesiątych datuje się stały rozwój zawodu aktorskiego w Warszawie, Krakowie i Wilnie. Przedstawienia osądzano doraźnie. Zadowolenie znajdowało wyraz w oklaskach i wezwaniach do powtórzeń. Rzucano na scenę kwiaty i pieniądze, „żądano widzieć” autora. Niezadowolenie wywoływało sykanie, gwizdy i stukanie łaskami.

Okres Sejmu Wielkiego ożywił Warszawę. Obrazy miały charakter sensacyjny, a Teatr Narodowy od początku swojego istnienia nie miał tak licznej publiczności. W 1790 r. powraca z Wilna, po nieudanej próbie prowadzenia teatru kilka lat wcześniej, Wojciech Bogusławski. Tym razem powstało przedsiębiorstwo silne i wewnętrznie zintegrowane, które w 1794 r. wystawia „Cud mniemany, czyli Krakowiacy i Górale”. W 1799 r. rozpoczyna się trzecia dyrekcja Bogusławskiego i całkowita rekonstrukcja Teatru Narodowego (nazwa powró-

ciła w pierwszym dogodnym momencie w 1807 r.). Rząd Księstwa Warszawskiego odnowił mecenat teatralny. Dekretem Fryderyka Augusta z 1810 r. ustanowiona została Dyrekcja Rządowa z prezesem Julianem Niemcewiczem. Rok później powstaje Szkoła Dramatyczna w Warszawie.

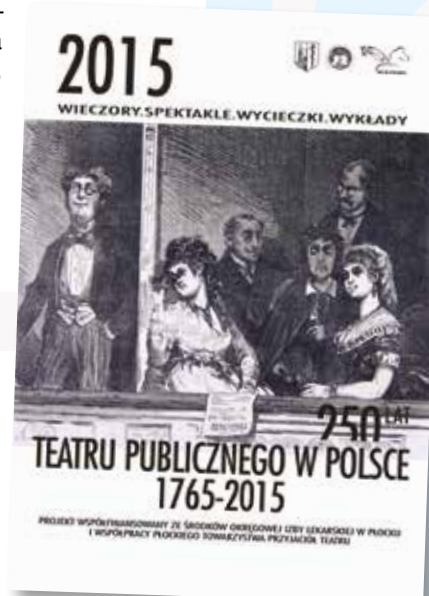
Teatr jest zwierciadłem, które odbija społeczne problemy. W przestrzeni publicznej niestety nazbyt często mylimy go z wodewilem i farsą, niechętnie przyglądając się zjawiskom artystycznym, które w formie modnej dzisiaj instalacji sztuk próbują ogarnąć całą rzeczywistość. Niejednokrotnie zwulgaryzowany, brudny, pokrętny świat nowego pokolenia twórców nie chce się zmieścić w naszej estetyce. Pod tymi szmatami, krzykami, przekleństwami, frykcjami i agresją, pod bezkompromisowym posługiwaniem się słowami, które przekraczają kolejne granice skandalu obyczajowego, współczesny artyści wykrzykują nam, w jaką wpadliśmy pułapkę zakłamania. Pod pierzyną mediów, pseudoartystycznych formatów telewizyjnych, polityki totalnej, administracji i zarządzania wszelakiego, pod hasłami kampanii wyborczych, deklaracjami walki o pokój, szacunku rządzących do pacjenta i ich pochylania się nad każdym, jeśli tylko patrzy oko kamery, wyczuwam coraz większy fałsz, coraz większą obłudę, coraz bardziej frustrujący chocholi taniec.

250 lat temu zdecydowano o powołaniu teatru publicznego w Polsce, który obok zadań edukacyjnych, stał się reflektorem, pytajnikiem o przyszłość, poszukiwaniem tożsamości narodowej i obywatelskiej. Wśród jego wiernych Widzów, ale i twórców, znajdziemy lekarzy. Niechaj więc przez kolejne wieki uczy nas żyć, oburza, wzrusza, kaleczy i goi rany, ostrzega, ośmiesza, bawi, denerwuje oraz zmusza do polemiki. I sprzedaje bilety! ■



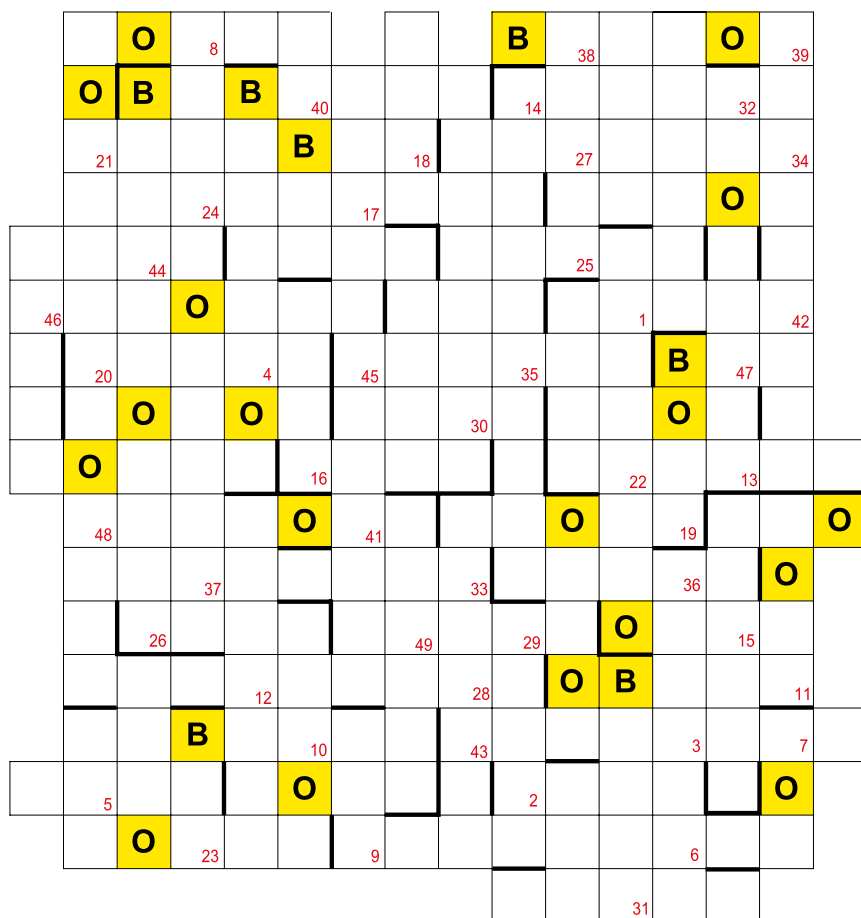
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”





Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B i O. Na ponumerowanych polach ukryto 49 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Winstona Churchilla. Należy je przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 kwietnia 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* bliźnięta syjamskie * szef Bidena * Jenson, były mistrz F1 * mucha śpiączki afrykańskiej * Jagna z Lipiec z domu * metropolia na pn.-wsch. Od Pusan * szef Zefira * przejściowa przerwa przewodnictwa nerwowego * członek ludu Alkinoosa * podróż * lewatywa * byle jakie czasopismo * III, gościł w Gnieźnie w 1000 r. * ma kota * świnka (ang.) * August II lub III * rynek, bazar * szczerbak wiszący na gałęzi * seria amerykańskich satelitów meteo (1960-65) * kraj z Bamako * lingwista * kiła * floem * greckie Fatum * Kalium * Austriaczka, przydomek królowych * francuskie wybrzeże * lafirynda * estrus * matka Zygmunta Augusta * Reich * manus * brat Chama i Sema * napędowy dla Diesla * niezła babka * szal malajski * między Linzem a Salzburgiem * imię Bregović'a * z Bogiem i Ojczyzną * odczyn antystreptolizynowy * prezydent RP (1922-26) * oko lub zła ocena * palenie zwłok * między Świną a Pianą * Hodża, mędrzec turecki * auto z Młoda Bolesław * ptak padlinożerca * ... nach Osten * zesłany za Ural * dowódca chorągwi kozackiej * kąpielisko (niem.) * nusajryci * motylkowata na olej i mąkę * dołek łowy w oku jelenia * hormon tkankowy * egipska bogini prawdy i sprawiedliwości * 3-4 kompanie * kierunek w psychologii zainicjowany przez Watsona * twórca * mieszkaniec grodu nad Jeziorakiem * przydomek bajkowego liska * adenozyntrofosforan * królowa izraelska, wprowadziła kult Baala * kleryk prawosławny * kwas paraaminosalicylowy * bramkarz Polski i Arsenalu * zbrojny spisak * żółć (łac.) * między Grudziądem a Kisielicami * norweski płaskowyż połodowców * costae * derbowy rywal Celticu * w rękę woźnicy * asymbolia * płynie w Bernie * satyna * tympanum

BJER

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 204 („GL” nr 02/2015)
Każdy nowy język obcy daje ci nowe życie.

Nagrody otrzymują: Marta Kwas (Kielce), Joanna Kijowska (Tyczyn), Anna Halka (Przechlewo). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Wydawca:

Naczelna Rada Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 050 egz.

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

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

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

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).