

05
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



29

Stomatologia

Kształcenie
po nowemu

36

Praktyka lekarska

Kasy fiskalne:
kolejne pytania i odpowiedzi

44

Ochrona zdrowia na świecie

Zdrowie publiczne
– zadanie wszystkich

Spis treści



19



23



32



46

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Jest dramat, czy musi dojść do tragedii?
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
O czym szepczą dyrektorzy szpitali
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Zanim staniemy się domem starców
- 12 **Temat miesiąca:**
Pakiet onkologiczny: potrzebne pilne zmiany
- 18 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:**
Czy dyrektywę dotyczącą czasu pracy należy znowelizować?
- 19 **Rozmowa o zdrowiu:** Brak lekarzy, coraz dłuższe kolejki
- 23 **Samorząd:** Róbmy swoje
- 26 **Samorząd:** Uzależnienie w rodzinie
- 28 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Polityka, mamona czy wiosna
- 29 **Stomatologia:** Kształcenie po nowemu
- 32 **Stomatologia:** Edukacja implantologiczna
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Niezbędny czas
- 36 **Praktyka lekarska:**
Kasy fiskalne: kolejne pytania i odpowiedzi
- 39 **Praktyka lekarska:** Klauzula sumienia
- 40 **Praktyka lekarska:** Kondycja mężczyzn w Polsce
- 42 **Praktyka lekarska:** W kardiologii nastała nowa era
- 44 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Zdrowie publiczne – zadanie wszystkich
- 46 **Indeks korzyści:** Jak Minister spełniał marzenia lekarzy
- 48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
O skutecznym rad sposobie
Recenzja: Zawodowy matecznik
- 49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Natalia jest chora
- 50 **Listy do redakcji**
- 52 **Błąd malarski:** Po równo
- 54 **Kultura:** Ballada o chłopcach, którzy nie domykali powiek
- 56 **Sport**
- 58 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (51) / J. Wanecki:** Wierzchołki lodowych gór
- 66 **Jolka lekarska**

Od 10.04

Obowiązują nowe wzory oświadczeń składanych przez pacjentów / przedstawicieli ustawowych / opiekunów prawnych lub faktycznych o przysługującym prawie do świadczeń w ramach NFZ.

12-14.06

W Serocku pod Warszawą odbędzie się I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, szczegóły na www.gazetalekarska.pl.

Przypominamy

1 stycznia 2015 r. weszła w życie zmiana ustawy o ochronie danych osobowych, odnosi się ona także do lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej – więcej na www.gazetalekarska.pl.

Pobierz PDF

Raport regulacyjny o pakiecie onkologicznym jest dostępny na www.gazetalekarska.pl. To on był podstawą wniosku do Trybunału Konstytucyjnego złożonego przez NRL.

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”

Jest dramat, czy musi dojść do tragedii?

Wiadomo, że na tej stronie będzie mowa o lekarzach lub ochronie zdrowia. Domyślam się, że część osób czytających te słowa szybko przeniosła wzrok na niżej zamieszczone wiersze, aby dowiedzieć się, jakiej sfery dotyczy ten, nieco sensacyjny, tytuł. Bo pasuje do wielu. Otóż będzie o internie.

Byłem gościem spotkania ordynatorów oddziałów internistycznych województwa mazowieckiego zorganizowanego przez dra Marka Stopińskiego, konsultanta wojewódzkiego ds. chorób wewnętrznych. To doroczne spotkanie ma znaczącą rangę, czego dowodem była nie tylko liczna obecność szefów oddziałów tej specjalności, ale także fakt, że w konferencji wzięli udział przedstawiciele urzędu marszałkowskiego, warszawskiego Ratusza, starostowie powiatów, dyrektorzy szpitali i wicedyrektor mazowieckiego oddziału NFZ. Samorząd lekarski reprezentowali prezes NRL Maciej Hamankiewicz i prezes ORL Andrzej Sawoni. Dlaczego użyłem w tytule określenia „dramat”? Bo taka była wymowa przedstawianych podczas konferencji faktów. Myślę, że Mazowsze nie jest jedynym regionem, w którym występują problemy z funkcjonowaniem oddziałów internistycznych. Problem podstawowy to zmniejszanie liczby łóżek. Wiele oddziałów, które liczyły po 70 łóżek, zmniejszono o połowę. Powoduje to oczywiste kłopoty z przyjęciem wszystkich osób potrzebujących hospitalizacji. Czasami chorzy „internistyczni” przyjmowani są na oddziały chirurgiczne czy ortopedyczne, bo na nich znajdują się wolne łóżka i tam są „dogładani” przez lekarzy internistów. Piszę „dogładani”, bo trudno powiedzieć leczeni. Kolejny problem, który można określić jako dramatyczny, to rezygnowanie lekarzy z pracy w oddziałach wewnętrz-

nych. Powody: obciążenie pracą i niesatysfakcjonujące wynagrodzenia. Odchodzą ordynatorzy i ich asystenci. Prof. Zbigniew Gaciong stwierdził, że w obecnej sytuacji zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów, ale także pracujących na ich rzecz lekarzy.

Na jednym z tegorocznych okręgowych zjazdów lekarzy, starosta pewnego powiatu rozpoczął swoje wystąpienie od stwierdzenia: „Ja jestem w o tyle lepszej sytuacji od moich kolegów starostów tu obecnych, że powiat, którym przyszło mi kierować, nie jest organem założycielskim dla żadnego szpitala”. A zatem dla samorządu terytorialnego ochrona zdrowia to niechciany balast i obciążenie? A może tylko szpitale, bo pan starosta nic nie wspomniał o podstawowej opiece zdrowotnej. Dla większości marszałków województw, dla większości starostów, szpitale to źródło problemów, przede wszystkim finansowych. A teraz, dla odmiany, obrazek z mojego rodzinnego miasta – Łodzi. Ze względu na niezwykle liczne inwestycje drogowe, dotyczące głównie centrum miasta, zmuszeni jesteśmy jeździć ulicami rzadko do tej pory odwiedzanymi. Właśnie na jednej z takich ulic, podczas próby ominięcia wszechobecnych korków, od kilku miesięcy mijam budowę budynku sporych rozmiarów. Parę dni temu na płocie otaczającym dynamiczny plac budowy pojawił się napis: „Tu powstaje nowy szpital. Wkrótce rozpoczniemy rekrutację personelu”. Są tacy, którym się opłaca. ■

Relacja z tego
wydarzenia
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM”.

Premium



Migawka

16 kwietnia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz złożył w imieniu NRL wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z konstytucją niektórych przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny w zakresie dotyczącym wykonywania zawodu lekarza. Decyzję w tej sprawie jednogłośnie podjęła Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 10 kwietnia.



FOTO: Marta Jakubiak

Status ordynatora (cz. 1)

Udzielając porad prawnych lekarzom, często zdarza się, że w problemach wydawałoby się oczywistych trudno znaleźć konkretną podstawę prawną ich rozwiązania czy nawet odnaleźć akt prawny regulujący to zagadnienie.

Pytania takie powstają na tle zdarzeń codziennych, stosunków funkcjonujących według schematów od wielu lat. Jest to dobra ilustracja stanu prawa regulującego funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce. Co jakiś czas głośno jest o kolejnych programach, pakietach, a tak naprawdę nie doczekaliśmy się jakiegś uporządkowanej regulacji funkcjonowania tak ważnej dziedziny życia, nie mówiąc już o czymś, co można nazwać systemem przepisów. Kolejne akty prawne w tym zakresie są wydawane i nowelizowane dla rozwiązania konkretnych, odosobnionych problemów.

Jednym z takich problemów jest status prawny ordynatora oddziału szpitalnego – zakres jego obowiązków i uprawnień, odpowiedzialność, jaką ponosi.

Kilkadziesiąt lat temu instrukcje Ministra Zdrowia obejmowały regulaminy szpitalne, w tym regulamin pracy ordynatora. Wynikało z nich wprost, że ordynator jest zwierzchnikiem pracowników zatrudnionych w oddziale, kieruje pracą lekarzy, odpowiada za funkcjonowanie oddziału w pełnym zakresie (leczniczym, administracyjnym, gospodarczym), a także za podnoszenie kwalifikacji przez lekarzy. Instrukcje te przestały obowiązywać w roku 1992 z wejściem w życie ustawy o ZOZ, a najpóźniej w roku 2001, gdy uchylono akty dające ministrom prawo do wydawania niektórych aktów normatywnych. Wywarły jednak, jak się wydaje, ogromny wpływ na ukształtowanie praktyki i zwyczajów funkcjonowania oddziałów szpitalnych.

Od 1 lipca 2011 r. obowiązuje ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która powinna regulować przedmiotowe kwestie. Jednak w jej przepisach o ordynatorze mowa jest w trzech artykułach, z których żaden nie określa jego statusu. Przepisy ustawy kwestie te pozostawiają aktom wewnętrznym szpitali. Określając wymogi co do treści regulaminu organizacyjne-

go podmiotu leczniczego, ustawa nakazuje, aby obejmował on m.in.: strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych, warunki ich współdziałania, a także sposób kierowania nimi (art. 49 ustawy o działalności leczniczej).

Z kolei ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty jasno stanowi, że 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 należytą starannością. Przepisy ustawy nie zobowiązują lekarza do podporządkowania się – przy wykonywaniu zawodu – jakimkolwiek poleceniom merytorycznym innych lekarzy. Nakładają one na lekarza obowiązek zasięgnięcia w pewnych wypadkach opinii drugiego lekarza lub zorganizowania konsylium, wskazując jedynie że lekarz ten powinien być lekarzem tej samej lub właściwej specjalności. Wyłącznie w przypadku, gdy lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy, musi uzyskać zgodę swojego przełożonego, gdy z ważnych powodów chce nie podjąć lub odstąpić od leczenia.

Również w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie ma przepisów, które wskazywałyby na szczególną pozycję ordynatora oddziału wobec innych lekarzy. Zgodnie z art. 10 KEL lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe i gdyby tak się miało stać, powinien zwrócić się o pomoc do bardziej kompetentnego kolegi (poza sytuacjami, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego).

Jak widać, omówione przepisy wskazują raczej na brak podległości merytorycznej ordynatorom przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych. Dalszą część rozważań na temat pozycji ordynatora znajdziemy w kolejnym numerze.

mec.

**Jarosław
Klimek**
radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Ten fakt pana
ministra zirytował
do tego stopnia,
że atakował
mnie osobiście,
kompletnie
nie rozumiejąc
istoty sprawy,
że w bzdurnym
systemie
ochrony zdrowia
samorząd walczy,
by lekarzami
nie sterowały
wskaźniki,
a pacjenci mieli
równy dostęp do
opieki zdrowotnej.

O czym szepcą dyrektorzy szpitali

Z tego, co wiemy z mediów, pani premier Ewa Kopacz spotkała się z ministrem zdrowia, ale żadnego pisemnego raportu rządowego na temat realizacji pakietu nie otrzymaliśmy.

Minister zdrowia zorganizował wprawdzie konferencję prasową, na której podawał szereg różnych liczb, ale kiedy sam sobie zadał pytanie, czego oczekiwaliśmy po pakiecie, i odpowiedział: „oczekiwaliśmy skrócenia czasu diagnostyki dla pacjentów”, to ja widzę różnicę w skracaniu diagnostyki dla pacjentów onkologicznych a likwidowaniu kolejek dla pacjentów w ogóle. Pakiet onkologiczny powstał dlatego, że minister zdrowia obiecał premierowi – jeszcze wtedy premierowi Tuszkowi – zlikwidowanie w ten sposób kolejek. I każdy lekarz, a przede wszystkim minister zdrowia, powinien myśleć o wszystkich chorych i patrzeć z perspektywy całościowego zabezpieczenia zdrowotnego. Naczelna Rada Lekarska poprosiła jedną z kancelarii prawniczych o sporządzenie niezależnego pisemnego raportu regulacyjnego oceniającego pakiet onkologiczny i kolejkowy. Raport wykazał wiele sprzeczności z Konstytucją RP zarówno w procesie przygotowywania nowych przepisów, konsultacji, uchwalania, jak i wdrażania zmian. Po jego otrzymaniu skierowaliśmy wniosek do Trybunału Konstytucyjnego. Ten fakt pana ministra zirytował do tego stopnia, że atakował mnie osobiście, kompletnie nie rozumiejąc istoty sprawy, że w bzdurnym systemie ochrony zdrowia samorząd walczy, by lekarzami nie sterowały wskaźniki, a pacjenci mieli równy dostęp do opieki zdrowotnej. W obecnym chaotycznym systemie to właśnie pan minister powinien usiąść przy telefonie i szukać chirurga, który zoperuje chorą z ropniami i uzyska odpowiedź, że nigdzie nie ma dla niej miejsca, bo oddziały zapelnione są pacjentami z kartą DiLO. To pan minister powinien tłumaczyć się z chaosu na każdym progu szpitala i przychodni. To pan minister powinien...

O czym szepcą dyrektorzy szpitali? To pytanie ma wyjątkowy sens, bo w dzisiejszych czasach dyrektorzy mogą tylko szeptać po kątach na temat rozliczeń pakietu onkologicznego. Jeżeli krzykną i wypowiedzą się głośno w mediach, czeka ich szybka i sprawna kontrola z Narodowego Funduszu Zdrowia, a ta z pewnością nie należy do przyjemnych. Tymczasem już dzisiaj widać, że wydzielenie z kontraktu ogólnego części na pakiet onkologiczny i skomplikowanie procedur pakietowych powoduje, że szpitale, które przystąpiły do pakietu, muszą się liczyć z problemami finansowymi. Pani premier w jednym z wywiadów radiowych zaznaczyła, że jeśli do poprawnego działania pakietu będą potrzebne pieniądze, to „one się znajdą”.

Jednocześnie dodała, że nie będzie podwyższała składki zdrowotnej. A więc pytam: na kim się to odbije i komu zostaną odebrane pieniądze?

Otrzymaliśmy przez lata wyczekiwany projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Chyba żaden lekarz nie ma wątpliwości, że promocja zdrowia i profilaktyka to takie dziedziny, w których Polska powinna ruszyć do przodu. Zapewne diabeł znowu będzie tkwił w szczegółach zawartych w rozporządzeniach do ustawy. Po wizycie na posiedzeniu prezydium NRL wiceminister zdrowia Beaty Małeckiej-Libery i deklaracjach współpracy, liczę na to, że te szczegóły będą przedmiotem merytorycznej dyskusji z samorządem lekarskim. Chciałbym również, aby w procesie legislacyjnym znalazło się też miejsce dla jasno określonych zadań lekarzy ze specjalizacją zdrowie publiczne, których mamy w Polsce ponad 3 tys. i do doprecyzowania, co jest zadaniem lekarza specjalisty, a co zadaniem magistrów zdrowia publicznego, których w naszym kraju również nie brakuje.

Zgodnie z obowiązującym prawem uczelnia medyczna wydaje na wniosek zainteresowanego absolwenta zaświadczenie o średniej arytmetycznej ze wszystkich egzaminów złożonych na studiach. Przypominam o tym, gdyż w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej przy kierowaniu lekarzy i lekarzy dentystów do odbycia stażu podyplomowego właśnie takie zaświadczenie jest miarodajnym wykładnikiem wyników osiągniętych na studiach na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Prezes Sądu Okręgowego w Bydgoszczy potwierdził w jednej z gazet, że sytuacja w zakresie pozyskiwania opinii biegłych lekarzy jest bardzo zła. Część lekarzy zawiesiła pracę w charakterze biegłego, część zrezygnowała z niej na zawsze, powodując, że w 2012 r. opinie wydawało w tym sądzie 12 zespołów biegłych, a obecnie pozostało ich jedynie 5. Wcale mnie to nie dziwi i wszyscy wiemy, że biegłych brakuje w całym kraju. Rzecz dotyczy bardzo odpowiedzialnej pracy, za którą lekarze powinni otrzymać godziwe wynagrodzenie. Tymczasem projekt ustawy, który otrzymał do zaopiniowania samorząd lekarski, nie uwzględniał już kwestii wynagrodzeń. Wskazywaliśmy, że pozostawienie tej kwestii poza ustawą jest niecelowe. Ale niebawem, przy takim podejściu resortu sprawiedliwości, wcale się nie zdziwię, że biegłych po prostu nie będzie. ■

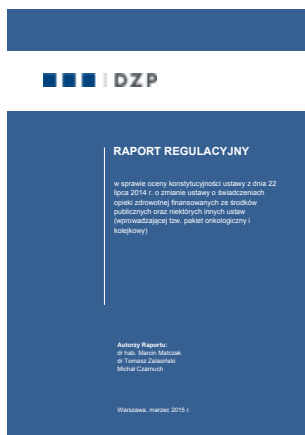


**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Raport regulacyjny

Dyskryminacja pacjentów nieonkologicznych, ograniczanie chorym równego dostępu do opieki zdrowotnej, różnicowanie uprawnień lekarzy do diagnostyki i leczenia onkologicznego – to wnioski z raportu regulacyjnego opublikowanego w kwietniu br. przez Naczelną Izbę Lekarską (dostępny na www.nil.org.pl). Raport sporządziła Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka na prośbę Naczelnej Rady Lekarskiej i stanowi on niezależną analizę prawną nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy w zakresie jej zgodności z Konstytucją RP. „Nasza analiza wykazała, że prace legislacyjne nad pakietem były prowadzone w trudnym do uzasadnienia pośpiechu i bez należytej staranności, co poskutkowało spadkiem jakości i przejrzystości stworzonego prawa. W przypadku lekarzy można także mówić o nadmiernej ingerencji w swobodę wykonywania zawodu” – podkreśla jeden z autorów raportu regulacyjnego, dr Tomasz Zalaśński. Raport został przekazany m.in. Premierowi RP, Ministrowi Zdrowia, Rzecznikowi Praw Obywatelskich. Została również zorganizowana specjalna konferencja prasowa z udziałem prawników.



Niekonstytucyjność pakietu?

10 kwietnia 2015 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła jednogłośnie decyzję w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją niektórych przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny w zakresie dotyczącym wykonywania zawodu lekarza. Również jednogłośnie Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o skierowaniu do Rzecznika Praw Obywatelskich wniosku z prośbą o wystąpienie do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją niektórych przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny dotyczących sytuacji pacjentów oraz trybu legislacyjnego, w jakim uchwalono przepisy.

Specjalizacje pediatryczne

W związku z rozporządzeniem dotyczącym specjalizacji pediatrycznych w dziedzinach chorób płuc dzieci, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej oraz nefrologii dziecięcej, Prezes

NRL zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie prac legislacyjnych nad zmianą przepisów dotyczących specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, aby umożliwić automatyczne uzyskanie specjalizacji lekarzom pediatrom będącym jednocześnie specjalistami w dziedzinie chorób płuc, endokrynologii, diabetologii, gastroenterologii lub nefrologii. W imieniu ministra odpowiedziała Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ Jolanta Orłowska-Heitzman, która wskazała, że zgłoszona przez Prezesa NRL propozycja „automatycznego” uznawania dorobku lekarzom posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz odpowiedniej nowej dziedzinie medycyny, a także zwolnienie z obowiązku zdania z wynikiem pozytywnym PES, nie daje gwarancji, że lekarze, którzy w ten sposób uzyskaliby tytuł specjalisty, będą reprezentować odpowiednio wysoki poziom wiedzy i umiejętności. „Samo posiadanie określonych specjalizacji, niejednokrotnie uzyskanych wiele lat temu, bez jednoczesnego sprawdzenia, jakim dorobkiem zawodowym i naukowym dysponuje dany lekarz, a także bez dokonania weryfikacji ww. wiedzy i umiejętności podczas PES, nie może stanowić podstawy do nadania lekarzowi kolejnego tytułu specjalisty” – zaznaczyła dyrektor Departamentu.

Dodatkowe kwalifikacje w AOS

Naczelna Rada Lekarska zawnioskowała o dokonanie zmiany zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie żądania od lekarzy dodatkowych kwalifikacji potwierdzonych ściśle określonymi certyfikatami w poszczególnych zakresach realizowanych przez nich świadczeń. Zdaniem NRL jest to bezpodstawne kwestionowanie umiejętności lekarzy nabyte we wcześniejszych latach w ramach obowiązującego wówczas systemu kształcenia podyplomowego (lekarze ci nabyli te umiejętności w trakcie kształcenia specjalizacyjnego). NRL domaga się takiej zmiany przepisów, która dopuści do realizacji świadczeń ambulatoryjnych wszystkich lekarzy posiadających określone uprawnienia, również te uzyskiwane podczas szkolenia specjalizacyjnego, co powinno istotnie zwiększyć dostępność pacjentów do określonych usług medycznych oraz skrócić czas oczekiwania na te procedury.

Apel w sprawie SOR

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Ministra Zdrowia o przywrócenie szpitalnym oddziałom ratunkowym ich właściwej, wskazanej w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, roli w systemie ratownictwa medycznego. NRL podkreśliła, że zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego prowadzi do rozmycia różnicy pomiędzy zadaniami szpitalnych oddziałów ratunkowych, które jako element systemu ratownictwa

medycznego powinny skupiać się na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a zadaniami podstawowej opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zdaniem NRL istniejąca regulacja wypacza zadania szpitalnego oddziału ratunkowego i narusza jego pozycję w systemie ratownictwa medycznego.

Konkurs na maskotkę FDI Poznań 2016

Na stronie internetowej Dorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego (<http://www.fdi2016poznan.org/>) ogłoszono konkurs na maskotkę FDI Poznań 2016. Każdy może stworzyć projekt, który będzie symbolem przyszłorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego FDI. Na zwycięzcę czeka bezpłatny udział w wykładach Dorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego FDI Poznań 2016. Termin nadsyłania prac mija 10 czerwca 2015 r. Projekty maskotki można składać osobiście (Exactus Sp.j., al. Kościuszki 17 1p, 90-418 Łódź, w dni robocze w godz. 10-16), przesłać za pośrednictwem poczty lub mailem na adres maskotka@exactus.pl (pliki w formacie JPG, nie większe niż 5MB). Kryteria wyboru, którymi będzie kierować się komisja przy wyborze zwycięskiego projektu to: oryginalność

i pomysłowość; odwołanie do FDI Poznań 2016; forma promocji Polski jako kraju, w którym organizowany jest FDI Poznań 2016; możliwość adaptacji na materiałach promocyjnych tj. brelok, naklejka, buton itd.

Dołącz do Kampanii WHO!

5 Maja 2015 r. odbywa się kampania „Ratuj życie. Dezynfekuj ręce.” w ramach obchodów dziesięciolecia projektu WHO „Higiena rąk to bezpieczna opieka 2005-2015”. Zachęcamy do włączenia się do działań i zaznaczenia poparcia dla tej inicjatywy między innymi poprzez umieszczenie w sieci zdjęć z napisem „Save Lives. Clean Your Hands.” oraz przesyłania ich na adres: clairekilpatrick.ck@googlemail.com z kopią do who-pol@euro.who.int. Szczegóły na stronie: http://www.who.int/gpsc/5may/EN_PSP_GPSC1_5May_2015/en/.





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Zanim staniemy się domem starców

Razi mnie, kiedy w odniesieniu do najważniejszego zjawiska demograficznego w bogatszej części świata używa się słów „bomba”, „katastrofa” tudzież „tsunami”. Zbudowane przy ich udziale opisy starzenia się sytych społeczeństw przykuwają uwagę, ale zupełnie nie trafiają w sedno.

Chodzi wszakże o wieloletni proces, a nie błysk chwili. A skoro tak, to i strategia obrony przed skutkami postępującej senilizacji musi być długofalowa i rozpisana na wiele różnych działań. Przygotowanie sektora ochrony zdrowia na nadejście czasów schorowanych starszuchów powinno być jednym z priorytetów. I tak jest w krajach, którym zazdrościmy bogactwa, choć tak naprawdę w nie mniejszym stopniu powinniśmy zazdrościć mądrości. W Wielkiej Brytanii, która jest światowym prekursorem zorganizowanej opieki nad osobami starszymi, działa tzw. służba geriatryczna, a w jej ramach dzienne szpitale geriatryczne, których najważniejszym zadaniem jest szeroko pojęta rehabilitacja, ukierunkowana na przywrócenie pacjentom zdolności funkcjonowania w środowisku domowym. W Szwecji, w ramach przeciwdziałania niekończącym się hospitalizacjom, opieka medyczna nad osobami starszymi świadczona jest przede wszystkim w ich własnych mieszkaniach i obejmuje pomoc pielęgniarską, lekarską i rehabilitacyjną. Niemcy, którzy w odniesieniu do liczby mieszkańców mają niemal dwa razy więcej lekarzy niż my, deklarują, że byliby gotowi na pniu przyjąć 20 tys. kolejnych, głównie z uwagi na rosnące potrzeby starszych chorych we wschodnich landach. Mimo znacznie lepszej od naszej bazy opiekuńczo-leczniczej nasi zachodni sąsiedzi szukają dla swoich seniorów sanatoriów i domów opieki za granicą. Polskie pielęgniarki chętnie wyjeżdżają za Odrę do pracy w domach opieki, bo zarabiają parokrotnie więcej niż u siebie, choć najczęściej zatrudniane są jako opiekunki.

Bodaj jedynym naszym ministrem zdrowia, który znał wagę problemu starzenia się społeczeństwa, był profesor Religa. W 2006 r. zapowiedział on wprowadzenie powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Powstał specjalny zespół, prace ruszyły z kopyta, opracowano projekt ustawy i... zmienił się rząd. Pomysł przepadł, bo zarówno Ewa Kopacz, jak i jej następca Bartosz Arłukowicz upodobali sobie postępowanie dokonań słynnego poprzednika. I to się nie zmieniło. Wprawdzie raz na jakiś czas minister lub któryś z jego sześciu zastępców wspominają o potrze-

bie zwiększenia dostępności do świadczeń opieki długoterminowej, ale czynią to w identyczny sposób jak w przypadku pakietu onkologicznego, tj. językiem, którego wyróżnikiem jest chaos, a pojęcie „dodatkowe źródło finansowania” nie istnieje w najobszerniejszym słowniku. Jeśli wsłuchać się w płynące z Miodowej sygnały, można odnieść wrażenie, że problemem numer jeden opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym jest niedobór geriatrów. Zupełnie tak, jakby nagły wysyp tych specjalistów miał spowodować jakąś skokową poprawę, przenosząc nas do krain tych bogatszych i mądrzejszych. Owszem, pod względem liczby geriatrów na sto tysięcy mieszkańców zdecydowanie ustępujemy nie tylko państwu zachodnim, ale i obydwu sąsiadom z południa. Nie jest to moim zdaniem wystarczający powód, by brać udział w wyścigu o poprawę wskaźników. Mamy bowiem specjalistów bardzo dobrze zorientowanych w leczeniu chorych w wieku podeszłym. Mam na myśli internistów. Oddziały chorób wewnętrznych zostały w naturalny sposób zdominowane przez leciwych chorych. Kiedy ponad dwadzieścia lat temu zaczynałem pracę, pacjenci powyżej 85. roku życia, czyli z kategorii „old-old”, trafiali się dość rzadko. Dziś nikogo nie dziwią dziewięćdziesięciolatek, a chorzy dobiegający setki także nie są ewenementem. Nie tylko z własnego doświadczenia wiem, że specjaliści chorób wewnętrznych dobrze sobie z tymi pacjentami radzą i o ile na internach potrzebni są lekarze ze specjalizacjami szczegółowymi, geriatrów dotyczy to w najmniejszym stopniu.

Tym, co powinno niepokoić sterników systemu w kontekście opieki geriatrycznej, jest likwidowanie oddziałów internistycznych, tudzież zmniejszanie ich bazy łóżkowej. Ze względu na słabą wycenę procedur nieinwazyjnych interny to dla szpitalnych menadżerów kule u nogi. Z tego samego powodu nie powstają oddziały geriatryczne oraz dla przewlekłych chorych. Brak pieniędzy to również przyczyna zbyt małej liczby miejsc w domach opieki oraz słabej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Ta wylizanka byłaby krótsza, gdyby nie zmarnowano minionych ośmiu lat – wdrażając propozycję profesora Religi, uzupełniając ją o przystające do naszych potrzeb i możliwości rozwiązania. ■

Jeśli wsłuchać się w płynące z Miodowej sygnały, można odnieść wrażenie, że problemem numer jeden opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym jest niedobór geriatrów. Zupełnie tak, jakby nagły wysyp tych specjalistów miał spowodować jakąś skokową poprawę, przenosząc nas do krain tych bogatszych i mądrzejszych.

Leczmy ból

Polska jest krajem z jednym z najwyższych odsetków dorosłej populacji z bólem przewlekłym w Europie, gdyż ból przewlekły dotyczy około 27% populacji dorosłych, podczas gdy średnia europejska to około 19%. Świadomość potrzeby leczenia bólu przewlekłego jako choroby samej w sobie powoli, ale systematycznie rośnie, zarówno wśród chorych, lekarzy, jak i decydentów w systemie ochrony zdrowia. W związku z międzynarodowymi kampaniami edukacyjnymi i społecznymi w Parlamencie Europejskim (Societal Impact of Pain), a także polskimi zobowiązaniami wobec unijnych wymagań, temat prawidłowego i bezpiecznego leczenia bólu przewlekłego jest często poruszany na łamach prasy fachowej i publicznej.

Niezależnie od etiologii, ból przewlekły uznawany jest za chorobę samą w sobie ze względu na objawy towarzyszące: zaburzenia snu i apetytu, drażliwość, depresyjne nastroje, upośledzenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego, problem uzależnienia od leków lub ich nieprawidłowego stosowania. W ostatnich latach dokonał się znaczny postęp w metodach leczenia bólu przewlekłego, podkreśla się znaczenie modelu biopsychospołecznego bólu przewlekłego, a także konieczność poznania patomechanizmów powstawania zespołów bólowych oraz konieczność multimodalnego postępowania terapeutycznego.

Postępowanie multimodalne zalecane przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Bólu obejmuje swym zakresem nie tylko aspekt funkcjonowania fizycznego, lecz także funkcjonowania psychicznego i społecznego, poprawę jakości życia pacjentów, ale ma także umożliwić powrót do pracy zawodowej, a dane z literatury wskazują na lepszą skuteczność takiego postępowania w porównaniu do pojedynczej metody leczniczej. Metody leczenia obejmują farmakoterapię, programy rehabilitacyjne, psychoterapię, techniki medycyny komplementarnej i alternatywnej, a u wybranych pacjentów także zastosowanie technik interwencyjnych.

Jednym z elementów leczenia wielokierunkowego jest farmakoterapia z zastosowaniem analgetyków o różnych mechanizmach działania, a skojarzona farmakoterapia może dawać lepszą kontrolę bólu ze względu na efekt addytywny lub nawet synergistyczny stosowanych leków.

Według danych epidemiologicznych pochodzących z badania przeprowadzonego w Europie (2002 r.) przez firmę Mundipharma najchętniej stosowanymi analgetykami w Polsce są preparaty z grupy analgetyków nieopiodowych - paracetamol, NLPZ, metamizol, także jako leki OTC. Równie chętnie stosowane są słabe leki opiodowe. Silne opioidy są stosowane jedynie przez około 4% osób z silnym bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego, co powoduje iż w Polsce zużycie morfiny w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest bardzo niskie w porównaniu z innymi krajami UE. Pomimo dostępności silnych opiodów nie są one stosowane w sposób wystarczający. Przyczyny takiego stanu są zróżnicowane. Klinicyści nie zawsze uznają, że uśmierzanie bólu jest również podstawową zasadą medycyny i prawem pacjenta. Niedostateczna jest wiedza dotycząca klinicznej oceny i leczenia bólu. Występuje również lęk przed uzależnieniem i objawami niepożądanymi zarówno ze strony pacjentów, ich rodzin, ale także pracowników ochrony zdrowia. Barierą, która najbardziej ogranicza stosowanie opiodów u pacjentów z bólem przewlekłym, jest niedostateczna wiedza wśród personelu medycznego, przede wszystkim lekarzy. Dlatego też należy prowadzić edukację służącą przypomnieniu i uporządkowaniu wiedzy na ten temat wśród lekarzy różnych specjalności medycznych.

Opioidy są najbardziej skutecznymi analgetykami powodującymi zależne od dawki zmniejszenie bólu ostrego i przewlekłego o umiarkowanym i dużym nasileniu nie tylko u chorych na nowotwór, ale także w bólach pochodzenia nienowotworowego. Obecnie w wielu krajach opioidy są drugą w kolejności grupą leków (po NLPZ) przepisywanych chorym z bólem przewlekłym.

Do analgetyków opiodowych zalicza się leki o różnej budowie chemicznej, farmakokinetyce, farmakodynamice i mogą być w zależności od tego stosowane doustnie, parenteralnie, przezskórnym, przezskórnym i okołordzeniowo.

Przeciwbólowe działanie wyciągu z makowca znane było od czasów prehistorycznych (Egipcjanie, Sumerowie). Persowie podawali wyciąg z maku (papaver somniferum) już 3000 lat p.n.e.

W 1806 r. F. Serturmer wyekstrahował morfinę z opium, która była pierwszym, wyizolowanym z rośliny alkaloidem. W 1873 r. C. Pert i S.H. Snyder odkryli w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) białka receptorów opiodowych. W 1975 r. zidentyfikowano ich pierwsze endogenne ligandy - małe peptydy, enkefaliny. Następne lata przyniosły odkrycia kolejnych endogennych agonistów (dynorfin, endorfin, endomorfina). Parenteralnie podawana morfina, po wynalezieniu strzykawki, była stosowana szeroko już w czasie wojny secesyjnej w USA i przez ponad 150 lat podawanie lecznicze morfiny i innych odkrywanych i syntetyzowanych leków opiodowych zmieniało się diametralnie: od nadmiernego użycia do obłożonego bardzo ostrymi restrykcjami i zakazami, powodującymi niepotrzebne cierpienia pacjentów z powodu nieuśmierzonego, bardzo silnego bólu. Pomimo istniejących nadal w wielu krajach, nadmiernych - prawnych, administracyjnych, czy uwarunkowanych kulturowo - ograniczeń, opioidy - w całej historii medycyny - są najdawniej stosowanymi lekami.

Silne opioidy budzą obawy ze strony samych pacjentów. Według danych epidemiologicznych uzyskanych w portalu TacyJa.pl tylko 1/5 ankietowanych pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego nie ma żadnej ceny do stosowania silnych opiodów, natomiast 38% ankietowanych obawia się uzależnienia, a 1/3 objawów niepożądanych. Należy rozróżnić dwa pojęcia - uzależnienie fizyczne, czyli fizjologiczny proces i pojawienie się objawów abstynencji związanych z odstawieniem leku (dotyczy także np. beznodwuazepiny, leków przeciwdepresyjnych) oraz uzależnienie psychiczne, które dotyczy zmian w zachowaniu pacjenta i oznacza przymusowe poszukiwanie i chęć otrzymania opiodu za wszelką cenę dla zaspokojenia jedynie potrzeb psychicznych, a nie w celu uśmierzania bólu. Przy prawidłowo prowadzonej terapii silnym opiodem ryzyko pojawienia się objawów odstawiennych jest niewielkie, natomiast ryzyko uzależnienia psychicznego jest oceniane na około 3-5%.

We współczesnej medycynie bólu jest grupa pacjentów, która może odnieść korzyść ze stosowania silnych opiodów. Bez wątplenia są to pacjenci z bólem w przebiegu choroby nowotworowej, ale również farmakoterapię z zastosowaniem silnych opiodów należy rozważać u osób niechorujących na nowotwór. Przeglądy systematyczne badań klinicznych dotyczących stosowania silnych opiodów w schorzeniach nienowotworowych pokazały, że leki te były bardziej skuteczne od placebo, zarówno w uśmierzaniu bólu, jak i poprawy funkcjonowania u pacjentów z bólem nocycyptywnym, jak i neuropatycznym.

Decyzja o zastosowaniu silnych opiodów w leczeniu bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego jest zawsze podejmowana indywidualnie, po wnikliwej analizie bilansu zysków pod postacią zmniejszenia nasilenia dolegliwości bólowych, poprawy codziennej aktywności chorego oraz jakości życia, do strat czyli potencjalnych działań niepożądanych, rozwoju tolerancji lub uzależnienia. Pamiętać należy, że w takiej sytuacji włączenie silnego opiodu powinno być częścią programu rehabilitacyjnego, ogólnousprawniającego, który uwzględni biopsychospołeczny model bólu przewlekłego.

Obecnie opracowywane są krajowe zalecenia - wytyczne ekspertów z Polskiego Towarzystwa Badań Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, dotyczące stosowania silnych opiodów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego i będą one z pewnością przydatne dla całego środowiska lekarskiego.

Prof. Jan
Dobrogowski,
prezes
Polskiego
Towarzystwa
Badania Bólu.
Autor wielu
podręczników
z zakresu
medycyny bólu.

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Pakiet onkologiczny: potrzebne pilne zmiany

**Lidia
Sulikowska**

**Mariusz
Tomczak**

Od czasu wprowadzenia rozwiązań zawartych w pakiecie onkologicznym i kolejkowym minęły cztery miesiące. Ministerstwo Zdrowia chwali się liczbą wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego. Środowisko lekarskie wskazuje wiele błędów i apeluje o szybką ich naprawę.

W ramach pakietu onkologicznego wydano ok. 94 tys. kart DiLO, najwięcej w województwie mazowieckim, najmniej w podlaskim. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców najwięcej osób otrzymało ją w woj. świętokrzyskim – mówił 15 kwietnia minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, kiedy w świetle jupiterów podsumował pierwszych 11 tygodni obowiązywania nowych przepisów. W funkcjonowanie pakietu włączyło się 6,2 tys. placówek POZ, 2,3 tys. przychodni AOS oraz 487 szpitali (w tym wszystkie centra onkologii). Z pakietu wycofało się w całości lub w części 8 proc. przychodni specjalistycznych. – Te, które zrezygnowały, albo wcześniej nie zajmowały się pacjentami onkologicznymi, albo robiły to w stopniu minimalnym – dodał minister. Obecnie pakiet realizuje 96 proc. szpitali, które do niego przystąpiły.

Zdaniem ministra Arłukowicza dzięki pakietowi skrócono czas diagnostyki i dostępu do leczenia, a po analizie pierwszych 11 tygodni jego funkcjonowania okazało się, że (według danych na 21 marca) wykonano prawie 6,1 tys. diagnostyk wstępnych (97,5 proc. w terminie) i 11,1 tys. diagnostyk pogłębionych (87 proc. w terminie) oraz odbyło się ok. 18,9 tys. konsyliów (99,5 proc. w terminie). 42 proc. wszystkich pacjentów skierowanych na szybką ścieżkę diagnozy i leczenia stanowili ci, u których podejrzewano lub rozpoznano pięć najczęstszych nowotworów występujących w naszym kraju (m.in. raka płuca, piersi i gruczołu krokowego).

Środowiska lekarskie alarmują o kłopotach wynikających z funkcjonowania pakietu. Słychać coraz liczniejsze głosy, że jeśli resort zdrowia szybko nie zmierzy się z nabrzmiałymi problemami, to szczytna idea szybkiej pomocy chorym onkologicznie może się rozpaść, a na dodatek pograży jednostki ochrony zdrowia w długach. Na dodatek pojawiły się wątpliwości, czy pakiet jest zgodny z konstytucją – 16 kwietnia w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej jej prezes Maciej Hamankiewicz złożył

w tej sprawie wniosek do Trybunału Konstytucyjnego. Szef resortu zdrowia podkreśla, że ma analizy wskazujące na to, że pakiet jest zgodny nie tylko z ustawą zasadniczą, ale przede wszystkim ze... zdrowym rozsądkiem.

Pewne jest za to co innego: rząd nie planuje podniesienia składki zdrowotnej, a w ochronie zdrowia należy nie tylko wyznaczać priorytety, ale i kontrolować wydawane środki – dobitnie podkreśliła premier Ewa Kopacz w tym samym dniu, gdy z ministrem Arłukowiczem omawiała dotychczasowe efekty wdrażania pakietu onkologicznego. To właśnie po tej rozmowie minister zapowiedział objęcie pakietem kolejnych rodzajów nowotworów, uelastycznienie sposobu działania konsyliów, zwiększenie finansowania ryczałtów w AOS o 20 proc. w przypadku diagnozowania pacjentów w ciągu siedmiu tygodni oraz stworzenie zupełnie nowych pakietów diagnostycznych. Do udziału w pakiecie onkologicznym, w drodze konkursów uzupełniających, mają być dopuszczeni kolejni świadczeniodawcy, poszerzona zostanie lista świadczeń szpitalnych rozliczanych bez limitu (m.in. o radioterapię paliatywną) oraz usprawniony będzie system informatyczny stworzony z myślą o wystawianiu kart DiLO.

Część tych zmian, które można wprowadzić zarządzeniem prezesa NFZ, powinna wejść w życie w ciągu kilku tygodni. – To jest potwierdzenie zgłaszanych od dawna nieprawidłowości, co dobitnie pokazuje, że pakiet powinien zostać poprzedzony pilotażem. Tak się jednak nie stało, dlatego od 1 stycznia mamy do czynienia z eksperymentem prawnym na dużej części społeczeństwa. Pakiet zdeorganizował system ochrony zdrowia w Polsce. Zwycięzcą tych rozwiązań jest NFZ, bo tam powstają oszczędności – komentuje prezes NRL. Tymczasem minister zdrowia pozytywnie ocenia działający od kilkunastu tygodni system, a kolejną analizę działania pakietu przewiduje po pierwszym półroczu.

Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy ministra zdrowia

Zarówno pakiet onkologiczny, jak i kolejkowy są zgodne z konstytucją. Były one przygotowywane we współpracy z prawnikami z Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia powołano zespół roboczy ds. funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, w tym pakietu onkologicznego. Zajmuje się on przede wszystkim analizowaniem pierwszych sześciu miesięcy działania pakietu onkologicznego, wartościami indywidualnymi wskaźników rozpoznawania nowotworów oraz zasadnościami zmian ustawowych w zakresie wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz środowisk medycznych.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wydają kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej. Z kolei lekarze specjaliści, dzięki szerszym możliwościom diagnostycznym oraz bardziej wyspecjalizowanej wiedzy w zakresie umieszczenia danego nowotworu, wydają kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w momencie rozpoznania (stwierdzenia) nowotworu. To, że lekarze POZ wydają kartę przy podejrzeniu choroby nowotworowej, nie jest ograniczeniem dla lekarzy specjalistów w zakresie diagnostyki onkologicznej oraz wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.



**Prof. Jacek Fijuth,
przewodniczący
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego**

Z perspektywy trzech miesięcy funkcjonowanie pakietu onkologicznego oceniam

źle. W założeniu pozytywne rozwiązania zawarte w pakiecie, takie jak: konsylia wielospecjalistyczne, koordynacja opieki, odchodzenie od szpitalnego na rzecz ambulatoryjnego modelu leczenia czy zwiększenie udziału lekarzy rodzinnych w opiece onkologicznej, uległy wypaczeniu i, jak dotychczas, nie wpłynęły na jakość diagnostyki i leczenia onkologicznego w naszym kraju. Najlepiej oceniam wprowadzenie konsyliów wielospecjalistycznych, gdyż onkologia to leczenie skojarzone i potrzebne jest ustalenie na wstępie planu kolejnych etapów terapii przez zespół. Jednak konsylia nie muszą obejmować wszystkich przypadków, a np. udział radioterapeuty w konsyliach hematologicznych jest całkowicie zbędny. Ponadto skompletowanie wymaganych czterech specjalistów przekracza możliwości organizacyjne wielu szpitali, w tym uniwersyteckich.

Zasadniczy cel pakietu, czyli skrócenie czasu od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia, też w wielu przypadkach nie został osią-

gnięty. Ostatni raport Fundacji Watch Health Care wskazuje na wydłużenie się czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w onkologii w porównaniu z drugą połową ub.r. Ponad dwukrotnemu wydłużeniu uległ czas oczekiwania na celowaną, cienkoigłową biopsję aspiracyjną. Skrócił się czas oczekiwania na wizytę u onkologa i wybrane procedury chirurgiczne i radioterapeutyczne. Wydłużają się jednak terminy badań diagnostycznych dla chorych po zakończonym leczeniu. Rozwiązania pakietowe całkowicie nie sprawdzają się w onkologii pediatrycznej.

Pakiet nie zawiera także narzędzi regulujących jakość diagnostyki i leczenia. Praktycznie jedynym kryterium zakwalifikowania (walidacji) karty DiLO do trybu nielimitowanej płatności jest narzucony czas przeprowadzenia poszczególnych etapów diagnostyki. Na koniec karta DiLO, która w obecnej formie jest całkowitą porażką. Zamiast służyć choremu, stała się narzędziem sprawozdawczym w systemie informatycznym NFZ. Poruszanie się w niewspółpracujących systemach informatycznych szpitali, NFZ, Krajowego Rejestru Nowotworów i nowego systemu raportowania kolejek (KOLCE), jest skomplikowane i czasochłonne. Lekarz zaabsorbowany zmaganiem się z tymi systemami informatycznymi ma coraz mniej czasu dla chorego. A chyba nie o to chodziło w tej rewolucji polskiego systemu opieki onkologicznej?



**Prof. Alicja
Chybicka, zastępca
przewodniczącego
senackiej Komisji
Zdrowia, kierownik
Katedry i Kliniki
Transplantacji Szpiku,
Onkologii i Hematologii**

Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W przypadku onkologii dziecięcej pakiet onkologiczny nie ma aż tak dużego znaczenia, bo tu od dawna są określone schematy postępowania i dzieci szybko otrzymują leczenie, znacznie szybciej niż przewiduje to szybka ścieżka onkologiczna. Oczywiście karta DiLO pomaga, bo przyspiesza pracę na pierwszej linii, czyli przy początkowym rozpoznaniu. Warto ją zakładać także już na oddziałach, bo wówczas szpital wchodzi w realizację świadczeń nielimitowanych.

Jeśli chodzi o dorosłych pacjentów onkologicznych, to uważam, że pakiet bardzo im pomógł. Przed wprowadzeniem tych rozwiązań pacjent leczył się w rozproszonym systemie: gdzie indziej był diagnozowany, gdzie indziej się leczył, nikt nie koordynował jego procesu terapeutycznego, były różne schematy postępowania. Pakiet onkologiczny to wszystko porządkuje i dyscyplinuje poszczególne ośrodki do diagnozowania i leczenia w odpowiednim czasie. Oczywiście nie wszystko działa poprawnie, szczególnie w kwestii sprawozdawczości. ▶

Zasadniczy cel pakietu, czyli skrócenie czasu od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia, też w wielu przypadkach nie został osiągnięty. Ostatni raport Fundacji Watch Health Care wskazuje na wydłużenie się czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w onkologii w porównaniu z drugą połową ub.r.

W klinice, którą kieruję, system nie przyjął kart rejestrowanych w styczniu, więc musieliśmy świadczenia onkologiczne rozliczać po starym, w ramach limitów. Zmiany są potrzebne, ale jak ktoś chce, to i tak sobie poradzi, bo pacjent jest najważniejszy.



**Prof. Dariusz Wołowiec,
konsultant krajowy
w zakresie hematologii**

Mówiąc o funkcjonowaniu szybkiej ścieżki onkologicznej w hematologii należy przede wszystkim zauważyć specyfikę hematoonkologii,

w stosunku do onkologii guzów litych. Jest to przede wszystkim ogromna kosztowność procedur diagnostycznych, wymagających w większości przypadków stosowania drogich technik cytofluorometrii, cytogenetyki i biologii molekularnej. Po drugie, diagnostyka i wstępne ustalanie planu leczenia chorób onkohematologicznych najczęściej nie wymaga angażowania specjalistów innych dyscyplin. Dlatego też nie ma żadnego uzasadnienia udział w obowiązkowych konsyliach radioterapeutów czy specjalistów diagnostyki obrazowej, którzy nic nie wniosą do ustalenia leczenia np. ostrych lub przewlekłych białaczek. Po trzecie, hematologia to nie tylko choroby rozrostowe, ale też nienowotworowe patologie krwinek czerwonych, skazy krwotoczne płytkowo-naczyniowe i osoczone, aplazja szpiku itp., co narzuca konieczność uwzględnienia w kontrakcie z NFZ odpowiednich środków na świadczenia dla dużej grupy pacjentów nieonkologicznych.

Doświadczenia z pierwszych miesięcy funkcjonowania pakietu onkologicznego są źródłem dużego niepokoju, wyrażanego przez przedstawicieli wielu ośrodków hematologicznych. Zwracają oni uwagę przede wszystkim na duże niedoszacowanie kosztów diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Przykładowo, koszt wykonania badania PET-CT, rekomendowanego przez międzynarodowe gremia do ustalenia stadium zaawansowania klinicznego chłoniaka Hodgkina i niektórych chłoniaków nieziarniczych agresywnych, kilkakrotnie przekracza kwotę przeznaczoną na diagnostykę tej grupy chorób. Otrzymuję też sygnały, że część kontraktu z NFZ przeznaczona dla pacjentów spoza ścieżki onkologicznej jest zbyt mała, aby zapewnić im wszystkie niezbędne świadczenia. Wiele placówek hematologicznych może więc stanąć wobec widma szybkiego wyczerpania się „nieonkologicznej” części kontraktu, a na zapłatę za nadwykonania dotyczące tej grupy świadczeń liczyć raczej nie można. Dotkliwą luką w konstrukcji pakietu jest brak w karcie DiLO wielu kodów ICD-10, co uniemożliwia wprowadzenie do tej ścieżki np. chorych na zespoły mielodysplastyczne lub niektóre przewlekłe nowotwory mielo-

proliferacyjne. Wszystkie te problemy sygnalizuję Ministerstwu Zdrowia i innym podmiotom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną. Nie będę już wspominał o dużych uciążliwościach administracyjno-biurokratycznych dla personelu lekarskiego i administracyjnego, tracących czas na przedzieranie się przez mało przyjazny system informacyjny obsługujący pakiet.

Czy wprowadzenie karty onkologicznej przyniosło korzyść dla pacjentów? Niewątpliwie daje im to komfort gwarancji przyjęcia w krótkim terminie (choć już wcześniej żaden hematolog nie odważyłby się ustawić chorego z podejrzeniem ostrej białaczki na koniec kilkumiesięcznej kolejki), ale istnieje obawa, że wydłuży to czas oczekiwania pozostałych chorych na pierwszą wizytę. I wreszcie pytanie o celowość istnienia czegoś takiego jak zielona karta: uważam, że dokument grupujący wszystkie informacje o rozpoznaniu, planie leczenia i jego realizacji jest jak najbardziej potrzebny, ale musi być on skonstruowany tak, żeby pomagał personelowi w pracy, a nie stanowił dodatkowego balastu biurokratycznego.



**Prof. Krzysztof Warzocha, dyrektor
Centrum Onkologii
– Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej
w Warszawie, dyrektor
Instytutu Hematologii
i Transfuzjologii**

Pakiet onkologiczny działa już kilka miesięcy i pewne potrzeby zmian zaczynają się ugruntowywać. W założeniu miał on scentralizować i skoordynować leczenie onkologiczne tak, aby pacjent nie był zagubiony w systemie. Chory powinien trafić do pełnoprofilowego wielospecjalistycznego centrum onkologicznego, w którym będzie miał zaplanowane leczenie, a mniejsze ośrodki miały pomagać w jego realizacji. Z praktyki jednak wiemy, że tak nie jest, a ośrodkami wiodącymi zostają często te, które np. wykonują wyłącznie zabiegi chirurgiczne.

Mamy 18 kompleksowych centrów onkologicznych, które wykonują w sumie około 70 proc. wszystkich świadczeń onkologicznych. Jednocześnie otrzymują od NFZ tylko 50 proc. środków dostępnych w ramach onkologii. Dzieje się tak, bo działamy kompleksowo, udzielając wielu niedoszacowanych świadczeń, podczas gdy mniejsze jednostki koncentrują się na wykonywaniu najlepiej opłacanych procedur. Jeśli nic się w tej sprawie nie zmieni, czeka nas utrata płynności finansowej. Pakiet uderza w wielospecjalistyczne centra także pod innym względem. Odnotowujemy straty finansowe, bo spadła wycena niektórych świadczeń.

Są też olbrzymie problemy wynikające z prowadzenia sprawozdawczości kart DiLO.

Diagnostyka i wstępne ustalanie planu leczenia chorób onkohematologicznych najczęściej nie wymaga angażowania specjalistów innych dyscyplin. Dlatego też nie ma żadnego uzasadnienia udział w obowiązkowych konsyliach radioterapeutów czy specjalistów diagnostyki obrazowej, którzy nic nie wniosą do ustalenia leczenia np. ostrych lub przewlekłych białaczek.

System zaczyna się i ich nie akceptuje. Przez to świadczenia pakietowe nie są wykorzystywane, musimy je kwalifikować do świadczeń limitowanych, przez co już mamy nadwykonania. Nie jestem za resetowaniem pakietu, ale zmiany są konieczne.



Prof. Anna Nasierowska-Guttmejer, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów, kierownik Zakładu Patomorfologii CSK MSW w Warszawie

Do Zarządu Głównego Pol-

skiego Towarzystwa Patologów kierowane są uwagi lekarzy patomorfologów, że zostaliśmy pominięci w pakiecie onkologicznym. Z jednej strony oczywistą sprawą jest, iż ostateczne rozpoznanie nowotworu należy do patomorfologa, a od dokładności tego rozpoznania zależy niekiedy zastosowanie bardzo drogiej metody leczenia chorych. Z drugiej zaś strony naszą diagnozę traktuje się formalnie, klinicyści odbierają wynik na papierze lub drogą elektroniczną i nie widzą konieczności udziału patomorfologa w zespole diagnostyczno-terapeutycznym. Ośrodki onkologiczne, leczące chorych w ramach pakietu onkologicznego, organizują konsylia, w których nas pominięto. Niejednokrotnie nie ma w nich zakładów patomorfologii, a diagnostykę wykonują lekarze zatrudnieni przez firmy analityczne. Taka sytuacja powoduje, że klinicysta nie ma żadnego kontaktu z patomorfologiem. Trudno sobie wyobrazić, jak wykonywane są na odległość badania śródoperacyjne. Przeczy to podstawowej zasadzie onkologicznej, że w zespole diagnostyczno-terapeutycznym powinien być również patomorfolog.

Niestety w wycenie świadczeń gwarantowanych nie uwzględniono realnych kosztów diagnostyki patomorfologicznej. Dyrektorzy szpitali wolą więc po minimalnych stawkach podpisać umowę na badania patomorfologiczne z prywatnymi firmami. Ta sytuacja odbija się bardzo niekorzystnie na finansowaniu pracy lekarzy patomorfologów, techników i diagnostów laboratoryjnych. Nasze oczekiwania związane z pakietem onkologicznym dotyczą rzetelnej wyceny badań patomorfologicznych zawartych w świadczeniach klinicznych, która skutkowałaby realną płacą dla patomorfologów i techników oraz współpracy patomorfologa z zespołem diagnostyczno-leczniczym realizującym świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. Tylko w niektórych szpitalach patomorfolog jest członkiem zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, co przyczynia się do poprawy wyników leczenia. Taka sytuacja ma miejsce w moim miejscu pracy.

Ośrodki onkologiczne, leczące chorych w ramach pakietu onkologicznego, organizują konsylia, w których nas pominięto. Niejednokrotnie nie ma w nich zakładów patomorfologii, a diagnostykę wykonują lekarze zatrudnieni przez firmy analityczne.

Idea dotycząca pakietu była słuszną, ale biurokracja ją zabija. Pakiet musi zostać zmodyfikowany. Specjaliści powinni mieć możliwość wystawienia karty przy podejrzeniu raka, trzeba też uzupełnić listę nowotworów objętych szybką ścieżką.



**Dr Dariusz Godlewski,
dyrektor Ośrodka
Profilaktyki
i Epidemiologii
Nowotworów**

Mogę powiedzieć sarkastycznie, że beneficjentem czasowym pakietu onkolo-

gicznego jest minister, bo miał chwilowy sukces medialny, i NFZ, bo pozostają mu na kontach środki finansowe, które ma na zabezpieczenie usług, nie musząc ich wydatkować. Stworzył bowiem system rozliczeń, który przesunął płatności w czasie lub obwarował je niemożliwymi do spełnienia warunkami.

Przed wszystkim nie zrealizowano najważniejszego celu pakietu: czas oczekiwania na diagnostykę nie skrócił się, a do tego czas oczekiwania na leczenie nadal jest długi. Ograniczyła się dostępność do diagnostyki i leczenia dla pacjentów z przebytą chorobą onkologiczną. Leczeniem nowotworów zaczęły zajmować się placówki nieposiadające doświadczenia w tym zakresie. Leczeniem chorób nowotworowych może teraz zająć się każdy, ale nie wszyscy są do tego przygotowani. Gros placówek popadło w kłopoty finansowe, ponieważ procedura uzyskania środków jest niezwykle skomplikowana, a płatności są odroczone w czasie. One w pewnym sensie kredytują leczenie chorych. I to wszystko prowadzi do tego, że wiele placówek ma olbrzymie problemy finansowe.

Doszło też do sytuacji, która odwróciła pewien trend, w której pacjent powinien być przyjmowany do szpitala właściwie z pełną diagnostyką, żeby szpital mógł zająć się leczeniem. Teraz w większości przypadków to na szpital spada konieczność wprowadzenia pełnej diagnostyki i dopiero w dalszej kolejności rozpoczęcie leczenia. To powoduje komplikacje dla nowo przyjmowanych pacjentów. Szpitale, które już pracowały na „pełnych obrotach”, w tej chwili dodatkowo są obciążone. Dobicie pokazują to proporcje, jeśli chodzi o miejsce wystawienia zielonej karty – ponad 50 proc. wystawianych jest w szpitalach, a tak być nie powinno. Diagnostyka prowadzona z łóżka szpitalnego jest dużo droższa niż ta prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Widocznie mamy za dużo pieniędzy w systemie.



**Sabina Bigos-
-Jaworowska, dyrektor
Szpitala Powiatowego
w Oświęcimiu**

W naszym powiecie lekarze POZ wystawiają minimalną liczbę kart DiLO, więc pacjent trafia na szybką

ścieżkę onkologiczną dopiero w naszym AOS, co już jest znacznym opóźnieniem dla chorego.

Jest jednak problem z rozliczaniem świadczeń w ramach pakietu, bo przy podejrzeniu nowotworu musimy diagnozować pacjenta bez karty i dopiero po rozpoznaniu ją wystawiamy. Ponadto często trafiają do nas pacjenci w stanie ostrym od razu na operacje i oni też z zielonej karty skorzystać nie mogą, bo nie wypełniliśmy wszystkich wymogów, aby ich do tego programu zakwalifikować, np. przed leczeniem nie zebrało się konsylium.

Idea dotycząca pakietu była słuszna, ale biurokracja ją zabija. Pakiet musi zostać zmodyfikowany. Specjaliści powinni mieć możliwość wystawienia karty przy podejrzeniu raka, trzeba też uzupełnić listę nowotworów objętych szybką ścieżką. Trzeba usprawnić i uprościć rejestrację kart, bo system informatyczny jest niewydolny.



**Michał Czarnuch,
adwokat, Kancelaria
Domański Zakrzewski
Palinka**

Pakiet onkologiczny budzi liczne wątpliwości natury konstytucyjnej. Wątpliwości dotyczą zarówno treści samych przepisów, jak i procesu uchwalania ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny. Szczególne naruszenia nastąpiły przy wprowadzaniu pakietu onkologicznego. Akty wykonujące pakiet onkologiczny, jak i sama ustawa, zostały wprowadzone z naruszeniem zasad prawidłowej legislacji, szczególnie w zakresie tempa uchwalania projektu.

Jeżeli chodzi o przepisy prawne regulujące pakiet onkologiczny, należy wymienić dwie główne wątpliwości. Pierwsza dotyczy możliwości wydawania karty DiLO. Lekarz POZ ma do tego prawo od momentu podejrzenia wykrycia nowotworu, podczas gdy lekarz AOS może ją wydać dopiero od momentu stwierdzenia nowotworu. W związku z tym lekarz AOS, jeżeli podejrzewa u pacjenta nowotwór, musi skierować go do lekarza POZ tylko w celu wystawienia karty DiLO. Powoduje to dysfunkcjonalność pakietu onkologicznego, zważywszy na cel pakietu, jakim jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Taka regulacja godzi w prawo pacjentów do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kolejnym problemem jest objęcie lekarzy POZ zakazem wydawania kart DiLO w razie nieosiągnięcia wskaźnika wykrywalności. Powyższy przepis nie tylko stanowi nieuzasadnione ograniczenie autonomii zawodu lekarza, ale również znaczne utrudnienia dla pacjentów. Pacjent umówiony do lekarza, który otrzymał czasowy zakaz wystawiania kart DiLO, nie będzie mógł otrzymać takiej karty. Będzie musiał

umówić się na kolejną wizytę do innego lekarza POZ. W związku z tym lekarz zostaje postawiony w konflikcie (prawo kontra dobro pacjenta). Jeżeli zdecyduje się działać zgodnie z interesem pacjenta, i mimo zakazu wyda kartę DiLO, zostanie nałożona na niego kara umowna. Powyższa sytuacja pokazuje wyraźnie absurd pakietu onkologicznego. Powyższe przepisy wypaczają sens pakietu i jako niezgodne z konstytucją nie mogą ostać się w systemie prawnym.



**Piotr Piotrowski,
prezes Fundacji
1 Czerwca**

Po kilku pierwszych miesiącach działania pakietu onkologicznego na pierwszy plan wysuwają się istotne nieprawidłowości. Pierwsza z nich dotyczy specjalistów, którzy w świetle nowych przepisów nie mogą wydać karty DiLO, jeśli podejrzewają chorobę nowotworową. Otrzymujemy sygnały od pacjentów, którzy musieli wrócić do lekarza POZ po kartę, co de facto wydłuża ścieżkę diagnostyczną. Dodatkowo specjalista jest deprecjonowany w oczach chorego, bo nie może mu w pełni pomóc. Pacjent z kolei staje się piłeczką, która odbija się od lekarza do lekarza i gubi w systemie.

Dostrzegam też problem dotyczący narzucenia ściśle określonych terminów, w ramach których odbywa się szybka ścieżka onkologiczna. Świadczeniodawca otrzyma pełną zapłatę za zrealizowane świadczenia tylko, jeśli zapewni ich wykonanie w odpowiednim czasie, inaczej NFZ obniży finansowanie do 70 proc. Przecież dotrzymanie terminów nie zależy tylko od świadczeniodawcy, ale też od pacjenta, który przecież może nie zgłosić się na zaplanowane badanie czy wizytę. Ministerstwo Zdrowia tego problemu nie dostrzegło. Warto zwrócić uwagę, że te odgórnie narzucone terminy dotyczące realizacji szybkiej ścieżki mają się nijak do leczenia dzieci chorych na raka. Dziecięce szpitale onkologiczne nie korzystają z kart DiLO, bo nie mają czasu. Przyjmują chorych na oddział w ciągu tygodnia, a nie – jak zakłada pakiet – kilku tygodni. Szpitale rezygnują z działania w ramach pakietu, bo czas goni. Przyjmują więc ponad limit, a potem muszą walczyć o nadwykonanie. Nie tak to powinno wyglądać.

Dostrzegam też problem dotyczący narzucenia ściśle określonych terminów, w ramach których odbywa się szybka ścieżka onkologiczna. Świadczeniodawca otrzyma pełną zapłatę za zrealizowane świadczenia tylko, jeśli zapewni ich wykonanie w odpowiednim czasie, inaczej NFZ obniży finansowanie do 70 proc. Przecież dotrzymanie terminów nie zależy tylko od świadczeniodawcy, ale też od pacjenta, który przecież może nie zgłosić się na zaplanowane badanie czy wizytę. Ministerstwo Zdrowia tego problemu nie dostrzegło. Warto zwrócić uwagę, że te odgórnie narzucone terminy dotyczące realizacji szybkiej ścieżki mają się nijak do leczenia dzieci chorych na raka. Dziecięce szpitale onkologiczne nie korzystają z kart DiLO, bo nie mają czasu. Przyjmują chorych na oddział w ciągu tygodnia, a nie – jak zakłada pakiet – kilku tygodni. Szpitale rezygnują z działania w ramach pakietu, bo czas goni. Przyjmują więc ponad limit, a potem muszą walczyć o nadwykonanie. Nie tak to powinno wyglądać.

Chciałbym wspomnieć i o tym, że pakiet teoretycznie gwarantuje dostęp do drogich, wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych (np. badanie PET), ale NFZ zbyt nisko wycenił ich wykonanie, więc ta możliwość w praktyce nie będzie wykorzystywana. Pozostaje jeszcze oczywiście kwestia promowania w dostępie do świadczeń grupy pacjentów onkologicznych nad innymi, często również cierpiącymi na poważne schorzenia. ■

Gros placówek popadło w kłopoty finansowe, ponieważ procedura uzyskania środków jest niezwykle skomplikowana, a płatności są odroczone w czasie. One w pewnym sensie kredytują leczenie chorych.



**Konstanty
Radziwiłł**

Stały Komitet
Lekarzy
Europejskich

CPME
w odpowiedzi
na konsultacje
jednoznacznie
opowiedział się
za trzecią opcją.
Komitet dostrzega
niedostatki WTD,
ale obserwując
obecny układ sił
w Parlamencie
Europejskim
(raczej sprzyjający
pracodawcom),
sprzeciwia się
rozpoczęciu procesu
nowelizacji.

Czy dyrektywę dotyczącą czasu pracy należy znowelizować?

Nowa Komisja Europejska (KE)
rozpoczęła (kolejne) konsultacje
w sprawie ewentualnej nowelizacji
Dyrektywy Parlamentu Europejskiego
i Rady 2003/88/WE z dnia 4 listopada
2003 r. dotyczącej niektórych
aspektów organizacji czasu pracy
(Working Time Directive – WTD).

To delikatna sprawa: obecne brzmienie WTD nie
zadowala do końca nikogo – pracownicy uważają
jej przepisy za zbyt liberalne, pracodawcy chcie-
liby jeszcze większego „uelastycznienia” regulacji
dotyczących czasu pracy. Wśród zarzutów euro-
pejskiego środowiska lekarskiego reprezentowa-
nego przede wszystkim przez Stały Komitet Leka-
rzy Europejskich (CPME) są: (a) WTD nie obejmuje
swoim zakresem sytuacji, w których lekarz pracu-
je w kilku miejscach lub na podstawie umów nie-
etatowych; (b) WTD nie do końca jednoznacznie
uznaje czas dyżuru za czas pracy; (c) WTD pomija
czas gotowości do pracy w liczeniu czasu pracy;
(d) WTD nie dość jednoznacznie nakazuje udzie-
lenie pracownikowi odpoczynku bezpośrednio po
okresie pracy; (e) WTD ogranicza do 48 godzin
średni tygodniowy czas pracy – to oznacza, że
w niektórych tygodniach może on być znacznie
dłuższy; (f) WTD uznaje możliwość wydłużenia
czasu pracy za zgodą pracownika (tzw. klauzula
opt-out); (g) WTD dopuszcza czasowe odroczenie
ograniczeń czasu pracy w sektorze ochrony zdro-
wia, jeśli warunki to wymuszają.

KE przewiduje następujące możliwości: (1) znowe-
lizować WTD, tak aby lepiej chroniła prawa pracow-
nicze; (2) znowelizować WTD, tak aby lepiej odpo-
wiała pracodawcom; (3) nie nowelizować WTD, ale
skłonić państwa członkowskie UE, aby bardziej do-
słownie realizowały jej zasady oraz rozstrzygnięcia Eu-
ropejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawach
dotyczących czasu pracy (takie jak C-303/98 Simap,
C-151/02 Jaeger, C-14/04 Dellas).

CPME w odpowiedzi na konsultacje jednoznacznie
opowiedział się za trzecią opcją. Komitet dostrzega
niedostatki WTD, ale obserwując obecny układ sił
w Parlamencie Europejskim (raczej sprzyjający praco-
dawcom), sprzeciwia się rozpoczęciu procesu noweli-
zacji – istnieje po prostu poważna obawa, że poprzez
nowelizację Dyrektywy środowisko lekarskie może
utracić znaczną część obecnych korzystnych rozwią-
zań, które, także w Polsce, większość lekarzy ocenia
pozytywnie. ■



Brak lekarzy, coraz dłuższe kolejki

Z Krzysztofem Kwiatkowskim, prezesem Najwyższej Izby Kontroli, rozmawiają
Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Czy NIK pomaga poprawić system?

To jest nasza misja.

Pod koniec ubiegłego roku poznaliśmy wyniki raportu „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.” – nie są one optymistyczne.

To prawda. Wskazaliśmy całą grupę przyczyn, które doprowadziły do tego, że w Polsce wydłużył się okres oczekiwania na świadczenie medyczne zarówno w szpitalach, jak i w poradniach. Polski system ochrony zdrowia na tle innych krajów europejskich oceniany jest bardzo słabo. Próbowaliśmy zdiagnozować przyczynę tak złych wyników.

Okazuje się, że często mamy do czynienia z niedoszacowaniem cen świadczeń kontraktowanych przez NFZ w stosunku do rzeczywistych kosztów. Prowadzi to do mniejszego zainteresowania nisko wycenianą procedurą, co w praktyce utrudnia pacjentom dostęp do niej, np. w woj. warmińsko-mazurskim nie

mieliśmy ani jednej przychodni i ani jednego oddziału szpitalnego, który świadczyłby pomoc z zakresu geriatry, i żadnego lekarza, który realizowałaby kontrakt w tym zakresie. Niektóre świadczenia w wyliczenie NFZ są z kolei przeszacowane, co czasami skutkuje nadmiernym udzielaniem takich świadczeń, i co za tym idzie – nieefektywnym wydawaniem pieniędzy publicznych, które można by przesunąć na kontraktację bardziej potrzebnych usług. Do NIK wpłynęło wiele wniosków, które wskazywały, że takim typem przeszacowanych świadczeń może być kardiologia interwencyjna i właśnie dlatego w tym obszarze roz poczęliśmy kontrolę.

Problemem jest także nierównomierne rozmieszczenie szpitali, przychodni i sprzętu. Nawet w sąsiadujących ze sobą województwach czas oczekiwania pacjentów na świadczenia bardzo się różni – zdarza się, że przy porównywalnej liczbie pacjentów w jednym województwie trzeba czekać na świadczenie trzykrotnie dłużej niż w sąsiednim. To pokazuje złą alokację środków między poszczególne oddziały NFZ.



Spotkanie w siedzibie NIK. Od prawej: Ryszard Golański, Krzysztof Kwiatkowski, Piotr Wasilewski (dyrektor Departamentu Zdrowia) oraz Paweł Biedziak (rzecznik prasowy).

Jakie jeszcze ustalono nieprawidłowości?

NFZ nie opracował ogólnokrajowych priorytetów. W naszym odczuciu jest to niezbędne, przede wszystkim ze względu na zmiany demograficzne, jakie się dokonują i które w najbliższym czasie będą przyczyną znaczącego wzrostu kosztów leczenia. W ciągu najbliższych kilku lat skrócenie kolejek do lekarzy może być utrudnione z uwagi na wzrost kosztów leczenia osób starszych, tj. powyżej 65. roku życia. W latach 2009-2013 ich udział w kosztach świadczeń ogółem wzrósł o blisko 3 proc. Szacuje się, że w latach 2014-2018 wzrost ten może przekroczyć 5 proc.

Cały czas podkreślamy, że w kontraktowaniu preferowane powinny być te placówki, w których lepiej jest realizowany określony zakres świadczeń z punktu widzenia pacjenta. Często jednak kończy się tak, że o rankingowaniu placówek jedynie się mówi, a umowy podpisuje się ze wszystkimi. Bardzo widoczne jest to w publicznych szpitalach, np. do niektórych placówek powiatowych trafiają kontrakty na usługę, która nie jest świadczona na poziomie, na jakim powinna być realizowana z punktu widzenia interesów pacjenta. Przykładowo, deklaruje się posiadanie sprzętu czy podpisanych umów z określoną liczbą lekarzy, a tak naprawdę sprzęt kupuje się i zatrudnia lekarzy dopiero w momencie, kiedy kontrakt z NFZ zostaje podpisany.

A co ze zbyt małą liczbą specjalistów?

Brak lekarzy niektórych specjalności jest coraz bardziej widoczny. Na przestrzeni ostatnich lat ten problem się pogłębia, a niedobory są coraz poważniejsze. Dlatego w tym roku podjęliśmy decyzję o dodatkowej kontroli dotyczącej kształcenia i przygotowania kadr medycznych.

Interesuje nas rozszerzająca się praktyka kształcenia studentów medycyny na studiach płatnych oraz to, jakie są proporcje pomiędzy studentami na kierunku płatnym i bezpłatnym. Będziemy również oceniać bariery w dostępie do specjalizacji i sprawdzać, co jest ich przyczyną. Zbadamy, jakie działania są podejmowane, żeby zahamować emigrację fachowych kadr medycznych, a także to, co robią organy założycielskie szpitali, aby pozyskać do swoich placówek lekarzy określonych specjalności.

Zbadamy też problemy związane z tzw. starą jedynką – dotyczą one co najmniej kilkunastu tysięcy lekarzy, którzy nie zrobili drugiego stopnia specjalizacji i przy obecnym formułowaniu wymogów kontraktowych przez NFZ są eliminowani z rynku. To ograniczenie możliwości wykonywania przez nich zawodu. Jeszcze niczego nie oceniamy, ale chcemy wiedzieć, co powoduje taki, a nie inny sposób punktowania przy zawieraniu umów.

Co jeszcze szczególnie niepokoi NIK?

Fakt, że kolejki do lekarzy w Polsce wydłużają się i w ani jednej kategorii świadczeń zdrowotnych badanych przez NIK nie uległy skróceniu. Wydłużenia w skali roku są kilkunastoprocentowe, jak np. w poradniach neurologicznych, kardiologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej. W innych kategoriach świadczeń średni czas oczekiwania, np. na badanie w pracowni tomografii komputerowej, w ciągu roku wydłużył się o ponad 70 proc. – z 25 dni do 43 dni. W poradniach okulistycznych nastąpił wzrost o jedną czwartą – z 30 dni do 40 dni. I od razu zapowiadam, że to jest problem, który będziemy kontrolować w kolejnych latach. Taka sytuacja świadczy, że gdzieś zostały popełnione błędy w kontraktacji albo – co trzeba uczciwie mówić – jest zbyt mała ilość środków finansowych na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Ten argument często podnosi środowisko medyczne...

Rok temu przeprowadziliśmy ciekawą ankietę. Zapytaliśmy w niej dyrektorów wszystkich topowych szpitali w Polsce: gdyby nie zwiększył pan zatrudnienia medycznego ani nie kupił dodatkowego sprzętu, o ile więcej pacjentów placówka mogłaby przyjąć w stosunku do roku poprzedniego? Odpowiedź: średnio o 23 proc. Wniosek nasuwa się sam. Mamy odwagę pokazywać niedomaganie systemowe i mówić o potrzebie zmian. Często sam jestem zaskoczony, że do tej pory niektórych z nich nie przeprowadzono.

Każdy raport zawiera wnioski pokontrolne, ostatni miał ich łącznie 19. Czy decydenci i osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia korzystają z waszych odpowiedzi, a wskazywane przez kontrolę nieprawidłowości są eliminowane?

Wnioski formułowane przez NIK dotyczą zmian przepisów prawa, kwestii organizacyjnych, np. rekomendujemy o zmianę sposobu kontraktowania, oraz mogą stanowić tzw. dobre praktyki. W 2014 r. przeprowadziliśmy kontrolę realizacji programu zwalczania nowotworów w Polsce, po której przedstawiliśmy kilkanaście wniosków. W zasadzie prawie wszystkie Ministerstwo Zdrowia przyjęło, deklarując jednocześnie, że w nowym programie, który jest obecnie przygotowywany, wnioski te zostaną uwzględnione.

Na przykład do tej pory Rada Ministrów przyjmowała harmonogram w roku realizacji programu, a nie, jak nakazuje

[...] Zbadamy też problemy związane z tzw. starą jedynką – dotyczą one co najmniej kilkunastu tysięcy lekarzy, którzy nie zrobili drugiego stopnia specjalizacji i przy obecnym formułowaniu wymogów kontraktowych przez NFZ są eliminowani z rynku.

ustawa, w roku go poprzedzającym. Harmonogram akceptowano w pierwszym kwartale, postępowania konkursowe odbywały się mniej więcej w czerwcu i podpisywano umowy w trzecim kwartale, więc na realizację zadań zostawało zaledwie kilka miesięcy. Teraz Minister Zdrowia zadeklarował, że będzie przedstawiać Radzie Ministrów projekt harmonogramu w roku poprzedzającym realizację programu, co powinno wpłynąć na możliwość wykonania zadań znacznie wcześniej i zwiększyć skuteczność ich realizacji.

Muszę podkreślić jeszcze jedną ważną rzecz. Na NIK często patrzy się jak na instytucję, która w sposób szczególny jest wrażliwa na nieprawidłowości. To prawda, ale wskazujemy także dobre rozwiązania, które warto naśladować w praktyce. Przykładem może być wniosek o SOR-ach oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, kiedy po kontroli wykazaliśmy, że opieka nad pacjentem dobrze funkcjonuje tam, gdzie placówki udzielające świadczeń znajdują się blisko siebie lub oba rodzaje usług wykonywane są w jednej placówce. Wysyłaliśmy informację do wójtów, burmistrzów i prezydentów miast oraz marszałków województwa, pokazując tę dobrą praktykę i rekomendując, żeby rozważyć wdrożenie takiego rozwiązania w innych instytucjach o podobnym charakterze działalności.

W których obszarach ochrony zdrowia brakuje specjalistów? Ministerstwo Zdrowia ogłosiło niedawno, że zwiększa liczbę miejsc rezydenckich dla konkretnych specjalizacji: geriatrii, patomorfologii i pediatrii. Czy te obszary pokrywają się z wynikami kontroli?

Kontrola kształcenia lekarzy rozpocznie się w połowie roku i dopiero po jej zakończeniu będziemy mogli przekazać takie dane. Już teraz mogę jednak powiedzieć, że ogromne niedomagania są w opiece nad najstarszymi pacjentami. Tego problemu nie da się rozwiązać bez większych nakładów finansowych. Z naszej kontroli wynika, że dużo efektywniejsze jest leczenie pacjentów na oddziałach geriatrycznych niż na internie.

Jeśli zaś chodzi o pediatrię, na problem zwróciliśmy uwagę przy kontroli obejmującej nocną i świąteczną pomoc lekarską, która pokazała, że na dyżury zgłaszają się głównie rodzice z dziećmi, a pediatrów jest zbyt mało. Pokazaliśmy też, że kumulacja potrzeb następuje podczas weekendów, a w tygodniu pacjentów jest znacznie mniej. NFZ powinien uwzględnić to w swojej kontraktacji, a tego jeszcze nie zrobił.

Izba bada aspekty prawnoekonomiczne. Kiedyś mówiło się, że za pacjentem będą szyć pieniądze. Teraz coraz częściej słychać, że za pacjentem idzie bankructwo. Czy wyniki kontroli to potwierdzają?

Wyniki naszych kontroli pokazują, że w Polsce nakłady w budżecie państwa na ochronę zdrowia – porównując z danymi europejskimi – są relatywnie niższe niż w wielu innych krajach OECD, średnio o 30 proc. w stosunku do PKB. To twarde dane, z którymi trudno polemizować.

Czyli pieniędzy w systemie jest za mało? Czy są one odpowiednio wydatkowane

przez NFZ? Jak wykazała wspomniana kontrola, nieprawidłowości były na łączną kwotę 517 766,65 tys. zł.

Zwiększenie finansowania to decyzja rządu w zakresie przygotowania projektu budżetu i parlamentu na etapie przyjęcia budżetu państwa. Przed tegoroczną kontrolą NFZ odbędzie się panel ekspertów, na którym padnie również pytanie o konieczność zwiększenia nakładów. Chcemy, żeby wypowiedzieli się w tej kwestii najwybitniejsi eksperci z dziedziny finansowania służby zdrowia. Czy system jest szczelny i czy można uszczelnić go jeszcze bardziej? Szukamy sposobów, aby wydawać pieniądze efektywniej, np. podczas kontroli zakupu sprzętu medycznego wskazywaliśmy wiele szpitali, które kupiły nowoczesne urządzenia i zanim je uruchomiły, stały one niewykorzystane przez wiele miesięcy.

Czy wśród obszarów kontrolnych jest prywatyzacja placówek?

Przeprowadzaliśmy kontrolę przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego i niebawem przedstawimy raport pokontrolny [raport ukazał się 22 kwietnia – przyp. red.]. Z wcześniejszej przeprowadzonej kontroli płynął wniosek ogólny: jeśli nie przeprowadzisz restrukturyzacji przed przekształceniem w spółkę, to samo przekształcenie nie pomoże.

Co decyduje o tym, jaką sferę służby zdrowia NIK obejmuje kontrolą?

Rocznie przeprowadzamy około czterystu kontroli – planowych i doraźnych, w czasie których sprawdzamy około czterech i pół tysiąca jednostek i instytucji. Te pierwsze to duże kontrole systemowe przygotowywane z wielomiesięcznym wyprzedzeniem i poprzedzone analizą ryzyk systemowych, czyli diagnozowaniem, w których obszarach państwa mogą być nieprawidłowości. Te drugie to kontrole interwencyjne.

Do NIK wpływają wnioski m.in. od partnerów instytucjonalnych, takich jak: Sejm, Senat, rząd, Prezydent RP, Rzecznik Praw Obywatelskich, z prośbą o przyjrzenie się określonej sferze funkcjonowania państwa. Piszą też zwykli ludzie, prosząc o interwencję i kontrolę obszaru, gdzie może dochodzić do nieprawidłowości. Wszystkie wnioski trafiają do zespołu programowania kontroli, który zawsze zbiera się w drugiej połowie roku, po czym powstaje wstępna propozycja planu pracy na kolejny rok. Ostateczną decyzję, co znajdzie się w planie prac, podejmuje Kolegium NIK – ciało złożone z 19 ekspertów. To profesorowie nauk prawnych i ekonomicznych, ale także prezesi i wiceprezesi NIK oraz przedstawiciele zarówno delegatur, jak i departamentów centrali.

Kontrole doraźne z kolei staramy się realizować najszybciej, jak możemy. Umożliwiają one reagowanie na aktualne sprawy. Ostatnio np. wniosek o przeprowadzenie kontroli w obszarze pakietu onkologicznego złożyli posłowie SLD i PiS.

Jak wskazywane są placówki do kontroli?

WNiK działa Departament Strategii, którego analitycy przygotowują określoną próbę do kontroli, aby zbadać określony obszar, np. wykonanie budżetu państwa przez instytucje publiczne. Z drugiej strony – prawdopodobieństwo

Już teraz mogę jednak powiedzieć, że ogromne niedomagania są w opiece nad najstarszymi pacjentami. Tego problemu nie da się rozwiązać bez większych nakładów finansowych. Z naszej kontroli wynika, że dużo efektywniejsze jest leczenie pacjentów na oddziałach geriatrycznych niż na internie.

Czy płatnik daje wystarczającą ilość czasu na negocjacje kontraktów?
Czy rozmieszczenie kadr medycznych w Polsce jest właściwe?
Czy zdarza się, że widząc bardzo niepokojące wnioski pokontrolne, prezes NIK dzwoni do ministra Arłukowicza, aby o nich porozmawiać i wskazać rzeczy wymagające jak najszybszej poprawy?
Na te pytania prezes Krzysztof Kwiatkowski odpowiada w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM”.



sprawdzenia jakiejś inwestycji jest tym większe, im większa jest wartość zamówienia. Obszary kontroli wyznaczane się również poprzez analizy ryzyka. Reagujemy na skargi uwzględniane w doborze celowym: badamy jednostki, co do których wcześniej wpływały wnioski informujące o nieprawidłowościach.

Czasami losujemy próbę do kontroli, ale zdarza się też, że analizujemy całą populację pod kątem konkretnego zjawiska. Wysyłamy wówczas w wybrane miejsca ankietę, prosząc o odpowiedzi na zadane pytania. Kontrolujemy w ten sposób określoną pulę jednostek, ale także rozpowszechnienie danego zjawiska. Jest to uzupełnienie kontrolnych badań w terenie.

Staramy się zawsze uwzględnić także dysproporcje: mała – duża miejscowość, mała – duża placówka. Tak było np. z badaniem informatyzacji szpitali, w czasie którego po raz pierwszy dokonaliśmy inwentaryzacji zasobów informatycznych. Minister Zdrowia, dokonując przesunięcia o trzy lata wejścia w życie elektronicznej dokumentacji medycznej, określił odroczenie terminu bez stosownych analiz, a przecież już dwa lata wcześniej pokazaliśmy, jakie są największe bariery dla wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

Czy wśród kontrolerów jest wielu lekarzy?

W Departamencie Zdrowia pracuje trzech lekarzy, w delegaturze katowickiej mamy też jednego byłego wiceministra zdrowia. Współpracujemy ze środowiskiem medycznym, a wiele kontroli poprzedzonych jest panelami ekspertów. Obecnie trwa np. kontrola obejmująca kardiologię inwazyjną, która rozpoczęła się spotkaniem z autorytetami i ekspertami w tej dziedzinie. Korzystamy także z opinii biegłych sądowych.

Ponadto NIK może zlecać przeprowadzenie kontroli innym instytucjom publicznym, takim jak np. sanepid. I nie jest to prośba, lecz wiążący wniosek – nie można nam odmówić. Więcej – możemy także zadawać pytania szefom wybranych instytucji, które wydatkują pieniądze publiczne lub korzystają z tych pieniędzy przez zlecenie albo kontraktację. Gdy kierujemy pytanie, nawet nie wchodząc z kontrolą, pod groźbą odpowiedzialności karnej dyrektor danej jednostki musi nam udzielić prawdziwych odpowiedzi. Podkreślam jednak z całą mocą, że kontrolerzy NIK nie oceniają procedur medycznych, ale prawidłowość wydatkowania środków publicznych na te procedury. I jestem pewien, że właśnie w tym zakresie mamy najlepszych ekspertów w Polsce.

Zawsze będą nas interesowały aspekty prawno-ekonomiczne, jak np. głośna kontrola badań klinicznych. Nasze wnioski pokontrolne stały się zaczątkiem prac nad ustawą, która ma precyzować, jak powinny być finansowane takie badania. Wyniki pokontrolne mówiły m.in. o tym, że państwowe placówki praktycznie nie mają dochodów z badań klinicznych – jeśli nie są na minusie, to w najlepszym wypadku „wychodzą” na zero. Głównymi beneficjentami są natomiast badacze.

Czy kontrola kardiologii inwazyjnej jest kontrolą planową?

Tak, to kontrola planowa realizowana przez delegaturę w Katowicach. W przypadku tej dziedziny wydawane są ogromne pieniądze, ale odnotowuje się też znaczącą poprawę statystyk. Chcemy się temu przyjrzeć. Jednocześnie z pola widzenia nie znika nam kwestia rehabilitacji kardiologicznej – jest to ważny obszar, który planujemy poddać analizie w niedalekiej przyszłości. ■

**„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach”**

Panu

Prof. dr. hab. n. med. Krzysztofowi Zielińskiemu

*Członkowi
Naczelnego Sądu Lekarskiego*

szczerze wyrazy głębokiego współczucia
i wsparcia w trudnych chwilach
z powodu śmierci

ŻONY



składają
**Przewodniczący i Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego
oraz Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

Róbnmy swoje

Z **Markiem Jodłowskim**, przewodniczącym Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Opiniowanie projektów ustaw i rozporządzeń dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia to jedno z najważniejszych i najbardziej odpowiedzialnych ustawowych zadań, jakie stoją przed samorządem lekarskim. Jak Komisja Legislacyjna NRL je wypełnia?

Jak wszystkie stałe komisje jesteśmy do dyspozycji Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium, a więc przede wszystkim pracujemy nad aktami prawnymi, które nam zlecają te organy. Ostatnie półrocze poświęciliśmy na opracowaniu pod względem prawnym uchwał i apeli podjętych na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Głównie tych, które zobowiązywały NRL do zajęcia stanowisk w określonych przez Zjazd sprawach. Dla przykładu: Krajowy Zjazd zasygnalizował niedostatek regulacji prawnych dotyczących ochrony tajemnicy lekarskiej, więc Rada skierowała ten postulat do naszej komisji celem jego przeanalizowania i zaproponowania stosownych prawnych rozwiązań. Podobnie było z wnioskiem o zmianę ordynacji podatkowej która, że przypomnę, narzuca lekarzowi konieczność odprowadzenia podatku za uczestnictwo w bezpłatnych szkoleniach organizowanych przez samorząd lekarski, czy też realizacji apelu o wprowadzenie odpłatności za wystawianie przez lekarzy druków ZUS ZLA. Warto może przy okazji zdementować krążącą informację, że domagamy się tej odpłatności od pacjentów. W naszej ocenie, za tę czynność powinien zapłacić ZUS i tak postulowaliśmy w projekcie.

Czy Komisja Legislacyjna NRL może być sama inicjatorem nowelizacji prawa dotyczącego ochrony zdrowia?

Tak. W szczególności prawa obowiązującego lekarzy i lekarzy dentystów, a więc członków naszego samorządu zawodowego. Planujemy np. analizę przepisów ubezpieczeniowych, która ma stanowić punkt wyjścia dla wprowadzenia zmian, których konieczność widzimy.

Jak daleko idąca bywa ingerencja samorządowych opiniodawców w materiały kierowane do komisji?

Dokumenty kierowane do komisji mają różną formę. Te, które już zawierają gotowy projekt aktu prawnego, staramy się sprawdzić pod względem poprawności legislacyjnej i zgodno-



ści z obowiązującymi przepisami. Spora jednak część przekazanych do komisji materiałów to ogólne postulaty czy też wnioski kolegów o zmianę obowiązujących przepisów. Tak było np. z żądaniem uznawania przez Narodowy Fundusz Zdrowia umiejętności lekarskich nabytych przed wejściem w życie zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Praca komisji polegała wtedy na przygotowaniu kompletnego projektu nowelizacji odpowiednich aktów prawnych wraz z uzasadnieniem. Projektu zgodnego z założeniami, ale napisanego „językiem prawniczym”. Mówiąc wprost, Komisja Legislacyjna przedkłada Naczelnej Radzie Lekarskiej propozycje możliwych rozwiązań prawnych, zaś decyzja o skierowaniu projektów do ustawodawców należy już od stanowiska wypracowanego przez jej członków.

Co dzieje się z projektami, kiedy już zostaną naniesione poprawki i przewodniczący postawi na nich swoją parafkę?

Można to przedstawić na przykładzie przygotowywanego aktualnie wspólnie z Komisją Organizacyjną projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Konieczność zmian zgłosiła do Ministra Zdrowia prof. Irena Lipowicz – Rzecznik Praw Obywatelskich. ▶

Rzecz dotyczy m.in. ustawowego uregulowania sprawy przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry. Samorząd lekarski podjął się przedstawienia ministrowi rozwiązań, które w izbach funkcjonują od lat, mając jednak status uregulowań wewnątrzsamorządowych. Projekt nowelizacji ustawy rozesłaliśmy już do okręgowych izb lekarskich, by i je poprosić o uwagi. Mam nadzieję, że pracę nad projektem zakończymy jeszcze w czerwcu tego roku i przedstawimy go do akceptacji członkom Naczelnej Rady Lekarskiej. Podobną procedurę przechodzą wszystkie materiały opracowywane przez Komisję Legislacyjną.

Mamy zalew różnego rodzaju projektów ustaw, rozporządzeń i sektor ochrony zdrowia nie jest w tym odosobniony. Jakie bariery muszą pokonywać członkowie Komisji Legislacyjnej w swojej pracy?

Liczba nadsyłanych do Naczelnej Izby Lekarskiej projektów jest rzeczywiście duża. Ale chyba nie to stanowi problem. Wiele z tych dokumentów trafia do izby tuż przed końcem wyznaczonego terminu na zgłaszanie uwag. Niejednokrotnie tak późno, że rzetelna ich analiza merytoryczna i prawna wymaga olbrzymiej pracy kolegów, przede wszystkim z Prezydium NRL i prawników izbowych. Nie sposób w każdym takim przypadku zwoływać Komisję Legislacyjną. Skupiamy się więc na projektach najważniejszych i takich, które można bez presji czasu solidnie opracować czy zaopiniować.

Jednak przebrnięcie przez setki stron zapisanych prawniczym językiem to dla lekarza wyzwanie...

W składzie Komisji Legislacyjnej pracują osoby od wielu lat mające kontakt z prawem medycznym, tak jak była wiceminister zdrowia, obecni lub byli prezesi okręgowych izb lekarskich czy przewodniczący okręgowych komisji legislacyjnych. Mamy także zapewnioną fachową pomoc ze strony Zespołu Radców Prawnych NIL. Na ogół z materiałami zapoznajemy się między posiedzeniami i to jest czas na przeczytanie i przemyślenie projektów. Kilkogodzinne posiedzenia komisji poświęcamy na uporządkowanie naszych wniosków, a na koniec zapisanie ich w ostatecznej formie. Przy dużej liczbie projektów dzielimy się na kilkusobowe grupy pracujące równolegle.

Czy ustawodawcy liczą się z opiniami Komisji Legislacyjnej NRL, czy uwzględniają korekty?

Jak wspominałem, Komisja Legislacyjna jest ciałem doradczym Naczelnej Rady Lekarskiej. Dotychczas opracowane w Komisji Legislacyjnej materiały kierowane pod obrady NRL zostały

przyjęte bez poprawek, co daje podstawy, by sądzić, że zadaną pracę wykonaliśmy dobrze. Ale czy decydujący o kształcie prawa uwzględniają opinie naszego samorządu? Wszyscy mamy odczucie, że niedostatecznie. I pozostaje nam często gorzka satysfakcja, gdy nieuwzględnienie naszych uwag prowadzi do dezorganizacji w ochronie zdrowia i utrudnień w pracy lekarzy. Jaskrawym przykładem było wprowadzenie tzw. pakietów onkologicznego i antykolejkowego.

Czy są podejmowane próby, aby zmienić ten stan rzeczy?

Ochrona zdrowia, być może najbardziej ze wszystkich dziedzin życia społecznego, podlega dziś zarówno prawom ekonomii, jak i wpływom politycznym. Przy niskich nakładach na lecnicstwo realizacja politycznych zapewnień o dostępności do wszystkich świadczeń zdrowotnych jest niemożliwa. Remedium próbuje się więc znaleźć w tworzeniu kolejnych uszczegółowiających przepisów, nieuzasadnionych biurokratycznych barier, kar i obostrzeń. Dotykają one naszych kolegów, ale też i naszych pacjentów, nie rozwiązując podstawowych problemów. Głos naszego samorządu wskazujący na przyczyny fundamentalne kłopotów, a takimi są: duże zapotrzebowanie na usługi medyczne i niskie finansowanie, nie jest oczywiście wygodny dla rządzących. Ale, proszę wybaczyć, nie wierzę w powszechną niewiedzę czy niekompetencję decydentów, urzędników, dyrektorów itp.

O co więc chodzi w tej „przepychance”, może o to, aby osłabić pozycję samorządu lekarskiego?

Silne samorządy zawodowe są w interesie demokratycznego państwa. Przejmują od niego ważne funkcje, w tym nadzoru nad zawodami zaufania publicznego. Tak zwane „stare demokracje” już się o tym przekonały. Nie sądzę więc, by celem zamierzonym miała być akurat słaba pozycja izb lekarskich. Przepychanka, o której pani mówi jest w mojej ocenie czymś, co w obecnej sytuacji, chcemy czy nie, musimy zaakceptować, oczywiście nie rezygnując z przedstawiania naszych ocen, postulatów, wniosków. Czyli róbmy swoje, wykorzystując naszą wiedzę i doświadczenie, przekonując cierpliwie do swoich racji. Od dwudziestu pięciu lat nasz samorząd udowadnia, że nie jest dla niego najważniejszym i jedynym celem obrona interesów lekarzy. Z mocy prawa wypowiadamy się również na tematy dotyczące organizacji ochrony zdrowia. Jeśli tak często spotykamy się ze strony rządzących z krytyką naszych poglądów, to znaczy, że decydenci zapoznają się z nimi. Tyle, że nie znajdując argumentów merytorycznych do polemiki, używają niekiedy nieuprawnionych, jak te o obronie przez samorządy wyłącznie interesów grupowych. ■

Liczba nadsyłanych do Naczelnej Izby Lekarskiej projektów jest rzeczywiście duża. Ale chyba nie to stanowi problem. Wiele z tych dokumentów trafia do izby tuż przed końcem wyznaczonego terminu na zgłaszanie uwag. Niejednokrotnie tak późno, że rzetelna ich analiza merytoryczna i prawna wymaga olbrzymiej pracy kolegów, przede wszystkim z Prezydium NRL i prawników izbowych.



Bohdan Woronowicz

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

Jedną z konsekwencji szkodliwego picia alkoholu lub uzależnienia jest nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny. Kiedy przyjrzymy się bliżej takiej rodzinie, wówczas zobaczymy, że picie alkoholu przez jednego z jej członków stanowi główną zasadę organizującą życie rodzinne.

Uzależnienie w rodzinie

Niejednokrotnie zgłaszają się do lekarza osoby, przeważnie kobiety, z dolegliwościami, które trudno jest ze sobą połączyć i tym samym postawić jednoznaczną diagnozę. Jeżeli wyniki badań pomocniczych nie odbiegają istotnie od normy, rozpoznawana jest „depresja” albo „nerwica”.

Chcąc pomóc takiej osobie, lekarz ordynuje najczęściej jakiś lek uspokajający bądź nasenny, a czasami odsyła ją do psychiatry, który zleca antydepresanty. Tymczasem, pomimo brania leków stan nie ulega poprawie, czasami nawet pogarsza się, natomiast pacjentka nadal skrzętnie przychodzi do lekarza, prosząc o kolejną porcję leków.

Spotykałem wiele osób, którym leki niewiele pomagały, natomiast przyjmowanie ich stało się przymusem, bo zdążyły się od tych leków uzależnić. U podłoża uzależnienia leżało niestety postępowanie lekarza, który zamiast szukać przyczyn zgłaszanych dolegliwości, przepisywał leki. Uzależnienie pojawiało się najczęściej wówczas, kiedy przez dłuższy czas pacjent przyjmował leki z grupy benzodiazepin lub leki nasenne z grupy „Z” (np. zolpidem, zopiklon).

Po zebraniu bardziej szczegółowego wywiadu okazywało się, że przyczyną dolegliwości był przewlekły stres spowodowany piciem alkoholu przez bliską osobę oraz nieudane próby opanowania sytuacji. Takie sytuacje spotykane są dość często, bowiem osób uzależnionych jest w naszym kraju prawie milion (oficjalne szacunki to 600-800 tys.), a osób nadużywających alkoholu kolejne 3-4 mln. Każda z nich ma „w polu rażenia” parę osób, które z powodu jej zachowań cierpią.

Jedną z konsekwencji szkodliwego picia alkoholu lub uzależnienia jest nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny. Kiedy przyjrzymy się bliżej takiej rodzinie, wówczas zobaczymy, że picie alkoholu przez jednego z jej członków stanowi główną zasadę organizującą życie rodzinne. W miarę przedłużającego się picia, rodzina przestaje spełniać należną jej rolę i pojawia się jej dysfunkcyjność. Niemożliwy staje się indywidualny rozwój jej członków, w mniejszym lub większym stopniu zamyka się na kontakty z otoczeniem, relacje między członkami nie są oparte na zasadach względnej chociaż szczerości i wzajemności, a role i normy nie są wyraźnie określone oraz zaakceptowane przez poszczególne jej członków. Dzieci w takich rodzinach uczą się ukrywania problemów, ukrywania swoich emocji i nie są w stanie korzystać z dzieciństwa tak jak ich rówieśnicy, a to odbija się na ich przyszłości. Osoby dorosłe też cierpią. Z tych właśnie powodów uzależnienie od alkoholu jest traktowane jako choroba całej rodziny, a nie tylko osoby pijącej. Trzeba wiedzieć, że niejednokrotnie patologia rodzinna schowana jest za dobrym statusem ekonomicznym, wysoką pozycją społeczną czy poważnymi osiągnięciami zawodowymi jej członków i stąd trudno jest zauważyć problem uzależnienia i związaną z nim patologię.

Dysfunkcyjność rodziny nie pojawia się nagle. Charakteryzuje ją swoista dynamika, która pozwala zaobserwować kolejne stadia tego procesu. W okresie początkowym rodzina, podobnie jak i alkoholik, zaprzecza istnieniu problemu. Nikt nie myśli o szukaniu pomocy. Destrukcyjne zachowania alkoholika są tolerowane, członkowie rodziny solidarnie chronią go przed ponoszeniem konsekwencji picia, a problem jest skrzętnie ukrywany. Ponieważ sytuacja stopniowo pogarsza się, rodzina podejmuje próby rozwiązania problemu i organizuje samoobronę przed społecznym napiętnowaniem, jakie wiąże się z ujawnieniem alkoholizmu. Ogranicza kontakty z otoczeniem i chroni swój zewnętrzny wizerunek, mimo narastających nieporozumień, konfliktów i awantur. Kolejny etap to faza chaosu, która wiąże się z utratą nadziei na rozwiązanie problemu i z bezwolnym poddaniem się biegowi wydarzeń. U dzieci coraz bardziej wyraźne stają się zaburzenia emocjonalne. Podejmowane są wówczas próby reorganizacji rodziny. Niepijący współmałżonek przejmuje odpowiedzialność za całość rodziny, w coraz mniejszym stopniu toleruje picie, przestaje chronić i kryć osobę pijącą. Nawarstwiające się kryzysy mogą wówczas skłonić do poszukiwania pomocy u specjalistów. Jeżeli alkoholik nie podejmie leczenia, wówczas rodzina stara uwolnić się od niego. Ten etap wiąże się z podejmowaniem prób izolowania osoby pijącej i dalszego skłaniania jej do zaprzestania picia. Jeżeli osoba uzależniona pije nadal – rodzina przeprowadza ostateczną reorganizację i pozbywa się alkoholika. Następuje nowy podział ról i obowiązków w rodzinie.

Jak wynika z powyższego, energia rodziny koncentruje się przez całe lata na próbach wpływania na zachowania alkoholika i na przeciwdziałaniu jego destrukcyjnym zachowaniom. Tym samym zaniedbywane są inne ważne sfery życia rodzinnego, a co jest w tym wszystkim najważniejsze – praktycznie niemożliwe staje się prawidłowe wychowywanie dzieci. Spotykamy to w ogromnej większości rodzin, w których istnieje problem uzależnienia, i to nie tylko od substancji psychoaktywnych. Osoby dorosłe, które cierpią z powodu takiej sytuacji, nazywamy współuzależnionymi. Jednocześnie, u wielu dzieci z takich rodzin kształtuje się tzw. syndrom dda (dorosłego dziecka alkoholika).

W przypadku alkoholizmu współuzależnienie nazywane bywa koalkoholizmem, a za jego istnieniem przemawiają następujące zachowania:

- poddanie się rytmowi picia alkoholika;
- przejmowanie za niego odpowiedzialności;
- obsesyjne kontrolowanie go;

- pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie do tego, aby ponosił on pełne konsekwencje swojego picia i innych swoich zachowań);
- wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania alkoholika, z jednoczesnym występowaniem poczucia winy i poczucia niskiej wartości, cierpienia oraz zaniedbywaniem samego siebie;
- często zaprzeczanie faktom (zwłaszcza temu, że bliska osoba jest uzależniona) i stosowanie zasady, że „rodziny brudów nie pierze się na zewnątrz”.

Postępowanie osoby współuzależnionej charakteryzuje się więc stałym stawianiem potrzeb innych osób przed potrzebami własnymi, a to prowadzi do wyniszczenia emocjonalnego i fizycznego. Efektem są liczne dolegliwości, takie jak np. zniechęcenie lub zubożenie, zaburzenia snu często z koszmarami, „łatwe denerwowanie się”, wybuchy gniewu i agresji, stany niepokoju i lęku, nieokreślone bóle w klatce piersiowej lub brzucha i wiele, wiele innych.

Współuzależnienie należy traktować jako formę przystosowania się do nieprawidłowego układu relacji międzyludzkich, która umożliwia zachowanie istniejącego układu, a jednocześnie odbiera szansę na jego zmianę. Jest formą przystosowania się do przetrwania w sytuacji przewlekłego stresu, a to przystosowywanie się przebiega etapami. Najpierw obserwujemy bezskuteczne interwencje i próby zrozumienia przyczyn zachowań bliskiej

osoby. Następnie unikanie i izolowanie się, z jednoczesnym kontrolowaniem zachowań osoby uzależnionej. W końcu, wobec braku efektu następuje poddanie się, rezygnacja i utrata nadziei na zmianę sytuacji oraz koncentracja na minimalizowaniu szkód spowodowanych piciem alkoholu przez bliską osobę. Współuzależniony członek rodziny jest więc jednocześnie „ratownikiem” bliskiej osoby i jej prześladowcą, a także jedną z ofiar tego patologicznego związku. Osoby współuzależnione często cierpią bardziej niż osoby uzależnione.

Patrząc na współuzależnienie poprzez pryzmat X Re wizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), można łatwo zauważyć, że dolegliwości odczuwane przez osoby współuzależnione pasują do zaburzeń sklasyfikowanych jako „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną” w kategorii: „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”.

Warto też wiedzieć, że większość poradni terapii uzależnień prowadzi programy psychoterapeutyczne, które umożliwiają takim osobom powrót do zdrowia. Część osób współuzależnionych korzysta z samopomocowych Grup Rodzinnych Al-anon (www.al-anon.org.pl).

O tym, jak postępować w sytuacji, kiedy osoba bliska jest uzależniona i nie chce się leczyć oraz co robić, żeby nieświadomie nie pomagać w picu, powiem przy kolejnej okazji. ■

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” (04/2015) w artykule „Niepokojące zachowania” autorstwa dra Bogdana Woronowicza w 1. zdaniu 5. akapitu pominięto wyraz „deficytów”.



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Dzisiaj jakoś tak
nieetycznie jest
być lekarzem
w pełnym wymiarze,
leczyć i pomagać
chorym zgodnie
z najnowszą wiedzą
i sztuką medyczną.
Ważniejsze są
sprawozdania
i spełnianie
finansowych
wymagań na rzecz
państwa.

Polityka, mamona czy wiosna

*Dziwne, jak wszyscy ukrywamy, że jednym z głównych motorów
naszego życia są pieniądze.*

Lew Tołstoj

Maj, cudny maj, miesiąc radości i miłości, czas egzaminów dojrzałości, planów i marzeń o lepszej przyszłości. Bez względu na to, ile mamy lat: 20 czy 60, każdy ma swoje marzenia i wiarę na ich spełnienie. Jesteśmy inni i stąd różnorodność pragnień i oczekiwań, ale każdy z nas chce, aby jego się spełniły. Wiosną łatwiej myśli się pozytywnie i przyjemniejsze jest oczekiwanie. Wszyscy też mamy różne potrzeby, zależne od wielu czynników, które na nie wpływają. Niektórzy wraz z wiosennym przebudzeniem bardzo ochoczo prezentują swoje pomysły chociażby na poprawę zdrowia społeczeństwa, np. programy zdrowotne, które wymyślają rządzący i to wcale nie takie, jakie są potrzebne, chociażby zapobieganie otyłości. Łatwiej i prościej jest finansować skutki tego zjawiska, niż zadbać o profilaktykę.

W tym szczytnym działaniu rząd absolutnie nie poczuwa się do przeznaczenia chociażby minimalnej kwoty z budżetu państwa na ich obsługę, a koszty finansowana przerzuca na wszelkie możliwe instytucje i organizacje. W tych działaniach rządowi projektodawcy, opracowując plan działania, zawsze skrupulatnie polecają utworzenie struktury urzędniczej – niezbędnej do obsługi wdrażanych programów.

Paranoja do kwadratu. Też chciałabym wybudować sobie dom, ale z braku środków płatniczych nie stać mnie na takie ekstrawagancje. Tak sobie myślę, że może należałoby wymyślić np. program pomocowy dla lekarzy skrzywdzonych przez dawny system. Najlepiej byłoby do jego realizacji powołać instytucję oczywiście państwową. To wymagałoby, tak jak w każdym rządowym przedsięwzięciu, zatrudnienia dyrektorów i pełnomocników, którzy pomogliby załatwić wszelkie formalności, a tak przy okazji udałoby się zmniejszyć bezrobocie. Pomysł chwalebny, ale żyjemy ponoć w demokracji kapitalistycznej, a kapitalizm nie inwestuje w naukę czy działania, które nie przynoszą zysku. I tak sobie myślę, jaki zysk może dać inwestowanie w budowę domów dla starszych doktorów, skoro przez tyle lat nie potrafili zadbać o swoje potrzeby. Stworzenie fundacji na ten cel natychmiast zostałaby obłożone takimi rygorami podatkowymi, że nikt nie byłby w stanie im sprostać. Na pewno natychmiast zaczęłaby pracę specjalna komisja badająca prawidłowość funkcjonowania instytucji pomocowej

i zapewne nikt z lekarzy, którzy byliby udziałowcami lub beneficjentami programu, nie doczekałby się wymarzonego domku.

Podobnie wygląda inwestowanie pieniędzy w opiekę medyczną, przecież to same straty, szczególnie w starzejących się społeczeństwach, a takim się stajemy. Znerwicowani młodzi ludzie nie mają czasu na założenie rodziny w pogoni za sukcesami zawodowymi i stabilizacją życiową, a gdy już ją osiągną, mają problemy z prokreacją. Owszem, medycyna w tym względzie oferuje pomoc, ale tutaj też zaczynają się dyskusje, czy to jest zgodne z moralnością i etyką, bo przecież są to drogie terapie, nie zawsze skuteczne, i czy warto przeznaczać na ten cel publiczne pieniądze. Najgorsze, że decyzje w tej materii są podejmowane politycznie i to głównie przez osoby w wieku poprodukcyjnym. W naszym kraju polityka jest w każdej dziedzinie życia, po prostu wszędzie: w sądach, samorządach, szkołach i szpitalach. To, że rządy są polityczne, jest normalne i logiczne, ale nie rozumiem, dlaczego nawet leczenie nie może obyć się bez decyzji politycznych. Zgadzam się, że o liczbie pieniędzy decyduje rząd, ale już trudno mi się zgodzić z tym, aby również sposoby i metody leczenia były narzucane przez polityków.

Dzisiaj jakoś tak nieetycznie jest być lekarzem w pełnym wymiarze, leczyć i pomagać chorym zgodnie z najnowszą wiedzą i sztuką medyczną. Ważniejsze są sprawozdania i spełnianie finansowych wymagań na rzecz państwa. Nawet za szkolenia i naukę fiskus lekarzy łupie, przecież to zysk jest łatwy i niebywały, gdy doktor szkoli się dla własnej chwały. Po co ma być zbyt mądry i wyszkolony, jak będzie głupszy, taniej poleczy, a skarb państwa pustkami nie będzie świecić. Mniej się też wyda na renty i emerytury i prościej załata się budżetowe dziury. Tyle dziwnych spraw się dzieje, a wszechobecna polityka szaleje i nawet jak starannie tego unikamy, zawsze do finansów zdążamy. Stara prawda oczywista, że to pieniądź rządzi światem i jedynie on motywuje większość ludzi do działania. Nie wszystkich, gdyż są też tacy, którzy nie żyją tylko dla mamony. Jakoś tak wcale niewesoło i nie wiosennie mi wyszło, ale cieszymy się wiosną zieloną i radosną. Na majówkę się wybierzmy, odpocznijmy, przecież to jest taki czas, żeby nacieszyć się kwitnącymi kwiatami i łagodnym słońcem. ■

Kształcenie po nowemu

Od ubiegłorocznej jesiennej sesji rekrutacyjnej na staż specjalizacyjny lekarze dentyści kształcą się według nowych programów.

Jak bardzo odbiegają one od wcześniejszych? Czy wprowadzone zmiany nie zakłócą właściwego procesu uczenia się?

**Lidia
Sulikowska**

O tym, że specjalizowanie się w naszym kraju nie jest łatwe, wiemy od dawna. Ministerstwo Zdrowia przyznaje zbyt małą liczbę miejsc rezydenckich. Brakuje chętnych do kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentyistów, bo jest ono drogie, z wieloma procedurami do wykonania, za które NFZ nie płaci. W konsekwencji stomatologów specjalistów jest niewystarczająca ilość w stosunku do potrzeb (więcej na ten temat w nr 2/2015 „GL”). Ci, którym uda się dostać na specjalizację, od niedawna uczą się na nowych zasadach.

Modyfikacje w programach

Nowy, modułowy system kształcenia specjalizacyjnego (lekarzy i lekarzy dentyistów) działa już prawie pół roku. Największa rewolucja odbyła się wśród specjalności lekarskich, ale stomatolodzy także odczuwają różnicę. Co prawda wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne odbywają się tak jak wcześniej, czyli w trybie jednolitym (nie ma modułów), ale zmodyfikowano ich programy. Zmiany są różne – w zależności od konkretnej dziedziny medycyny. Zazwyczaj skrócono czas ich realizacji, uaktualniano wiedzę i umiejętności praktyczne. Są też zmiany dotyczące poszczególnych kursów czy wymaganej liczby i rodzajów zabiegów, które trzeba wykonać. Przy każdej specjalności znalazły się obowiązkowe kursy z ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego.

Zabiegowe rewolucje

Zmiany znacząco wpłynęły na program z chirurgii stomatologicznej. Skrócono go do około 4 lat (było 5 lat) dla lekarzy bez żadnej specjalizacji. Krótsze są przede wszystkim staże cząstkowe, jednakże przybyło kursów specjalizacyjnych (11 zamiast 7), które trwają dłużej. Zwiększono ogólną liczbę procedur medycznych z 291 do 520, wprowadzono też obowiązkowe wykonanie zaawansowanych procedur z zakresu implantologii i technik zarządzania tkankami. Zdaniem prof. Mansura Rahnama, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, zmiany powinny przynieść korzyści, ponieważ kształcenie zostało dostosowane do aktualnych potrzeb społecznych, a dzięki temu, że trwa krócej, nowi specjaliści szybciej zasilą rynek. – Uważam jednak, że należy wprowadzić

zmiany w systemie naboru na specjalizację. Powinno się go prowadzić przede wszystkim w regionach deficytowych. Szkolenia rezydencje w jednostkach na terenie województw o wysokim współczynniku dostępności specjalistów mogłyby być prowadzone, ale z zachowaniem klauzuli pracy w rejonach deficytowych w okresie 5 lat od uzyskania uprawnień lekarza specjalisty – mówi prof. Mansur Rahnama. Dodaje, że miejsca szkoleniowe powinny znajdować się tylko w przychodniach i poradniach chirurgii stomatologicznej lub szczękowo-twarzowej. Zwraca też uwagę, że wskazane jest zapewnienie oddzielnych kontraktów z NFZ dla osób specjalizujących się w placówkach prowadzących szkolenie w dziedzinie chirurgii stomatologicznej.

W przypadku innej dziedziny zabiegowej – chirurgii szczękowo-twarzowej – jedną z głównych zmian jest ujednolicenie trwania specjalizacji do 6 lat dla wszystkich grup zawodowych (specjalistą może być lekarz lub lekarz dentyista). Wcześniej lekarze oraz lekarze dentyści odbywali szkolenie w ciągu 6 lat, ale lekarze posiadający jednocześnie dyplom lekarza i dyplom lekarza dentyisty, już o rok krócej. – Uzyskane kompetencje zawodowe, pożądana wiedza, wymagane umiejętności praktyczne oraz wykaz zabiegów są identyczne dla wszystkich specjalizujących się. Podobnie jak w poprzednim programie różnice występują dopiero w cząstkowych stażach kierunkowych i wynikają z różnic w szkoleniu przeddyplomowym – tłumaczy dr hab. Halina Borgiel-Marek, chirurg szczękowy, członek Zespołu Ekspertów ds. programu specjalizacji w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej. Dla lekarzy dentyistów skrócono staż kierunkowy do 3 miesięcy z chirurgii ogólnej, zaś dodano staż kierunkowy z chirurgii naczyniowej oraz z chirurgii klatki piersiowej. Wydłużono staż z chirurgii plastycznej i z zakresu chorób wewnętrznych. Z programu usunięto staż kierunkowy z radiologii stomatologicznej, dodano zaś staż kierunkowy z radiologii i diagnostyki obrazowej. – Trudno jest obecnie odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany są korzystne. Myślę, że dopiero czas obiektywnie zweryfikuje odpowiedź na to pytanie – mówi prof. Hubert Wanyura, konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej.

Czasy trwania specjalizacji opisanych w tekście dotyczą lekarzy dentyistów, którzy nie posiadają żadnej specjalizacji I/II stopnia lub tytułu specjalisty. W „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” zamieszczamy informacje, ile czasu trwa zrobienie specjalizacji dla tych stomatologów, którzy już są specjalistami i chcieliby uzupełnić specjalizację lub uzyskać dodatkową.

Premium



Podyplomowe perio

Kształcenie z zakresu periodontologii obecnie odbywa się w trybie 3-letnim (były 4 lata). – Zespół, opracowując nowy program specjalizacji, skrócił głównie staże kierunkowe, które w naszej opinii nie były właściwie wykorzystywane ani niezbędne w dotychczasowym wymiarze w realizacji szkolenia – wyjaśnia prof. Renata Górską, konsultant krajowy z zakresu periodontologii. Zrezygnowano m.in. ze stażu w zakresie stomatologii dziecięcej czy radiologii. – Ponadto skrócenie szkolenia zwiększa możliwość rotacji lekarzy, którzy w przyszłości będą się specjalizować, a dla mnie jako konsultanta krajowego ma to bardzo duże znaczenie z powodu małej liczby specjalistów w tej dziedzinie – ocenia. Dodano kilka kursów, m.in. z zakresu chirurgii regeneracyjnej przyzębia. – Powstał dość ambitny program kursów i procedur, które specjalizant powinien wykonać i tu zaczynają się pierwsze problemy, gdyż nie ma chętnych do prowadzenia kursów dla osób specjalizujących się wg nowego programu. Prowadzenie kursów dla obu grup, starego i nowego trybu, będzie nastręczało kłopoty z powodu szczupłej bazy szkoleniowej w wielu ośrodkach akademickich, ale także z powodu braku zabezpieczenia finansowego do wykonywania kosztownych procedur nierefundowanych przez NFZ – obawia się konsultant krajowy z dziedziny periodontologii.

Stomatologia dziecięca

Kształcenie z tej specjalności trwa tyle co wcześniej, czyli 3 lata, ale program zmodyfikowano. Nie wszystkie zmiany są jednak oceniane pozytywnie. – Ogólnie wprowadzono do programu kursy z zakresu ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego. Kurs ze zdrowia publicznego nie wydaje się zbyt ściśle związany z dziedziną stomatologii dziecięcej. Także kurs z ratownictwa medycznego jest zbyt ogólny. W poprzednim programie były ujęte zagadnienia dotyczące praktyki stomatologa dziecięcego, w tym związane z rodzajami sedacji stosowanej w stomatologii dziecięcej, nieuwzględnione w aktualnie obowiązującym kursie – informuje prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy z zakresu stomatologii dziecięcej. Dodaje, że w obecnym programie zaproponowano liczby procedur obowiązkowych, które trzeba uznać za absolutne minimum. Warto też zwrócić uwagę, że w nowym programie zmniejszono jedynie czas trwania stażu z protetyki stomatologicznej oraz zlikwidowano staż z fizykoterapii, reszta staży kierunkowych pozostała. – Z kolei z programów specjalizacyjnych w takich dziedzinach jak periodontologia, protetyka stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa wyeliminowano szkolenie z zakresu stomatologii dziecięcej, a w programie z ortodoncji ograniczono je do dwóch dni – zauważa prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk.

W „zachowawczej” bez dużych zmian

Kształcenie w ramach stomatologii zachowawczej z endodoncją trwa w sumie 3 lata (tak jak poprzednio), ale w nieco innym trybie. Staż podstawowy jest dłuższy o sześć miesięcy, z kolei skrócono czas trwania staży kierunkowych. Zwiększono liczbę zabiegów z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją, a zmniejszono liczbę tych, które są wykonywane w ramach staży kierunkowych. Wprowadzono m.in. kurs z psychologii klinicznej oraz „Mikroskop operacyjny w leczeniu endodontycznym”. Zdaniem prof. Janiny Stopy, konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, program nie różni się znacząco od poprzedniego, gdyż był on solidnie przygotowany i nie wymagał wielu zmian. Skupiono się przede wszystkim na aktualizacji treści. Dodaje, że ewentualne poprawki będą nanoszone w przyszłości, ale najpierw trzeba poobserwować, jak funkcjonuje w obecnej formie.

Ortodoncja

W zakresie tej specjalności zaszło sporo zmian. Kształcenie specjalisty skrócono do 3 lat (były 4 lata). Mniej czasu poświęcono stomatologicznym stażom kierunkowym i ograniczono zakres ich tematyki oraz procedur klinicznych tylko do współpracy ortodonta ze specjalistami z innej dziedziny (postępowanie interdyscyplinarne). Zamieniono też kursy podstawowe na jeden kurs wprowadzający z zakresu podstaw ortodoncji. Doszły nowe kursy, a dotychczasowe uzupełniono o aktualną wiedzę medyczną.

Zmniejszono też liczbę procedur klinicznych, a niektóre całkiem zniesiono. – Na przykład we wcześniejszym programie wymagano rozpoczęcia leczenia ortodontycznego i gromadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej u 100 pacjentów, a obecnie u 70, zmniejszono liczbę procedur klinicznych związanych z zabiegami profilaktycznymi. Zniesiono np. procedurę separowania zębów czy aktywowania elementów w aparatach zdejmowanych – wyjaśnia dr hab. Beata Kawala, konsultant krajowy w zakresie ortodoncji. – Zmiany są korzystne i ukierunkowują szkolenie ortodontyczne na problematykę wielospecjalistycznego leczenia pacjentów w okresie rozwoju osobniczego i dorosłych – dodaje.

Protetyka stomatologiczna

W przypadku tej specjalności kształcenie trwa 3 lata (były 4 lata). Staż podstawowy skrócono z ok. 580 dni roboczych do 505 dni rob. Staże kierunkowe są krótsze o mniej więcej połowę. Staż ze stomatologii dziecięcej zlikwidowano, z kolei dermatologiczny zastąpiono stażem z alergologii. Jest za to do zaliczenia aż 18 kursów (było 10). – Jest to korzystne, ponieważ tematyka kursów została uaktualniona i dostosowana do wymogów nowoczesnej protetyki

W przypadku
innej dziedziny
zabiegowej
– chirurgii
szczękowo-
twarzowej – jedną
z głównych zmian
jest ujednolicenie
trwania
specjalizacji do
6 lat dla wszystkich
grup zawodowych
(specjalistą może
być lekarz lub
lekarz dentysta).

18.04

Odbyło się
posiedzenie Komisji
Stomatologicznej
NRL, relacja na
www.gazetalekarska.pl.



stomatologicznej – uważa dr hab. Katarzyna Grocholewicz, mianowana w marcu br. na konsultanta krajowego z zakresu protetyki stomatologicznej. – Niezwykle ważną zmianą jest wzrost liczby zabiegów i procedur medycznych, których wykonanie jest podstawą zaliczenia stażu podstawowego. Ich zakres poszerzono również o nowoczesne uzupełnienia ceramiczne. W krótszym okresie trwania stażu specjalizant musi wykonać znacznie większą liczbę zabiegów i procedur, ale przy dobrym wykorzystaniu tego czasu jest to jak najbardziej możliwe. Sądzę, że wszystkie te zmiany korzystnie wpłyną na realizację programu specjalizacji, pozostał jeszcze do aktualizacji wykaz obowiązującego piśmiennictwa – dodaje dr hab. Katarzyna Grocholewicz.

Lekarze dentyści mogą również podejmować specjalizacje z zakresu zdrowia publicznego i epidemiologii. Pełne treści programów – zarówno poprzednie, jak i obecnie obowiązujące – dostępne są na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Omawiając zmiany w programach specjalizacji lekarsko-dentystycznych warto także przypomnieć, że zgodnie z przyjętą pod koniec 2013 r. nowelizacją dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych kolejne specjalizacje lekarsko-dentystyczne będą mogły być włączane do systemu uznawania automatycznego w drodze aktów delegowanych przyjmowanych przez Komisję Europejską, jeżeli występują w co najmniej 2/5 państwa członkowskich (czyli obecnie w co najmniej 12 państwach).

– Istnieje więc szansa na to, że lekarze stomatolodzy uzyskają za jakiś czas możliwość ubiegania się o automatyczne uznanie w innych państwach unijnych dodatkowych specjalizacji, oprócz chirurgii stomatologicznej i ortodoncji. Obecnie prowadzone są już wstępne prace w tym zakresie dotyczące specjalizacji w dziedzinie periodontologii. Wskazuje się, że specjalizacją występującą w odpowiedniej liczbie państw jest także stomatologia dziecięca - tłumaczy Anna Lella, przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL. ■

Edukacja implantologiczna

O potrzebie kształcenia z zakresu implantologii stomatologicznej z prof. zw. dr. hab. n. med. **Ryszardem Koczorowskim**, wiceprezydentem PSI, oraz dr. n. med. **Mariuszem Dudą**, prezydentem PSI, rozmawia **Jolanta Małmyga**.



prof. Ryszard Koczorowski

dr Mariusz Duda

Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne od 2003 r. umożliwia lekarzom dentystom podnoszenie kwalifikacji zawodowych w zakresie implantologii stomatologicznej, organizuje kongresy naukowe, sympozja, zjazdy i prowadzi działalność wydawniczą. Leczenie implantologiczne stało się bardziej dostępne zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy dentystów, którzy stosują tę metodę w swoich gabinetach, chociaż implantologia nadal nie jest rozwiązaniem standardowym, jednak jako nowoczesna metoda leczenia wymaga ustawicznego kształcenia. Szkolenie z zakresu implantologii jest obowiązkowe w uzyskaniu specjalizacji w zakresie chirurgii stomatologicznej.

Panie profesorze, jak wygląda system kształcenia implantologicznego z pana perspektywy?

Ryszard Koczorowski: Leczenie implantologiczne i następnie protetyczne jest nowoczesną, alternatywną i najbardziej efektywną metodą rehabilitacji narządu żucia u pacjentów z różnymi typami braków zębowych. Utrata nawet niewielkiej liczby zębów powoduje bowiem destrukcyjne i dysfunkcyjne zmiany w układzie stomatognatycznym i skutkuje upośledzoną w różnym zakresie funkcją oraz dyskomfortem estetycznym. Stąd też, mając na uwadze ciągły postęp w stomatologii oraz konieczność realizacji szkolenia podyplomowego, Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne wprowadziło do kalendarza dydaktycznych imprez szereg szkoleń, które w sposób interdyscyplinarny obejmują tematykę rehabilitacji narządu żucia z zastosowaniem śródkostnych wszczepów różnego typu oraz odtwórczych technik zarówno w zakresie tkanek miękkich, jak i struktur kostnych. Wieloaspektowość prezentowanych zagadnień pozwala, jak sądzę, zainteresować uczestników szkoleń współczesną wiedzą dotyczącą implantologii i implantoprotetyki, a tym samym zaowocuje w pracy klinicznej realizowanej w gabinetach.

Jakie trendy obecnie przeważają w implantologii? Na co szczególnie warto zwracać uwagę w wyborze szkoleń i kursów?

RK: Obserwuję tendencję do skracania procesu rekonstrukcyjnego, rozwoju implantacji natychmiastowej i podkreślenia znaczenia procedur zabiegowych w uzyskaniu optymalnej estetyki. Także rozwój nowoczesnej diagnostyki i technik odtwórczych ma kapitalne znaczenie dla uzyskania efektów finalnych. Z dydaktycznego doświadczenia wiem, że najbardziej akceptowane są prezentacje proceduralno-zabiegowe, jednak w mojej opinii winny być one poparte także szerszym zakresem wiedzy teoretycznej i eksperymentalno-klinicznej. Z pewnością liczba szkoleń przekłada się na praktyczno-kliniczne przygotowanie,

a od każdego wykładowcy można wysublimować coś, co nas bardziej lub mniej przekonuje do prezentowanej metody leczniczej.

Od prawie czterech lat jest pan wiceprezydentem PSI. Jak postrzega pan działanie stowarzyszenia na tle innych organizacji implantologicznych w Polsce i na świecie?

RK: Nie ukrywam, że praca dla PSI sprawia mi dużą satysfakcję, bowiem stowarzyszenie to rozwija się niezwykle dynamicznie, organizując m.in. szkolenia na różnych poziomach zaawansowania implantologicznego. Mam tu na myśli Curriculum Implantologii, certyfikaty Umiejętności Implantologicznej Fellowship i Diplomate, Expert Program oraz uczestnictwo w prestiżowych wydarzeniach zagranicznych i krajowych. Warto podkreślić jest to, iż spotkania prowadzone są przez szeroką kadrę wykładowców, w tematyce obejmującej nie tylko stricte zabiegowe chirurgiczne procedury, ale także powiązane z nimi zagadnienia, m.in. periodontologiczne czy protetyczne w dywersyfikowanych ośrodkach ze zróżnicowanym programem naukowym. Ponadto czasopismo „Implantologia Stomatologiczna” wydawane przez PSI jest obecnie jednym z nielicznych polskich periodyków o tym profilu tematycznym w Polsce.

Z jakimi międzynarodowymi organizacjami współpracuje PSI?

RK: Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne ściśle współpracuje z International Congress Oral Implantology (ICOI), Deutsche Gesellschaft fuer Orale Implantologie (DGOI), organizując systematycznie międzynarodowe świetnie zorganizowane kongresy, które pozwalają nie tylko na bezpośrednie dyskusje, ale sprzyjają również procesom integracyjnym naszego środowiska.

Cieszy czynne uczestnictwo wielu członków PSI w licznych międzynarodowych implantologicznych wydarzeniach zjazdowych, a ich oryginalne publikacje w uznanych czasopismach, często z listy filadelfijskiej, są potwierdzeniem wysokiego poziomu klinicznego i naukowego.

Niezwykle ważne jest prakseologiczne podejście naszego stowarzyszenia do tematu i edukacyjna wielostopniowość, która pozwala rozwijać się zarówno osobom początkującym, średnio zaawansowanym, jak i profesjonalistom, bowiem progres w implantologii jest, i jak sądzę, długo będzie permanentny.

Panie doktorze, od ośmiu lat jest pan prezydentem PSI – jaki był cel założenia towarzystwa implantologicznego 12 lat temu?

Mariusz Duda: W naszym zamyśle, potwierdzonym w statucie stowarzyszenia, PSI miało realizować swoje cele m.in. poprzez prowadzenie kursów i staży, umożliwiających lekarzom dentystom podnoszenie kwalifikacji zawodowych, zdobycie Certyfikatów Umiejętności w zakresie implantologii stomatologicznej, organizowanie kongresów naukowych, sympozjów, zjazdów i prowadzenie działalności wydawniczej. Szczególnie ważna, w związku z dużymi trudnościami w dostępie do szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy dentystów, była dla nas od początku kwestia Certyfikatów Umiejętności,

dostępnych dla lekarzy klinicystów niezależnie od posiadania przez nich specjalizacji.

Zdobycie certyfikatu wymaga zdania egzaminów końcowych. Jak ocenia pan stopień przygotowania kandydatów?

MD: Idea zdobywania certyfikatów z pewnością jest coraz bardziej popularna, a kandydaci do otrzymania certyfikatów są do nich coraz lepiej przygotowani, co oznacza, że cele Stowarzyszenia są zrealizowane zgodnie z planem. Z perspektywy czasu mogę stwierdzić, że poziom prezentowanych w czasie egzaminu klinicznych osiągnięć stale wzrasta, ale też coraz powszechniejsze staje się szczegółowe fotograficzne dokumentowanie własnych przypadków implantologicznych. Codzienna praca w gabinecie ma zatem przełożenie na poziom egzaminów, bo dzięki temu otrzymujemy coraz lepsze prezentacje zarówno pod względem wizualnym, jak i merytorycznym. Na pewno też ma na to wpływ główny program szkoleniowy naszego stowarzyszenia, czyli Curriculum Implantologii. Aktualnie trwa 11. edycja Curriculum, a lista uczestników na kolejny rok jest już zamknięta.

Jakie są plany na przyszłość? Co PSI proponuje jeszcze w tym roku i w latach następnych?

MD: Od poprzedniego kongresu w roku 2013 konsekwentnie kontynuujemy działalność Stowarzyszenia: Curriculum Implantologii cieszy się dużym powodzeniem i ma ugruntowaną pozycję wśród polskich programów edukacji w implantologii, regularnie ukazuje się czasopismo „Implantologia Stomatologiczna”, rośnie liczba absolwentów Curriculum i egzaminów umiejętności implantologicznych. Rozszerzyliśmy także ofertę programową PSI o Curriculum Higienistki i Asystentki Implantologicznej jako wsparcie dla całego zespołu implantologicznego.

Już za dwa miesiące w Poznaniu odbędzie się 9. Kongres PSI. Dlaczego warto w czerwcu pojechać do Poznania?

MD: Podczas Kongresu w Poznaniu uznani wykładowcy polscy i zagraniczni zaprezentują aktualne kierunki rozwoju w implantologii: implantacje w trudnych warunkach anatomicznych, metody minimalnie inwazyjne w implantologii oraz strategię implantologiczną w strefie estetycznej. Program Kongresu uzupełnią warsztaty praktyczne, egzaminy umiejętności implantologicznych, sesja plakatowa oraz międzynarodowy weekend Curriculum Implantologii.

Wsparcie ze strony ICOI, które jest największą na świecie profesjonalną organizacją skupiającą lekarzy implantologów, pozwala nam konsekwentnie realizować wspólne przedsięwzięcia edukacyjne i współpracę naukową z najlepszymi ośrodkami, a także przynosi nam wiele korzyści i daje liczne możliwości. Miło nam będzie gościć już po raz kolejny m.in. wieloletniego prezydenta ICOI i DGOI dr. (prof. NYU) Ady Paltiego oraz prezydenta International Piezosurgery Academy (IPA) dr. Enzo Rossiego.

Od ostatniego kongresu przybyło również ponad 100 aktywnych członków Stowarzyszenia, bowiem dzisiaj PSI skupia ponad 500 lekarzy dentystów. Kongres będzie zatem kolejnym podsumowaniem działalności PSI i okazją do zaprezentowania naszych osiągnięć. ■

Z dydaktycznego doświadczenia wiem, że najbardziej akceptowane są prezentacje proceduralno-zabiegowe, jednak w mojej opinii winny być one poparte także szerszym zakresem wiedzy teoretycznej i eksperymentalno-klinicznej.

Niezbędny czas

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

Opis przypadku

W czerwcu 2010 r. rodzice zgłosili się z dzieckiem do pediatry (obwiniony 1) leczącego w NZOZ-ie. Ustalono objawy: częste oddawanie moczu, spożywanie dużych ilości wody, brak wymiotów oraz brak gorączki. Diagnoza: infekcja dróg moczowych, częstomocz. Zalecenia: podanie Furaginu i witaminy C, a w razie braku poprawy wykonanie badania moczu po 4-5 dniach.

W kolejnych trzech dobach stan dziecka uległ pogorszeniu. Rodzice udali się do Stacji Ratownictwa Medycznego przy WSS w Z. Lekarzowi dyżurnemu (obwiniony 2) zgłosili objawy: apatyczność dziecka i osłabienie. Poinformowali o wcześniejszej diagnozie i zleconym leczeniu. Obwiniony 2 zebrał wywiad i poddał dziecko badaniu ogólnemu. Diagnoza: zapalenie układu moczowego. Zalecenia: kontynuowanie leczenia Furaginem i podawanie soku żurawinowego. Lekarz nie zlecił badania ogólnego moczu.

Następnego dnia rodzice ponownie zgłosili się z dzieckiem do SRM przy WSS w Z. Lekarz dyżurny (obwiniony 3) zebrał wywiad, poznał wcześniejsze diagnozy i zalecenia, a także uzyskał informacje o dolegliwościach dziecka w dniu wizyty: wymioty, brak gorączki, objawy dyzuryczne mierne. Diagnoza: zapalenie gardła. Zalecenia: odstawienie Furaginu, podanie antybiotyku Zinnat.

Stan dziecka pogarszał się, więc rodzice zgłosili się do kolejnego lekarza, w gabinecie prywatnym. Lekarz stwierdził: senność, apatyczność, wyczuwalny zapach acetonu w odde-

chu, brak gorączki, powłoki skórne blade, skóra sucha, mało elastyczna, objaw fałdu ($\pm$). Diagnoza: podejrzenie cukrzycy. Zalecenia: skierowanie dziecka do szpitala.

Postępowanie

W lipcu 2010 r. do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) wpłynęła skarga rodziców dziecka. OROZ po zbadaniu sprawy skierował wniosek o ukaranie do Okręgowego Sądu Lekarskiego (OSL) w Ł., który w maju 2012 r. orzekł: w przypadku lekarza obwinionego 1 popełnienie przewinienia zawodowego, z naruszenia art. 8 KEL w zw. z art. 4 ustawy o zawodach lek. i lek. dent., orzekając karę upomnienia. W przypadku lekarza obwinionego 2 orzekł jak w przypadku obwinionego 1. Lekarz obwiniony 3 został ukarany karą nagany. OSL uznał, że lekarz powinien przeprowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne z należytą starannością, a także poświęcając im niezbędny czas. Pełnomocnik lekarza obwinionego 2 i obwinionego 3 odwołał się od tego orzeczenia. W 2013 r. sprawa trafiła do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), który uznał odwołanie za niezasadne i zaskarżone orzeczenie utrzymał w mocy.

Kasacja

Wobec powyższego pełnomocnik lekarza obwinionego 2 złożył kasację do Sądu Najwyższego (SN). Po jej rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie, SN postanowił oddalić kasację, uznając ją za oczywiście bezzasadną. ■

Komentarz

Należyta staranność i poświęcony niezbędny czas to podstawowe, nieodzowne atrybuty w lekarskiej praktyce. W opisywanym przypadku zabrakło tych cech w postępowaniu całej trójki lekarzy. Rzecznik i sądy lekarskie jednoznacznie stwierdziły, że to powierzchowność i brak rzetelności podczas zbierania wywiadu i badania fizykalnego nie doprowadziły do spostrzeżenia objawów, które skutkowałyby postawieniem prawidłowego rozpoznania już podczas pierwszej wizyty i uchroniłyby dziecko przed rozwojem schorzenia zagrażającego życiu. Zaniechanie zlecenia wykonania badania moczu spowodowało powikłaną hospitalizację.

Funkcję niezbędnego czasu należy spostrzegać tu w wieloraki sposób. Najpierw czas pierwszej wizyty. Najczęściej towarzyszą jej emocje ze strony pacjenta i jego opiekunów. Wiele doświadczenia potrzeba lekarzowi, aby takiej wizycie towarzyszyło partnerstwo, rzeczowa wymiana informacji i uważne przyjęcie zaleceń. Jest więcej niż prawdopodobne, iż jedna wizyta nie będzie wystarczająca. Nie oznacza to jednak, że czas poświęcony takiej wizycie nie powinien być co najmniej dostateczny. Potem świadomość poświęcenia czasu na powtórne spotkanie. Przecież jest niemal oczywiste, że

chory będzie wymagał kontroli. Zazwyczaj zalecamy wykonanie badań, wydając stosowne skierowania. Informujemy, że w razie braku poprawy lub progresji choroby chory powinien zgłosić się wcześniej. To druga pochodna niezbędnego czasu i weryfikacji – własnej lub zewnętrznej – należytej staranności. Kolejną pochodną jest miejsce udzielania pomocy. Być może dla lekarza funkcjonującego w ambulatoryjnej wieczorowej i świątecznej pomocy niezbędny czas oznacza czas minimalny, ze względu na ilość oczekujących pomocy nagłej, na brak historii zdrowia i choroby zgłaszającego się pacjenta czy ze względu na obowiązki, które przyjdzie wykonywać po takim dyżurze następnego dnia.

Zakładamy, że nasz poprzednik dokładnie zebrał wywiad, rzetelnie zbadał pacjenta, prawidłowo rozpoznał chorobę i leczył. Tak właśnie należy zakładać, ale warto też stosować się do zasad, szczególnie jeśli jesteśmy kolejnym lekarzem, którego chory angażuje w swój kłopot. Nas też dotyczy funkcja niezbędnego czasu, chyba nawet bardziej dotyczy nas należyta staranność, gdyż znać już będziemy efekty pracy poprzednika. Nie zalecam zatem rezygnacji z ponownego, dobrze zebranego wywiadu, nie polecam skrócenia albo ograniczenia badania fizykalnego, nawet jeśli nic nowego nie spodziewamy się dostrzec, nie zalecam niezapoznawania się z wynikami wykonanych badań albo lekceważenie wiedzy, że ich nie wykonano. ■

W dniach
20-22 marca 2015 r.
w Poznaniu odbyła
się konferencja
szkoleniowa
organizowana przez
Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej oraz
Naczelny Sąd
Lekarski. Relacja
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM”.

Premium



**Grzegorz
Wrona**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Naruszenie praw pacjenta

Zgodnie z raportem Rzecznika Praw Pacjenta pomiędzy rokiem 2011 a 2013 doszło do prawie dwukrotnego wzrostu liczby składanych przez pacjentów skarg z tytułu naruszenia praw pacjenta. Działania te wynikają ze wzrostu świadomości prawnej pacjentów oraz działań tzw. kancelarii odszkodowawczych, upatrujących w tego typu sprawach możliwości uzyskania dodatkowych świadczeń dla swoich klientów. Wydaje się, że w najbliższych latach to właśnie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta będą stanowić istotną część wypłacanych odszkodowań.

Jakkolwiek na wokandach sądowych roszczenia dotyczące wyłącznie naruszenia praw pacjenta nie należą jeszcze do najczęstszych, poniższe przykłady są warte zainteresowania.

W kwietniu 2011 r. pacjentka Katarzyna D. trafiła na szpitalny oddział ratunkowy po klótni domowej, w trakcie której została dotkliwie pobita oraz zadano jej dwa niegroźne ciosy nożem. Po przywiezieniu pacjentki do szpitala personel karetki przekazał informację o stanie zdrowia pacjentki oraz o okolicznościach, w jakich doznała obrażeń. Podczas udzielania pomocy medycznej personel szpitala - pomimo osób trzecich znajdujących się na oddziale - głośno komentował stan zdrowia pacjentki oraz fakt, że trafiła do szpitala w wyniku pobicia. Pacjentka była badana na sali przyjęć, przy czym nie zapewniono jej prywatności poprzez osłonięcie parawanem lub wyprowadzenie do innej sali.

W czerwcu 2012 r. Katarzyna D. złożyła pozew przeciwko szpitalowi, w którym podnosiła, że zostały naruszone jej prawa do prywatności, poszanowania życia prywatnego oraz tajemnicy o stanie zdrowia. Poszkodowana domagała się wypłaty 100.000 złotych zadośćuczynienia. Sąd Okręgowy rozpatrujący sprawę w pierwszej instancji uznał zasadność roszczenia powódki, przy czym uznał roszczenie za zbyt wygórowane i przyznał powódce 40.000 złotych. W związku ze złożoną apelacją Sąd Apelacyjny obniżył należne zadośćuczynienie do 20.000 złotych.

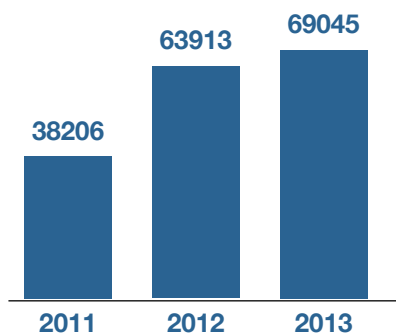
Inną sprawą dotyczącą naruszenia praw pacjenta, połączoną tym razem z powstaniem uszczerbku na zdrowiu pacjenta, jest sprawa dotycząca Andrzeja T., który został poddany zabiegowi wycięcia jelita grubego. Pacjent przed wykonaniem zabiegu operacyjnego w marcu 2012 r. podpisał standardową zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego, przy czym nie został poinformowany o ryzyku, jakie wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu oraz o możliwych powikłaniach. Po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym doszło do krwawienia wewnętrznego. Doprowadziło to do ponownego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Poszkodowany w październiku 2012 r. skierował do szpitala roszczenie o zapłatę odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości 200.000 złotych. Sąd Okręgowy przyznał poszkodowanemu 50.000 złotych tytułem zadośćuczynienia oraz 5.000 złotych tytułem odszkodowania za utracony zarobek. Sąd Apelacyjny podtrzymał wyrok sądu okręgowego.

Szkody związane z naruszeniem praw pacjenta a odpowiedzialność cywilna

- Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.
- Roszczenia wynikające z naruszenia praw pacjenta, co do zasady, NIE SĄ objęte obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej.

Liczba zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011-2013:



Wyzwania dla personelu medycznego i placówek ochrony zdrowia:

- Systematyczne podnoszenie jakości pracy
- Nacisk na dobrą komunikację z pacjentem
- Zorientowanie na pacjenta
- Stała aktualizacja wiedzy medycznej i prawnej
- Dostosowanie ochrony ubezpieczeniowej do aktualnych wyzwań



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.



Kasy fiskalne: kolejne pytania i odpowiedzi

**Mariusz
Tomczak**

Nadal nie brakuje wątpliwości w związku z niedawnym rozszerzeniem obowiązku posiadania kas fiskalnych. Poniżej lista pytań, na które odpowiedzi udzieliło nam Ministerstwo Finansów.

Jakie sankcje grożą lekarzom i lekarzom dentystom za brak kasy fiskalnej?

Odpowiedzialność za przestępstwa skarbowe lub wykroczenia skarbowe, w tym związane z nieprzestrzeganiem obowiązku ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących, reguluje ustawa z dnia 10 września 1999 r. Kodeks karny skarbowy. Zgodnie z art. 62 §1 tej ustawy, kto wbrew obowiązkowi nie wystawia faktury lub rachunku za wykonanie świadczenia, wystawia je w sposób wadliwy albo odmawia ich wydania, podlega karze grzywny do 180 stawek dziennych. Natomiast art. 62 § 4 stanowi, iż karze określonej w § 1 podlega także ten, kto wbrew przepisom ustawy dokona sprzedaży z pominięciem kasy rejestrującej albo nie wyda dokumentu z kasy rejestrującej, stwierdzającego dokonanie sprzedaży.

Jak przebiega kontrola kasy fiskalnej przez pracownika urzędu skarbowego? O co kontroler ma prawo zapytać i czego może zażądać?

Organy podatkowe prowadzą swoje działania w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa, przestrzegając przy tym procedur określonych w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, zaś szczegółowy zakres działania naczelników urzędów skarbowych wynika z przepisów ustawy z dnia 21 czerwca 1996 r. o urzędach i izbach skarbowych. Jeśli zatem wobec lekarza lub lekarza dentystry prowadzącego działalność gospodarczą została wszczęta kontrola prawidłowości ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kasy rejestrującej oraz wydawania paragonów fiskalnych, to pracownicy urzędów skarbowych sprawdzają, czy kontrolowany należycie wywiązuje się z obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego. W praktyce sprowadza się to przede wszystkim do żądania udostępnienia akt, ksiąg i wszelkiego rodzaju dokumentów związanych z przedmiotem kontroli, z wyjątkiem danych medycznych pacjentów oraz informacji stanowiących tajemnicę lekarską. Jednocześnie należy nadmienić, że w art. 286 Ordynacji podatkowej ustawodawca zawarł szczegółowy katalog uprawnień kontrolującego, z którego jednocześnie wynikają obowiązki kontrolowanego. Organy podatkowe, przeprowadzając czynności kontrolne, mają obowiązek przestrzegania powyższych zasad.

Czy resort planuje przeprowadzać masowe kontrole posiadania kas fiskalnych wśród osób prowadzących indywidualne praktyki lekarskie i indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie?

W odniesieniu do lekarzy lub lekarzy dentystrów nie są planowane wzmożone działania kontrolne. Wobec tej grupy podatników prowadzone są na bieżąco analizy ryzyka i stosowne działania podejmowane są w razie potrzeby. Równocześnie z działaniami o charakterze kontrolno-sankcyjnym urzędy skarbowe podejmują liczne działania o charakterze prewencyjnym, informacyjnym i edukacyjnym.

Czy przy pierwszej kontroli lekarze i lekarze dentyści od razu karani są mandataми karnymi, czy też mogą liczyć jedynie na upomnienie?

Kks, w przeciwieństwie do Kodeksu wykroczeń, nie przewiduje kary nagany (upomnienia) w przypadku stwierdzenia popełnienia czynu zabronionego. Jednocześnie w okolicznościach danej sprawy organ postępowania może ustalić, że szkodliwa społeczność danego wykroczenia skarbowego jest znikoma i na podstawie art. 17 § 1 pkt 3 kpk odstąpić od wszczęcia dochodzenia.

W jakich przypadkach osoby kontrolowane w zakresie prawidłowości korzystania z kasy fiskalnej mają prawo do odmowy przyjęcia mandatu karnego?

Zgodnie z art. 137 kks odmowa przyjęcia przez sprawcę mandatu karnego jest uprawnieniem powszechnym. Może z niego skorzystać każdy lekarz lub lekarz dentysta.

Czy jakiegokolwiek sprawy dotyczące indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich skierowano do sądu?

Ministerstwo Finansów nie znajduje się w posiadaniu takich danych. Statystyki karne skarbowe nie uwzględniają poszczególnych grup zawodowych wśród sprawców.

Za poprawność wpisów wprowadzanych do książki przez serwisanta odpowiada właściciel kasy fiskalnej.

W odniesieniu do lekarzy lub lekarzy dentystrów nie są planowane wzmożone działania kontrolne. Wobec tej grupy podatników prowadzone są na bieżąco analizy ryzyka i stosowne działania podejmowane są w razie potrzeby.

Dlaczego lekarzowi czy lekarzowi dentyście grozi mandat za to, że adnotacja serwisanta jest nieczytelna, nie wstawi on swojej pieczętki lub zapomniał się podpisać?

Do znamion czynów zabronionych, o których mowa w art. 62 kks, należy umyślność działania sprawcy – nie wydaje się, by w podanym przykładzie zachodziła odpowiedzialność karna skarbową.

Co grozi właścicielowi kasy za samowolną likwidację kasy fiskalnej? W jaki sposób należy przeprowadzić końcowy odczyt pamięci, aby wszystko przebiegło w sposób zgodny z przepisami?

Jeżeli likwidacja, usunięcie kasy fiskalnej itp. działanie, prowadzi w sposób zamierzony do dokonania sprzedaży z jej pominięciem, statuuje to odpowiedzialność karną skarbową. Końcowy odczyt kasy rejestrującej należy przeprowadzić zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 14 marca 2013 r. w sprawie kas rejestrujących (Dz. U. z 2013 r. poz. 363). Zgodnie z tym przepisem w przypadku zakończenia przez kasę pracy w trybie fiskalnym podatnik:

- 1) wykonuje raport fiskalny dobowy i raport fiskalny okresowy (miesięczny);
- 2) składa w terminie 7 dni od dnia zakończenia pracy kasy w trybie fiskalnym wniosek do naczelnika urzędu skarbowego o dokonanie odczytu pamięci fiskalnej kasy, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) składa wniosek o wyrejestrowanie kasy z ewidencji prowadzonej przez naczelnika urzędu skarbowego;
- 4) dokonuje przy pomocy serwisanta kasy odczytu zawartości pamięci fiskalnej kasy przez wykonanie raportu rozliczeniowego za cały okres pracy kasy w obecności pracownika urzędu skarbowego.

Czy kasy jednostanowiskowe nadające się do pracy przenośnej, oczywiście pod warunkiem

wskazania tego we wniosku rejestracyjnym, mogą służyć do wystawiania paragonów po wizycie domowej u pacjenta?

Zgodnie z art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.), podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych są obowiązani prowadzić ewidencję obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących. Zgodnie natomiast z art. 111 ust. 3a pkt 1 ww. ustawy, podatnicy prowadzący ewidencję obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących są obowiązani dokonywać wydruku paragonu fiskalnego lub faktury z każdej sprzedaży oraz wydawać wydrukowany dokument nabywcy. Lekarz przy spełnieniu wymogów ww. przepisu art. 111 ust. 3a pkt 1 ustawy może używać jednej kasy przenośnej podczas wizyt domowych u pacjentów.

Czy dwoje lekarzy może korzystać z tej samej kasy fiskalnej w jednym gabinecie?

Zgodnie z art. 111 ust. 3a pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług, podatnicy prowadzący ewidencję obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących są obowiązani stosować kasy rejestrujące wyłącznie do prowadzenia ewidencji własnej sprzedaży, z zastrzeżeniem ust. 3b. W ust. 3b zostali wymienieni podatnicy prowadzący ewidencję przy zastosowaniu kas rejestrujących, u których podstawą opodatkowania jest kwota prowizji lub inna postać wynagrodzenia za wykonywane usługi w ramach umowy agencyjnej, zlecenia, pośrednictwa lub innych umów o podobnym charakterze albo marża, jednak przepis ten nie dotyczy sytuacji wskazanej w pytaniu. Mając na uwadze przepis art. 111 ust. 3a pkt 7 ustawy, dwoje lekarzy, którzy prowadzą dwie odrębne praktyki lekarskie, nie mogą ewidencjonować swoich obrotów na jednej kasie rejestrującej. ■

Mając na uwadze przepis art. 111 ust. 3a pkt 7 ustawy, dwoje lekarzy, którzy prowadzą dwie odrębne praktyki lekarskie, nie mogą ewidencjonować swoich obrotów na jednej kasie rejestrującej.

The UEMS House – Domus Medica Europaea



Utworzenie wspólnego miejsca dla organizacji zawodowych reprezentujących lekarzy w UE było od dawna proponowane przez liczne organizacje krajowe.

10 kwietnia uroczyście i oficjalnie otwarto Dom Europejskich Lekarzy przy 24 rue de l'Industrie w Brukseli. Za tradycyjną fasadą kryje się całkowicie przebudowany obiekt o łącznej powierzchni 1000 m² z powierzchnią biurową oraz dwiema dzielonymi salami konferencyjnymi, z bardzo nowoczesnymi i energooszczędnymi instalacjami.

Zapraszamy wszystkie organizacje lekarskie zainteresowane otwarciem biura lub organizacją w Brukseli niewielkich spotkań (do 60 osób) do korzystania z Domus Medica Europaea. Naszego wspólnego domu.

Relacja z tego wydarzenia na www.gazetalekarska.pl. ■

Romuald Krajewski

Prezydent Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)



**Prof. dr n. med.
Andrzej Kaszuba**

Kierownik Kliniki
Dermatologii,
Dermatologii
Dziecięcej
i Onkologicznej
Uniwersytet
Medyczny
w Łodzi

Mupirocyna w bakteryjnych zakażeniach skóry

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków, mupirocyna jest jedynym antybiotykiem dopuszczonym do stosowania w zakażeniach przewlekłych zmian skórnych (odleżyn i owrzodzeń towarzyszących chorobom naczyń żylnych) wywołanych przez metycylinooporne szczepy gronkowca złocistego.

Gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*, SA) jest częstym patogenem w zakażeniach skóry. Uważa się, że kolonizacja dotyczy 30% populacji, przy czym w większości bytuje on w nozdrzach, a u ok. 10% w okolicy krocza, pach, w gardle i na rękach. U chorych z atopowym zapaleniem skóry kolonizacja SA jest jeszcze częstsza (60-90% chorych) [Bulanda 2010]. Produkowane przez gronkowca złocistego superantygeny powodują zaostrzenia w przebiegu AZS. Z tego powodu należy dążyć do szybkiej eliminacji SA ze skóry chorych na AZS przy użyciu miejscowych antybiotyków [Tang 2010].

W praktyce dermatologicznej coraz częściej obserwuje się lekooporność gronkowca złocistego i wzrost udziału zakażeń szczepami opornymi na metycylinę (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA). U dzieci poddanych hospitalizacji, MRSA odpowiada za 69-96% zakażeń skóry i tkanek miękkich [Le 2006]. Wysoki odsetek zakażeń MRSA występuje także u pacjentów z przewlekłymi owrzodzeniami żylnymi [Jappe 2004]. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków jedynym antybiotykiem dopuszczonym do stosowania w zakażeniach wywołanych przez MRSA u tej grupy pacjentów jest mupirocyna [Hryniewicz 2012]. Antybiotyki, takie jak neomycyna i bacytracyna, nie powinny być stosowane, gdyż powodują silne reakcje uczuleniowe. Pierwotne uczulenie na zewnętrznie stosowaną neomycynę może być też przyczyną uogólnionych reakcji alergicznych po doustnie podanym antybiotyku z tej samej grupy [Dzierżanowska 2001].

Mupirocyna (MUPIROX) to najczęściej wymieniany antybiotyk w terapii miejscowej bakteryjnych zakażeń skóry. Mupirocyna nie jest związana budową chemiczną i sposobem działania z żadną z poznanych dotychczas grup środków przeciwbakteryjnych. Jest to antybiotyk o wyjątkowej strukturze, mechanizmie działania i właściwościach farmakokinetycznych. Działanie mupirocyny jest skierowane głównie przeciwko bakteriom Gram-dodatnim, tj. gronkowcom,

w tym również metycylinoopornym (MRSA) oraz paciorkowcom. Mupirocyna charakteryzuje się powolnym rozwojem oporności, co wyróżnia ją spośród innych miejscowych leków przeciwoznaczonych [Bulanda 2010].

Skuteczność mupirocyny w leczeniu liszajca jest porównywalna z cefaleksyną [Koning 2002, Cole 2007], przy lepszym profilu bezpieczeństwa i mniejszym ryzyku działań niepożądanych wynikających z antybiotykoterapii ogólnej. Ze względu na sposób eliminacji (nie wchłania się do krwi lecz ulega eliminacji ze złuszczonego naskórkiem), mupirocyna może być stosowana w leczeniu zakażeń skóry u najmłodszych pacjentów [Dzierżanowska 2001, Czuwara 2012].

Użycie miejscowych antybiotyków powinno być ograniczone do zakażeń powierzchownych, zlokalizowanych na niewielkim obszarze skóry. Przedłużony czas leczenia może przyczynić się do rozwoju lekooporności i alergicznego kontaktowego zapalenia skóry. Przykładem jest kwas fusydowy, często stosowany u chorych z zakażonym wypryskiem kontaktowym oraz neomycyna, składnik maści i kropli do oczu, uszu i nosa. Zarówno kwas fusydowy, jak i neomycyna mogą wywołać alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, szczególnie u starszych pacjentów z przewlekłymi dermatozami uprzednio leczonymi wieloma preparatami miejscowymi, w tym o działaniu przeciwbakteryjnym [Laube 2002].

Mupirocyna (MUPIROX) jest wskazana w leczeniu pierwotnych i wtórnych zakażeń skóry, zwłaszcza spowodowanych przez MRSA [Laube 2002]. Przegląd 4 randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych z udziałem 440 pacjentów potwierdza bardzo wysoki (96,2%) odsetek wyleczeń powierzchownych zakażeń skóry przy użyciu mupirocyny [Rubin 2003]. ■

Piśmiennictwo u autora

Sponsorem
serwisu jest





Klauzula sumienia

Lekarze, pielęgniarki, aptekarze i prawnicy spotkali się w tym samym miejscu i czasie, by mówić o aspektach sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej.

**Katarzyna
Strzałkowska**

Funkcjonowanie klauzuli sumienia w prawie popiera 82 proc. lekarzy i tyle samo uważa, że obowiązek wskazania pacjentowi innego lekarza powinien być scedowany na inny podmiot – takie wyniki badań uzyskała dr Małgorzata Chudzińska z Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, przeprowadzając je w grupie trzystu bydgoskich lekarzy. Średni wiek badanych wynosił 45 lat, średni staż pracy 19 lat. Jak zaznacza autorka badań, prawie połowa lekarzy skorzystała z klauzuli sumienia, ale zarówno ci, którzy skorzystali, jak i ci, którzy nie odmówili świadczeń ze względu na konflikt sumienia twierdzili, że procedury przy korzystaniu z klauzuli nie są wystarczająco jasne i że mogliby się obawiać odpowiedzialności karnej.

W obecnej ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Wyjątkiem są sytuacje, gdzie gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

– Skutkiem ustawy w obecnym kształcie jest to, że zamiast korzystać z wolności sumienia, lekarz zmuszany jest w każdym przypadku walczyć o prawo do wolności sumienia i bronić go, pokonując ograniczenia – podkreślił Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Zapisy m.in. w zakresie obowiązku wskazania innego lekarza lub jednostki ochrony zdrowia przez lekarza odmawiającego świadczenia Naczelna Rada Lekarska zaskarżyła do Trybunału Konstytucyjnego. Prof. Andrzej Zoll z Uniwersytetu Jagiellońskiego również uważa, że ten obowiązek powinien ulec zmianie i nie powinien ciążyć na lekarzu. Jego zdaniem obowiązek wskazania innego lekarza lub jednostki powinien spoczywać na państwie i w jego imieniu mógłby o tym informować np. Rzecznik Praw Pacjenta.

– Rzeczywiście ustawa musi podać szczegółowe warunki, gdyż w obecnym kształcie pluralizm etyczny spotyka się z uniwersalizmem prawnym i jest to nieuniknionym źródłem konfliktu w budowaniu demo-

kratycznego państwa – powiedział prof. Andrzej Zoll. Zdanie to podzielił prof. Michał Królikowski z Uniwersytetu Warszawskiego, zaznaczając, że przy jednym systemie normatywnym, jaki istnieje w tym zakresie, rośnie napięcie między treścią obowiązku prawnego a przekonaniem moralnym obywateli. – Ocenilibym to jako spór, który jest reflekssem sporu cywilizacyjnego – zaznaczył prof. Królikowski.

– Ponieważ pluralizm etyczny dotyczy także opieki zdrowotnej, to stosunek państwa do sprzeciwu sumienia określa poziom rozwoju cywilizacyjnego danego społeczeństwa. Mam nadzieję, że czasy jedynie słusznych poglądów etycznych niedługo miną – dodał Marek Czarkowski z Ośrodka Bioetyki NIL.

Na zmiany w zakresie podejścia do klauzuli na przestrzeni lat wskazywała Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. – Wielkich dylematów etycznych pielęgniarki nie odnotowywano przed latami 70., gdyż głównie wykonywała ona pracę zlecaną przez lekarza – podkreśliła. Obecnie pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji na podstawie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Z badania opublikowanego w 2009 r. przez „Politechnikę Lubelską” wynika, że 84 proc. z 51 pielęgniarek nie korzystało z klauzuli, ale ponad 1/3 znalazła się w konieczności realizacji świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z ich sumieniem.

Aptekarze nie mają ustawy o zawodzie farmaceuty, która by regulowała kwestie sprzeciwu sumienia. – Uważamy jednak, że mamy to prawo zagwarantowane przez Konstytucję – podkreślał Marek Jędrzejczak, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Wśród przepisów prawa związanych z klauzulą sumienia zarówno przedstawiciele zawodów medycznych, jak i prawnicy najczęściej wymieniali zapisy Konstytucji RP, Rezolucję Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 r., orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Alicji Tysiąc z 2007 r., oświadczenie Komitetu Bioetyki PAN w sprawie klauzuli sumienia z 2013 r., stanowisko Prezydium NRL w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej z 2013 r., stanowisko Konferencji Episkopatu Polski z 2013 r. ■

Konferencja odbyła się w Bydgoszczy 28 marca 2015 r. i została zorganizowana m.in. przez Bydgoską Izbę Lekarską i Zakład Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Patronat objęli dr Stanisław Prywiński – prezes BIL oraz prof. Jan Styczyński – prorektor UMK ds. CM. Przewodniczącym konferencji był prof. Władysław Sinkiewicz – przewodniczący Komisji Bioetycznej BIL.

Marta
Jakubiak

Kondycja mężczyzn w Polsce

Powszechnie wiadomo, że Polki żyją dłużej niż Polacy. Na co najczęściej chorują panowie i co sprawia, że umierają wcześniej? Jak oni sami oceniają swoją kondycję? Jak oceniają ich kondycję eksperci?

W Polsce żyje obecnie około 18,5 miliona mężczyzn. Wśród osób do 39 r.ż. we wszystkich grupach wiekowych liczba mężczyzn jest większa niż liczba kobiet, jednak wśród osób starszych ta relacja jest odwrócona: przewaga kobiet rośnie wraz z wiekiem i wśród osób najstarszych (70 lat i więcej) wynosi już 30 proc. (65 proc. kobiety, 35 proc. mężczyźni). Badania ankietowe pokazują, że młodszy panowie czują się raczej dobrze. Odsetek mężczyzn do 35. r.ż., którzy oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, jest niewielki. Jednak już w wieku przechodzenia na emeryturę około 30 proc. panów ocenia swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, a jedynie co piąty z nich uważa, że jest dobry lub bardzo dobry. Taka ocena wiąże się z nie-najlepszym stanem zdrowia Polaków, co potwierdza średnia długość życia mężczyzn w Polsce, którzy żyją średnio o sześć lat krócej niż mężczyźni w krajach starej piętnastki UE. Polacy starają się doganiać Europę (na początku lat 90. różnica wynosiła 7 lat), jednak wciąż umierają młodziej. – Polski mężczyzna może liczyć, że będzie żył mniej więcej 73 lata, z czego 59 lat przeżyje w zdrowiu, czyli bez ograniczonej sprawności – informuje prof. Bogdan Wojtyniak, kierownik Zakładu-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności. – Zdecydowanie gorszy stan zdrowia w stosunku do innych populacji mają Polacy w wieku 45-64 lata. To różnica stanu zdrowia w tej grupie jest odpowiedzialna w 40-50 proc. do tego, że polscy mężczyźni żyją krócej. W wieku 30-44 lata oraz 45-59 lat umieralność mężczyzn w naszym kraju jest dwukrotnie wyższa niż w UE15 – zaznacza.

Najgroźniejsze choroby

Wśród najgroźniejszych zabójców polskich mężczyzn wymienia się choroby układu krążenia (40,9 proc. przyczyn zgonów) oraz nowotwory złośliwe (25,9). Na kolejnych miejscach znajdują się: przyczyny zewnętrzne (8,4), niedokładnie określone (6,6), choroby układu oddechowego (6,5) i trawiennego (4,6), zaburzenia wydzielania wewnętrznego (1,7), choroby układu nerwowego (1,3), choroby układu moczowo-płciowego (1,0), choroby zakaźne (0,6), pozostałe (2,5).

Czym spowodowana jest tak częsta zapadalność Polaków na choroby układu sercowo-naczyniowego? Wśród mężczyzn w wieku 18-79 lat aż 5,2 mln osób to palacze. Nadwagę ma blisko 10 mln osób,

czyli prawie 70 proc., otyłość dotyka blisko jednej czwartej panów. Niemal 9 mln mężczyzn ma hipercholesterolemię, ale wie o niej tylko co trzeci z nich, a tylko 1 mln mężczyzn ją leczy. Prawie 35 proc. panów (5 mln) ma nadciśnienie tętnicze, ale leczy je nieco ponad połowa z nich. – Statystyki pokazują straszne braki w obszarze wiedzy i edukacji mężczyzn, jeśli chodzi o ich stan zdrowia i profilaktykę – podkreśla prof. Wojtyniak.

Choroby nowotworowe

W stosunku do obywateli krajów UE27 współczynnik zachorowalności Polaków jest niższy w przypadku nowotworów jelita grubego i raka prostaty, jednak umieralność w naszym kraju jest znacznie wyższa. Jeśli chodzi o raka płuc, Polacy częściej chorują i umierają z powodu tego nowotworu niż Europejczycy. – Trafiają do lekarza zbyt późno, a dodatkowo system opieki zdrowotnej reaguje zbyt wolno, by móc ich skutecznie leczyć – zauważ prof. Wojtyniak.

– Ilość zachorowań na raka prostaty w Polsce drastycznie rośnie: w 2010 r. było ich ponad 9,5 tys., a w roku 2015 jest już niemal 13,5 tys. Przewidywania są bardzo złe – liczba zgonów stale rośnie. W Norwegii również jest więcej zachorowań, ale tam maleje liczba zgonów – mówi dr Roman Sosnowski, chirurg onkolog. Kiedy pojawiają się pierwsze objawy raka prostaty, u 70 proc. chorych zapewne są już przerzuty, a 41 proc. z nich prawdopodobnie umrze.

Zróznicowanie

Stan zdrowia mężczyzn i długość ich życia znacząco różnicuje poziom wykształcenia. Między osobą w wieku 25 lat z wyższym wykształceniem a wykształceniem podstawowym różnica wynosi blisko 14 lat. Średnia długość życia dla panów z wykształceniem podstawowym to 67 lat, podczas gdy mężczyźni z wykształceniem wyższym dożywają osiemdziesiątki. I jak twierdzi profesor Wojtyniak, młodzi mężczyźni z wykształceniem wyższym już są w Europie – różnica długości ich życia i przeciętnego obywatela UE to zaledwie 2-3 lata, jednak w przypadku tych najslabiej wykształconych wciąż wynosi ona 8-11 lat. Także rejon zamieszkania w Polsce ma wpływ na długość życia. Najdłużej żyją mężczyźni na południu Polski, np. w Rzeszowie o 8 lat dłużej niż w Chorzowie, mieszkający w Łodzi żyją przeciętnie o ok. 5 lat krócej niż mieszkający w Krakowie czy Warszawie.

– Ilość zachorowań na raka prostaty w Polsce drastycznie rośnie: w 2010 r. było ich ponad 9,5 tys., a w roku 2015 jest już niemal 13,5 tys. Przewidywania są bardzo złe – liczba zgonów stale rośnie. W Norwegii również jest więcej zachorowań, ale tam maleje liczba zgonów – mówi dr Roman Sosnowski, chirurg onkolog.

Kondycja i libido

Zdrowie mężczyzny to także jego seksualność. Wśród czynników promujących dobrą kondycję panów, seksuolog prof. Zbigniew Lew-Starowicz jako pierwsze wymienia czynniki psychiczne, takie jak: pozytywna samoocena, poczucie atrakcyjności, brak depresji i aleksytymii, udany związek, seks relacyjny, który sprzyja długotrwałym, udanym związkom seksualnym, oraz dystans wobec epizodycznych zaburzeń i problemów seksualnych. – Z tych wszystkich cech najważniejsza jest pozytywna samoocena. Nawet bardziej istotna od poczucia własnej atrakcyjności – podkreśla prof. Lew-Starowicz.

Współcześni mężczyźni dzielą się zasadniczo na dwie grupy. Pierwsza z nich to wzrastająca populacja, a właściwie już wręcz epidemia, narcyzów i ekslibicjonistów, którzy mają bardzo wysoką samoocenę, są zakochani w sobie i swoich osiągnięciach. Na drugim biegunie znajdują się mężczyźni, którzy uważają, że znaczą niewiele, mają obniżoną samoocenę, co często związane jest z kompleksem małego przyrodzenia. Małeje obecnie grupa środkowa, czyli mężczyzn zrównoważonych.

Co szkodzi, a co pomaga

Szkodzi przede wszystkim palenie papierosów. – Wyniki badań na temat krążenia krwi w członku są wręcz mrożące krew w żyłach: wypalenie jednego papierosa zaburza krążenie w tętnicach członka na 36 godz. – ostrzega prof. Lew-Starowicz. U młodego mężczyzny, u którego naczynia są elastyczne, takie zaburzenie może być początkowo niezauważalne, ale jeśli mężczyzna ten będzie palił codziennie, nastąpią trwałe zmiany, prowadzące do zaburzeń erekcji.

Wśród czynników wpływających pozytywnie na sprawność mężczyzny, eksperci wymieniają: dietę śródziemnomorską, spożywanie 300-400 g dziennie ryb, owoców i warzyw, a także 1 g kwasów omega 3. Pozytywny wpływ odnotowano także w przypadku spożywania czekolady, witamin C i E oraz kwasu foliowego, picia zielonej herbaty i czerwonego wina wytrawnego, które zwiększa syntezę tlenu azotu. Niezbędne jest także monitorowanie poziomu witaminy D, której niedobór powoduje wapnienie naczyń krwionośnych, zwiększając tym samym ryzyko udaru. – Niedobór witaminy D prowadzi do zaburzeń erekcji jako domniemany współczynnik wspierający dysfunkcję śródbłonna – wyjaśnia prof. Lew-Starowicz. Pacjenci z ciężkim/całkowitym ZE częściej występowały w grupie osób, u których poziom witaminy D był niższy niż 20 ng/ml.

Suplementacja hormonalna

Po wielu dyskusjach, czy wprowadzać substytucję hormonalną, czy nie, a jeśli tak, to w jakim wieku, stworzono normy prawidłowej suplementacji: u mężczyzn, niezależnie od wieku, którzy mają w kolejnych trzech badaniach niski poziom testosteronu, czyli poniżej 230 ng/dl, powinno się wprowadzić suplementację, ponieważ niedobór testosteronu prowadzi nie tylko do zaburzeń erekcji, ale także do nadciśnienia,

depresji, hiperlipidemii i cukrzycy. – Mężczyźni boją się, że suplementacja może prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń, jak nowotwory, ale obawy te są przesadzone. Naturalną rzeczą jest, że jeżeli jest czegoś za mało, to trzeba dodać – tłumaczy prof. Lew-Starowicz.

Zwiastun chorób kardiologicznych

Na III Konferencji Princeton w 2012 r. kardioseksuolodzy orzekli, że jeśli u mężczyzny powyżej 30. r.ż. pojawiają się zaburzenia erekcji, a nie zgłasza on żadnych innych dolegliwości, mężczyzna taki jest w grupie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Wszystkie negatywne czynniki stylu życia, jak palenie, zła dieta, brak aktywności fizycznej, najpierw odbijają się na zaburzeniach krążenia w małych naczyniach. – Naczynia członka mają półtora milimetra średnicy, więc są trzy razy większe, dlatego problemy z erekcją to zapowiedź zaburzeń krążeniowych – wyjaśnia prof. Lew-Starowicz. Mężczyzna powinien zostać poddany diagnozie kardiologicznej i wykonać próbę wysiłkową. To może uratować życie.

Co w głowie piszczy

Dzięki nowoczesnym metodom obrazowania mózgu, naukowcy zaczęli badać i porównywać pożądanie u kobiet i mężczyzn. W przypadku panów libido pobudzają feromony i bodźce wizualne. Widok ładnej kobiety powoduje pobudzenie układu limbicznego i słabszą aktywność kory przedczołowej (u kobiet widok atrakcyjnego mężczyzny nie obniża aktywności kory). Co ciekawe, bodźce te mają ograniczony czas oddziaływania. – W przypadku oglądania przez około 30 min treści erotycznych, u panów następuje wzrost „chemii seksu” i dochodzi do pobudzenia ciała migdałowatego mózgu. Jednak jeśli trwa to powyżej 30 min, przestaje działać – zaznacza prof. Lew-Starowicz. W przypadku pobudzania libido istotne są też bodźce wyobrażeniowe i zapachowe. Najbardziej stymulującą na panów działa cynamon, lawenda, lukrecja.

Sami o sobie

Badania przeprowadzone przez CBOS w 2014 r.* pokazują, że zadowolonych z małżeństwa jest w Polsce więcej mężczyzn niż kobiet. Podobnie jest, jeśli chodzi o satysfakcję życiową. Kobiety mają zdecydowanie większe wymagania niż mężczyźni. – Kiedy rozmawiam z parami, które przychodzą na terapię, mężczyźni na ogół równoważą wady i zalety partnerki. W przypadku kobiet proporcje są mniej więcej takie: dwie zalety, osiem wad – opowiada prof. Lew-Starowicz. I dodaje, że wiosna to czas, kiedy poziom testosteronu jest najniższy w ciągu roku, a to oznacza, że u wielu mężczyzn w tym czasie chęci rosną, ale możliwości mogą być niestety jeszcze niewielkie. – O tej porze roku panowie poddawani są także niekorzystnym warunkom atmosferycznym, jak zmienne fronty czy wahania ciśnienia. W tym czasie aktywność mężczyzn w wieku średnim i późnym jest najmniejsza. Największa aktywność przypada na jesień – informuje seksuolog. ■

Dzięki nowoczesnym metodom obrazowania mózgu, naukowcy zaczęli badać i porównywać pożądanie u kobiet i mężczyzn. W przypadku panów libido pobudzają feromony i bodźce wizualne. Widok ładnej kobiety powoduje pobudzenie układu limbicznego i słabszą aktywność kory przedczołowej (u kobiet widok atrakcyjnego mężczyzny nie obniża aktywności kory).

* CBOS, Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia, 2014 r.

W kardiologii nastąpiła nowa era

**Lucyna
Krysiak**

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne alarmuje, że co 10. pacjent z zawałem serca po 12 miesiącach od wypisania ze szpitala umiera. Dzieje się tak, ponieważ w Polsce nie prowadzi się optymalnego leczenia tych chorych oraz mają oni nierówny dostęp do rehabilitacji i wtórnej prewencji. Tylko co 5. pacjent po wyjściu ze szpitala może z nich skorzystać.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przedstawiło w tej sprawie raport opracowany przez ekspertów w dziedzinie leczenia chorób serca. „Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji” przedstawia, jak wzorcowo zorganizować kompleksową rehabilitację i wtórną prewencję, jak prawidłowo kwalifikować chorych i jakie z tego wynikają korzyści. PTK szacuje, że liczba zgonów z powodów kardiologicznych w Polsce mogłaby się zmniejszyć o 3,4 tys. rocznie, zawałów serca o 4 tys., a hospitalizacji o 23 tys. rocznie. Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Zbigniew Kalarus uważa, że za nowym modelem kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji powinny iść inne projekty uwzględniające rolę optymalnego leczenia oraz edukacji pacjentów po zawale i ich rodzin. Dopiero te wszystkie czynniki zadecydują o poprawie wskaźnika umieralności.

Statystyki nie kłamią

Choroby układu krążenia wciąż są najczęstszą przyczyną zgonów. Z ich powodu umiera co druga osoba. Stanowią więc wyzwanie dla społeczeństwa, które wciąż za mało wie, jak im zapobiegać, ale też dla lekarzy, pielęgniarek, systemu opieki zdrowotnej i polityków, którzy decydują o jego kształcie i finansowaniu. Liczba osób z rozpoznaną chorobą wieńcową sięga w Polsce 1,5 mln. Rocznie na zawał zapada 90 tys. Polaków, a 200 tys. jest hospitalizowanych z powodu innych postaci choroby niedokrwiennej serca. W ciągu ostatnich 15 lat rozwinięto inwazyjne metody leczenia ostrych zespołów wieńcowych, co znacząco zmniejszyło śmiertelność wewnątrzszpitalną pacjentów z zawałami. Polska dorównała tym samym krajom wysoko rozwiniętym, np. Niemcom, gdzie – co warto podkreślić – nakłady na tego rodzaju leczenie są wielokrotnie wyższe. Także roczny wskaźnik przeżycia po opuszczeniu szpitala jest porównywalny z Niemcami. Jednak to nie może zadowalać. Mimo, że w Polsce są dobrze działające poradnie kardiologiczne i oddziały rehabilitacyjne, ich rozmieszczenie w poszczególnych województwach jest przypadkowe,

a dostępność do nich nierówna. Liczba pacjentów kierowanych do rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym w ciągu roku wynosi zaledwie 23 491, w oddziale dziennym 4 450, a liczba tylko ostrych zespołów wieńcowych i operacji kardiologicznych w Polsce to sto kilkadziesiąt tysięcy rocznie. A więc wtórna prewencja nie jest prowadzona optymalnie. Częstość kontroli głównych czynników ryzyka w grupie osób po hospitalizacji z powodu ChNS wyniosła zaledwie 9 proc., a w populacji osób z ChNS, jedynie 1 proc. To główna przyczyna utrzymywania się wysokiego wskaźnika zgonów. – Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wszyscy pacjenci po OZW powinni uczestniczyć w programie rehabilitacji kardiologicznej w celu poprawy rokowania poprzez zmianę stylu życia i zwiększenie częstości przyjmowania przepisanych leków. Celem projektu jest poprawa jakości opieki medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i kontroli czynników ryzyka u osób z chorobą niedokrwinną serca i niewydolnością serca, co powinno się przełożyć na zmniejszenie liczby poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych w tej populacji w Polsce – tłumaczy prof. Janina Stępińska, która była prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kiedy projekt powstawał. Optymalny Program Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji jest pierwszym nowoczesnym, spójnym programem przygotowanym przez zespół ekspertów nie tylko z dziedziny rehabilitacji i prewencji, ale również kardiologów interwencyjnych, kardiologów zajmujących się intensywną terapią, kardiologów nieinwazyjnych i kardiochirurgów. Projekt integruje działania szpitalne i poszpitalne, uwzględnia konieczność indywidualizacji leczenia. Kwalifikuje chorych do rehabilitacji szpitalnej, ambulatoryjnej i hybrydowej, uwzględnia element niewydolności serca, zapewnia edukację pacjentów i ocenę odległą nasilenia czynników ryzyka. Umożliwia najciężej chorym rehabilitację szpitalną i kontakt z kardiologiem. – Nie wszystkich chorych po zawale muszą leczyć w późniejszym etapie kardiologii, mogą to robić lekarze pierwszego kontaktu, a konsultacje kardiologiczne powinny być dostępne

Choroby układu krążenia wciąż są najczęstszą przyczyną zgonów.

Z ich powodu umiera co druga osoba. Stanowią więc wyzwanie dla społeczeństwa, które wciąż za mało wie, jak im zapobiegać, ale też dla lekarzy, pielęgniarek, systemu opieki zdrowotnej i polityków, którzy decydują o jego kształcie i finansowaniu.

w razie potrzeby – komentuje prof. J. Stępińska. Dodaje, że projekt jest uzupełniony o analizę farmakoeconomiczną, która pokazuje, jakie koszty niesie ze sobą realizowanie nowego modelu, ale też jakie wynikają z tego korzyści dla systemu ochrony zdrowia i chorych. Dla NFZ kontraktującego usługi medyczne będzie to miało znaczenie.

Rehabilitacja poparta edukacją

Model opracowany przez PTK jest przeznaczony dla chorych zarówno po zawale, jak i po interwencjach wieńcowych – operacjach pomostowania aortalno-wieńcowego, wszczepienia zastawek, przeszczepu serca, a także dla chorych z niewydolnością serca. Chodzi w nim jednak nie tylko o łatwiejszy i lepiej zorganizowany dostęp do rehabilitacji i wczesnej prewencji, ale generalnie o optymalizację leczenia chorych opuszczających oddziały kardiologiczne po zawale. By zminimalizować występowanie zdarzeń niepożądanych, wszyscy pacjenci z chorobą układu sercowo-naczyniowego przy wypisie ze szpitala powinni otrzymywać jednoznaczne zalecenia terapeutyczne oparte na wytycznych towarzystw naukowych. Jest to niezbędnym warunkiem dobrego długoterminowego przestrzegania przez nich zaleceń lekarskich dotyczących stosowania terapii. Leczenie pacjentów po zawale serca nie kończy się więc w szpitalu. Za rehabilitacją kardiologiczną i wtórną prewencją musi iść zmiana stylu życia i regularne stosowanie leków. Prof. Zbigniew Kalarus, prezes PTK, jest zdania, że kompleksowa rehabilitacja musi być poparta działaniami edukacyjnymi, w które oprócz personelu medycznego powinni być zaangażowani chorzy i ich rodziny. – Opracowujemy zalecenia dalszego postępowania u chorych po zawale serca oparte o współpracę z Państwowym Zakładem Higieny Narodowym – Instytutem Zdrowia Publicznego, Narodowym Funduszem Zdrowia – tłumaczy prof. Kalarus. Dysponujemy więc bogatym materiałem, który pozwoli opracować programy optymalizacji leczenia chorych po zawale serca również poprzez lepszą dostępność do lecznictwa ambulatoryjnego, zmianę świadomości społeczeństwa na temat zapobiegania incydentom sercowo-naczyniowym. W warunkach codziennego leczenia stosowanie się do zaleceń lekarskich dotyczących stylu życia i przyjmowania leków szybko pogarsza się po zakończeniu hospitalizacji. Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w wyspecjalizowanych ośrodkach po incydencie sercowym lub interwencji ułatwia długoterminowe stosowanie optymalnej terapii poprzez edukację pacjenta i wpajanie mu znaczenia, jakie ma kontynuacja przyjmowania leków i utrzymywanie zaleconych zmian stylu życia. – Dopiero dążenie do optymalizacji leczenia uwzględniającego wszystkie te elementy daje szansę na obniżenie wskaźnika śmiertelności wśród chorych opuszczających oddziały kardiologiczne – przekonuje prof. Kalarus. W ramach

platformy edukacyjnej PTK uruchomi portal dla pacjentów po zawale i ich rodzin na temat zasad postępowania diagnostycznego i leczniczego. – Jeśli poprawimy świadomość w tym zakresie, pacjenci będą lepiej realizować nasze zalecenia, co poprawi rokowania w okresie poszpitalnym – mówi profesor.

W rękach decydentów

Projekt PTK dotyczący optymalnego modelu kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji chorób serca nie jest już newsem. Jest przedstawiany na różnych kongresach, konferencjach, a od co najmniej dwóch lat krąży wśród posłów i senatorów, od których m.in. zależy, co stanie się z nim dalej. Zyskał przychylną opinię członków sejmowej Komisji Zdrowia. Znalazł też uznanie Ministra Zdrowia, którego rekomendacja jest przepustką dla dalszych działań wprowadzających go w życie. W opinii resortu projekt PTK powinien być standardem. Prof. Piotr Jankowski, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia PTK, uważa, że jest to realne. Jego zdaniem wdrożenie projektu bardziej niż wielkich nakładów finansowych będzie wymagało nauczania się innego schematu postępowania z chorym. Jest zdania, że zarówno oddziały kardiologiczne, jak i opieka ambulatoryjna udźwigną ten temat. Wprowadzenie nowego modelu opieki pozwoli objąć chorych taką samą procedurą dalszej opieki i dostępem do rehabilitacji niezależnie od miejsca zamieszkania. – W zależności od stanu zdrowia większość pacjentów po zawale serca powinna być przy wypisie ze szpitala kierowana na rehabilitację w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych i znaleźć się pod opieką zespołu złożonego z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta i dietetyka – zaznacza prof. Jankowski. Dodaje, że konieczna jest też regularna kontrola czynników ryzyka, dlatego wskazana jest lepsza koordynacja postępowania między kardiologami i lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. PTK proponuje, by ośrodki prowadzące programy ambulatoryjnej edukacji i rehabilitacji kardiologicznej powstały przy szpitalach mających w swej strukturze oddział kardiologii lub chorób wewnętrznych, przy poradniach kardiologicznych lub przy większych poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. To oznacza, że w kardiologii nastała nowa era. Czego potrzeba, aby wytyczne wypracowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne stały się praktyką? Prof. Jankowski jest zdania, że odważnych decyzji i wierzy, że model optymalnego leczenia, w tym kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji, zafunkcjonuje nie tylko w dużych ośrodkach, ale w każdym powiatowym szpitalu, a nawet w większych poradniach rodzinnych. Dużą rolę w procesie jego wdrażania widzi w Narodowym Funduszu Zdrowia, który składa oferty na poszczególne procedury medyczne. Jeśli NFZ uzna, że jest potrzeba zakontraktowania usług wskazanych w projekcie PTK, zacznie on żyć własnym życiem. ■

Liczba osób z rozpoznaną chorobą wieńcową sięga w Polsce 1,5 mln. Rocznie na zawał zapada 90 tys. Polaków, a 200 tys. jest hospitalizowanych z powodu innych postaci choroby niedokrwiennej serca. W ciągu ostatnich 15 lat rozwinęto inwazyjne metody leczenia ostrych zespołów wieńcowych, co znacząco zmniejszyło śmiertelność wewnątrzszpitalną pacjentów z zawałami.



**Maria
Domagała**

Zdrowie publiczne – zadanie wszystkich



Zdrowie publiczne to sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promowania zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa*. Do lat 90. pojęcie to oznaczało głównie zwalczanie chorób zakaźnych i bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne, dziś odnosi się do niemal wszystkich sfer funkcjonowania społeczeństwa, z mocnym akcentem na profilaktykę zdrowotną.

We Francji bezpieczeństwem środowiska i chorobami zakaźnymi zajmują się krajowe agencje: bezpieczeństwa leków, żywności, zdrowia pracowników, nadzoru zdrowia publicznego. Za kontrolę jakości wody, powietrza, poziom hałasu, promieniowania, bezpieczeństwo odpadów, stan żywności i higienę w miejscowościach odpowiadają służby gminne.

W Anglii większość spraw dotyczących zdrowia publicznego jest w gestii Ministerstwa Zdrowia. Kluczowe zadania to bezpieczeństwo zdrowotne, promocja zdrowia, likwidacja nierówności w dostępie do zdrowia. Realizacją świadczeń zajmują się NHS (Narodowa Służba Zdrowia), lokalne władze zdrowotne, agendy rządowe i podmioty prywatne. Szpitale, POZ, służby środowiskowe prowadzą szczepienia, badania przesiewowe, poradnie odwykowe. Wykonawcy świadczeń to zawodowi praktycy zdrowia publicznego (też bez kwalifikacji medycznych) oraz lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, pracownicy socjalni. Działają w sferze powszechnej edukacji, zatrudnienia, transportu, środowiska, uwzględniają poziom materialny, warunki życia.

W Hiszpanii zdrowie publiczne jest elementem systemu ochrony zdrowia; jego ochronie, promocji i prewencji chorób służą działania administracji publicznej, wykorzystujące inicjatywy społeczne. W ramach Paktu dla Ochrony Zdrowia (2008) stworzono krajowy system informacji, ujednolicono główne elementy zdrowia publicznego w okręgach: koszyk świadczeń, kalendarz szczepień, kwalifikacje kadr. Lokalne wydziały zdrowia publicznego zajmują się nadzorem i informacją epidemiologiczną, koordynują programy dotyczące np. stosowania środków chemicznych, bezpieczeństwa żywności, prewencji HIV/AIDS, zdrowia pracowników. Narodowa szkoła zdrowia publicznego i narodowe centrum epidemiologii szkolą kadry. We Francji, zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym (2004), za te sprawy odpowiada państwo i regionalne urzędy zdrowia publicznego. W oparciu o narodowe programy wytyczane są 5-letnie cele: osiągnięcie określonych wskaźników

zdrowotnych. Kadry szkoli wyższa szkoła zdrowia publicznego.

W Niemczech zadania zdrowia publicznego określają landy, są to głównie: monitorowanie chorób zakaźnych, nadzór nad stanem sanitarnym szpitali i innych placówek, kontrola handlu, żywności, leków, środowiska, kondycji fizycznej uczniów i inne, diagnostyka oraz usługi dla chorych zakaźnie, świadczenia psychiatryczne, promocja, edukacja. Usługi wykonuje około 35 centrów zdrowia publicznego. W Danii świadczenia te są w części zintegrowane ze służbą zdrowia, a w części są zadaniami innych instytucji. Co 4 lata gminy i regiony opracowują wspólny plan ochrony zdrowia.

Na Węgrzech rządowa Agencja Zdrowia Publicznego na wszystkich poziomach administracji koordynuje, kontroluje i realizuje te świadczenia, nadzoruje zaopatrzenie w leki itd. Wspierają ją narodowe instytuty, m.in. epidemiologii, zdrowia środowiskowego, żywności, bezpieczeństwa chemicznego i toksykologicznego. Centrum monitoringu dba o jakość usług, standardy, prowadzi nadzór nad chorobami niezakaźnymi. W Estonii znaczenie zdrowia publicznego wzrosło po wejściu do UE. Do jego zakresu włączono, oprócz nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, profilaktykę zdrowotną i medycynę pracy. Wdrażaniem centralnych wytycznych i programów zajmują się w województwach specjaliści ds. promocji zdrowia, inspektoraty sanitarno-epidemiologiczne i pracy oraz ich gminne odpowiedniki.

Sztuka zapobiegania chorobom

To przede wszystkim nadzór nad chorobami zakaźnymi i szczepienia profilaktyczne. W Niemczech

zgodnie z ustawą o prewencji zakażeń (2000) zajmuje się tym Instytut Kocha. Nadzoruje on standardy higieniczne w szpitalach, placówkach ochrony zdrowia, praktykach lekarskich, dentystrycznych i innych. Mają one obowiązek zgłaszania przypadków zakażeń szpitalnych i podejmowania działań naprawczych oraz prewencyjnych. Sprawdzone standardy postępowania w HIV zastosowano do innych chorób przenoszonych drogą płciową.

W Anglii Krajowa Agencja Bezpieczeństwa Zdrowotnego dba o ochronę przed chorobami zakaźnymi i czynnikami chemicznymi, promieniotwórczymi itp., zapewnia odpowiedni poziom pogotowia oraz wsparcie innym podmiotom. Uprowadzaniem zagrożeń (kontrola wody, gleby, radiacji, śmieci i odpadów) i ich likwidacją zajmuje się 26 jednostek i 9 centrów regionalnych ze wsparciem pogotowia ratunkowego, służb środowiskowych, laboratoriów mikrobiologicznych. We Francji bezpieczeństwem środowiska i chorobami zakaźnymi zajmują się krajowe agencje: bezpieczeństwa leków, żywności, zdrowia pracowników, nadzoru zdrowia publicznego. Za kontrolę jakości wody, powietrza, poziom hałasu, promieniowania, bezpieczeństwo odpadów, stan żywności i higienę w miejscowościach odpowiadają służby gminne. Nadzorem epidemiologicznym i kontrolą chorób zakaźnych w Danii zajmuje się Państwowy Instytut Szczepionek i środowiskowi inspektorzy zdrowia publicznego, którzy izolują chorych zakaźnie, zamykają instytucje w razie epidemii itp. Lekarze szpitalni i GP muszą im zgłaszać przypadki chorób zakaźnych. Także w Hiszpanii nadzór epidemiologiczny jest szczelny, obowiązują procedury zgłaszania przypadków chorób zakaźnych, wytyczne postępowania, prewencji, diagnozy i leczenia, są gromadzone dane, działa krajowa sieć laboratoriów.

W Estonii kontrola chorób zakaźnych opiera się na GP, konsultantach sanitarno-epidemiologicznych i sieci laboratoriów mikrobiologicznych. System wymaga raportowania o 62 chorobach zakaźnych i 88 czynnikach etiologicznych, są procedury działań na wypadek podwyższonego ryzyka, prowadzona jest stała obserwacja stanu wody i powietrza.

Programy szczepień

Hiszpania ma centralny program szczepień obowiązkowych, a regiony oferują szczepienia dodatkowe. Jest bardzo skuteczny: np. przypadków krztuśca nie było od 1987 r., polio od 1988 r.; znacząco spadły wskaźniki zakażeń przez produkty krwi i od personelu, a także narażenie personelu. Szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym wieku dziecięcego realizowane są w 100 proc.

We Francji program szczepień ustala się co roku. Powszechne ubezpieczenie finansuje i obowiązkowe, i zalecane, a wykonują GP. Gminy or-

ganizują obowiązkowe szczepienia przeciwko: dyfterytowi, polio i tężcowi (przed 18. m.ż.), przeciwgruźlicze – tylko przy podwyższonym ryzyku. Szczepienia zalecane to: koklusz, Hib, różyczka, świnka, wzv B; dla dziewcząt od 14. r.ż. przeciwko HPV, a dla osób po 65. r.ż. przeciw grypie. Obowiązek lub zalecenie szczepień mają też różne zawody. Szczepienia prowadzone przez angielską NHS są bezpłatne, lecz nieobowiązkowe; konieczna jest zgoda osoby. Za realizację odpowiada Komitet Szczepień i Immunizacji. Krajowy program obejmuje dzieci, ludzi starszych: jednorazowe szczepienie przeciw pneumokokom i raz w roku na grypę; inne (Hib, wzv B) oferuje się dorosłym, jeśli uzasadnia to ich stan zdrowia lub ryzyko związane z pracą (personel medyczny i laboratoryjny) czy stylem życia. Od 2008 r. działa program szczepień przeciwko HPV dla dziewcząt między 12. a 13. r.ż.

Węgierska Agencja Zdrowia Publicznego koordynuje obowiązkowy program szczepień, dba o zaopatrzenie w szczepionki lekarzy rodzinnych i służb medycyny szkolnej. Szczepienia dzieci prowadzą ośrodki okręgowe w ramach programu opieki nad matką i dzieckiem. Programy są dobrze zorganizowane, wyniki doskonałe. W Estonii szczepienia to zadanie lekarzy rodzinnych oraz szkolnych. Za usługę płaci im NFZ, a szczepionki kupuje zarząd zdrowia publicznego. Poziom wyszczepienia w głównych kategoriach wynosi 95 proc.

W Polsce

Państwowa Inspekcja Sanitarna od 1950 r. do dziś chroni Polaków przed chorobami zakaźnymi i zawodowymi, kontroluje warunki higieny w różnych obszarach życia, organizuje szczepienia i gromadzi dane epidemiologiczne. Nowoczesna koncepcja zdrowia publicznego jest wdrażana od początku lat 90. W Krakowie otwarto Szkołę Zdrowia Publicznego (1992), utworzono Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (2007). Zdrowiem publicznym, w tym promocją zdrowia i edukacją zdrowotną, zajmuje się też rząd i instytucje centralne, np. departamenty MZ: zdrowia publicznego, matki i dziecka, polityki zdrowotnej. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym został niedawno przekazany do konsultacji społecznych, a zgłaszanie ewentualnych opinii i uwag przewidziano do 27 kwietnia 2015 r.

W województwach działają centra zdrowia publicznego, które m.in. monitorują szczepienia, badania profilaktyczne, świadczenia promocji zdrowia. Szczepienia obowiązkowe są wykonywane zgodnie z kalendarzem szczepień i finansowane z budżetu państwa. Wskaźnik realizacji szczepień jest w Polsce wciąż dość wysoki.

Kolejny artykuł poświęcony będzie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, badaniom przesiewowym i medycynie pracy. ■

Hiszpania ma centralny program szczepień obowiązkowych, a regiony oferują szczepienia dodatkowe. Jest bardzo skuteczny: np. przypadków krztuśca nie było od 1987 r., polio od 1988 r.; znacząco spadły wskaźniki zakażeń przez produkty krwi i od personelu, a także narażenie personelu. Szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym wieku dziecięcego realizowane są w 100 proc.

* Według „Acheson Report” (pełny tytuł: „Independent Inquiry into Inequalities in Health Report”) – raport opublikowany w 1998 r. przez United Kingdom Inquiry, którego szefem był Donald Acheson, brytyjski lekarz i epidemiolog.

Na podstawie: „Health System Review: Denmark 2012, Estonia 2010, France 2010, Germany 2014, Hungary 2011, Polska 2012, Spain 2011, United Kingdom 2011”



**Joanna
Sokołowska**

A jednak! Za pomocą niewielkiej, choć jakże sprytniej zmiany, znanej powszechnie jako „reforma kolejkowa”, Minister wyszedł naprzeciw marzeniom kolegów złąknionych społecznej sympatii. Sprawił, że nieprzekraczalna granica przesunęła się... w stronę nieskończoności!

Jak Minister spełniał marzenia lekarzy

Powinnam zacząć: „za górami, za morzami...”, ale w tej opowieści morze było tylko jedno, a góry raczej symboliczne. Czy to bajka, czy nie bajka – od lat historia krąży podawana z ust do ust wśród płockich pediatrów i mogła się zdarzyć naprawdę. Jak w każdej legendzie jest w niej ziarno prawdy, i element tęsknoty za czymś, co nieosiągalne. Woda życia, czarodziejskie krzesiwo, księżę na białym koniu, złota rybka spełniająca życzenia – przeczytajcie więc, o czym marzą tacy, jak Wy.

Bohaterką opowieści jest nasza koleżanka, która wyjechała w poszukiwaniu lepszego życia do nizinnego kraju za wspomniane powyżej morze. O jakości życia na emigracji w historii nie ma słowa. Jest za to wiele o pracy. Porównywanie jej warunków w zamorskim kraju i nad Wisłą to trochę tak, jak poszukiwanie wspólnych cech holenderskiego malarstwa rodzajowego z matejkowską „Bitwą pod Grunwaldem” – zresztą sami wiecie to najlepiej... Koleżanka zatrudniła się więc zgodnie ze swoją specjalizacją i w ramach powierzonych obowiązków miała przyjmować kilku – powiedzmy sześciu – pacjentów dziennie. Poproszona raz i drugi przyjęła pacjenta dodatkowego – może siódmego i ósmego (coż w tym dziwnego?! każdy by przyjął!). Gdy proceder „nadliczbowych” chorych, otrzymujących porady, powtórzył się po raz kolejny, zwierzchnicy poprosili ją... by nie odbierała zapisanym pacjentom przeznaczonego dla nich czasu...

Czas – to on jest bohaterem tej opowieści i Złotym Runem nadwiślańskich medyków. Sześciu pacjentów to oni przyjmą przez godzinę, a w ciągu dnia pracy – łatwo policzyć – są gotowi wyczerpać tygodniowy limit zamorskiej koleżanki. I to poza sezonem

grypy i „straszego kaszlu”! A im więcej przyjmują, tym spotykają się z większą sympatią – pacjentów i urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia. A lekarz lubi przecież być lubiany...

Jest jednak taka granica, której przekroczyć się nie da. Godzina trwa sześćdziesiąt minut, z których każda podzielona została – jak tort – na równiutkie jednosekundowe odstępy. Przyjmując, że czas pracy pojedynczego lekarza dowolnej specjalizacji jest zgodny z przepisami prawa i, powszechnym przecieź w tej grupie zawodowej, rozsądkiem – nie da się już uleczyć większej ilości chorych. Oczywiście zakładam również, że polskim urzędnikom zależy na jakości „świadczonych usług medycznych” nie mniej niż zagranicznym.

A jednak! Za pomocą niewielkiej, choć jakże sprytniej zmiany, znanej powszechnie jako „reforma kolejkowa”, Minister wyszedł naprzeciw marzeniom kolegów złąknionych społecznej sympatii. Sprawił, że nieprzekraczalna granica przesunęła się... w stronę nieskończoności! Zauważył bowiem zadziwiająco podstawowy błąd w naszym lekarskim rozumowaniu – wszyscy zakładamy, że czas jest wartością stałą. Minister (doceńcie, proszę, to nieszałowne

myślenie) dostrzegł i postanowił wykorzystać zjawisko jego dylatacji. Najogólniej rzecz biorąc, chodzi o to, że upływ czasu jest różny w zależności od tego, czy układ odniesienia jest stały, czy znajduje się w ruchu. Klasycznym przykładem opisującym to zjawisko jest tak zwany „paradoks bliźniąt”. Załóżmy, że obojgu z nich wyznaczmy datę jakiegoś zabiegu refundowanego przez NFZ – w tym samym dniu, w tym samym miejscu – powiedzmy, za czterdzieści lat. Jednego, tego grzeczniejszego zostawmy na ziemi, a tego drugiego, roszczeniowego – wyślijmy w kosmos z prędkością światła! Jeśli zawrócimy jego lot tak, by wylądował w naszym gabinecie przed wyznaczonym terminem operacji, okaże się, że z przestworzy wrócił bliźniak znacznie młodszy od tkwiącego w ziemskiej kolejce starca.

Zakładając, że nasi szukający pomocy pacjenci, znajdują się w stałym ruchu pomiędzy przychodnią Podstawowej Opieki Zdrowotnej a Ambulatoryjną Opieką Specjalistyczną, a my nie opuszczamy ani na moment szafki za naszym biurkiem, relatywna różnica w upływie czasu jest tym większa, im szybciej pacjenci wbiegają i wybiegają z naszego gabinetu. Sami widzicie, że możliwości stają się praktycznie nieograniczone!

Jeśli ktoś jeszcze ma wątpliwości co do sposobu konstrukcji wspomnianej „reformy”, polecam jego uwadze zbadanie zjawiska, podobnego zresztą do dylatacji czasu – tak zwanego skrócenia Lorentza. Z punktu widzenia nieruchomego obserwatora, ciało poruszające się z dużą prędkością ulega skróceniu. To są naukowe fakty i są na to matematyczne wzory! (Wszystkich niedowierzających odsyłam do dostępnej online publikacji Andrzeja Dragana „Niezwyczajnie szczególna teoria względności”).

Jeśli więc kolejce do gabinetu nadamy odpowiednią prędkość (im bliższą prędkości światła, tym efekt będzie bardziej spektakularny), to jej długość z naszej perspektywy (szaniec biurka w lekarskim gabinecie), skróci się. Można? Można!

Każda opowieść zaczynająca się „za górami, za morzami” musi mieć morał. Ten dzisiejszy nie będzie ani optymistyczny, ani dowcipny. Pewnie parę osób obruszy się, że kpię z dramatu chorych oczekujących na lekarską pomoc i trywializuję problemy przestrzegania zasad czasu pracy lekarza. I słusznie! Wszyscy uczestniczymy w tej kpinie... Lekarze podstawowej opieki wypisują dodatkowe skierowania, pracownicy poradni specjalistycznych prowadzą kreatywną księgość. Z jednej, bardzo długiej, dotychczasowej kolejki, tworzy się kilka – pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym, pacjentów przyjmowanych po raz pierwszy i pacjentów stałych. Są krótsze – ale tylko w tabelce, na internetowej stronie płatnika.

Nam pozostają tylko marzenia o tym, by w naszych gabinetach zapanował klimat, jaki podziwiamy w holenderskim malarstwie rodzajowym.

P.S. Jeśli Minister zacznie wykorzystywać zjawisko zakrzywionej czasoprzestrzeni i teorię światów równoległych – ratujcie, proszę!!!! Mnie i moich pacjentów. ■

Jeśli kolejce do gabinetu nadamy odpowiednią prędkość (im bliższą prędkości światła, tym efekt będzie bardziej spektakularny), to jej długość z naszej perspektywy (szaniec biurka w lekarskim gabinecie), skróci się. Można? Można!



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

O skutecznym rad sposobie

Jeszcze w ubiegłym wieku wyjście do teatru związane było ze specjalnym rytuałem. Panie zakładały ciemne suknie, sznury pereł, broszki, pierścionie i inne precjoza.

Do tego mogły być futrzane sortie, najlepiej z nurek, a jeśli suknia była długa, to najlepiej z otulającą plecy etolą. Panowie obowiązkowo w ciemnych garniturach, dobrze skrojonych smokingach, ale nie we frakach, bo to zbędna przesada. Przed laty w Poznaniu mojego wujka – nieboszczyka paradującego we fraku podczas koncertu w Auli Uniwersyteckiej – pewna niedowidząca melomanka poprosiła o autograf, bo myślała, że to występujący w orkieście perkusista.

Przed spektaklem w domu spożywano tylko małą przekąskę, aby w czasie przerwy w westybulu pić szampana lub lemoniadę w szklance, natomiast – broń Boże – piwa lub mocnych alkoholi. Zamożniejsze towarzystwo po zakończeniu przedstawienia udawało się na kolację do renomowanych restauracji, np. Oazy – w przedwojennej Warszawie, Continentalu – w przedwojennym Poznaniu, Hotelu Francuskim w Krakowie, U Georga we Lwowie, Kryształowej w Katowicach, Grand Hotelu w Łodzi, czy Monopolu we Wrocławiu (oczywiście po wojnie).

Co ja tu z odpryskami jakiś dawnych wspomnień! Przecież przy wszystkich zmianach obyczajowych ostatnich dziesięcioleci środowisko lekarskie odwiedzające obecnie przybytki Melpomeny kultywuje na ogół dawne, ale jakże miłe nawyki w ubiorze, zachowaniu się i celebrowaniu teatralnych obyczajów. Lekarze – owszem, ale z ich licznymi pacjentami jest doprawdy znacznie gorzej.

Ubiory turystyczne – spacerowe to w zasadzie współczesne norma, zwłaszcza wśród publiczności młodzieżowej. Nagminne jest fotografowanie siebie na tle kurtyny lub wnętrza teatralnych, ponieważ niemal wszyscy przynoszą ze sobą aparaty i komórki, z których często informują

znajomych o swych wrażeniach jeszcze podczas trwania przedstawienia, nie zważając na otoczenie zasłuchane w to, co dzieje się na scenie.

Osobnym horrorem jest wnoszenie na widownię butelek z napojami, tykanymi następnie w rzędach podczas spektaklu. Nieznośne dawniej szeleszczenie papierkami od cukierków nierzadko zastąpione zostaje dźwiękami zadanych owiniętymi w papier kanapkami. Mógłbym tak mnożyć ilość niestosownych zachowań teatralnych różnej maści publiczności, na które powinniśmy z powagą, taktownie i zdecydowanie reagować. Jej olbrzymia większość – zwłaszcza w najmłodszych pokoleniach – po prostu nie wie, jak być powinno.

Stanisław Konarski w czasach Oświecenia napisał traktat „O skutecznym rad sposobie”, mówiący o wadach ustrojowych, szkodliwości liberum veto i zaletach stosowania zasady większości. Dotyczyło to wprawdzie polityki, Sejmu i reguł życia społecznego w XVIII-wiecznej Rzeczypospolitej, ale tytuł pozwoliłem sobie przytoczyć dla promocji pewnej postawy. Rodzice, szkoła, organizacje, związki, autorytety, media, ludzie kultury, pisarze, księża, dziennikarze i popularyzatorzy sztuki niechby – stanowiąc mniejszość – zaczęli zachęcać większość do wkładania na wieczorowe okazje choćby marynarki, picia i jedzenia w domu lub restauracjach, a nie w teatrze, oraz fotografowania się ewentualnie przed gmachem teatralnym lub u fotografa, a nie na widowni wśród publiczności. Niechby ta większość posłuchała tych, co odzywają się do niej z myślą „o skutecznym rad sposobie”.

Chciałbym w tej sprawie mieć sojuszników również wśród lekarzy, mających swoje niemałe doświadczenia w perswazjach nad polepszeniem kondycji pacjentów w procesie ich uzdrawiania. ■

Recenzja

**Lucyna
Kukomska**

Zawodowy matecznik

Pisarze spod znaku Eskulapa” pod red. Macieja Andrzeja Zarębskiego to znakomity hołd złożony ludziom w białych fartuchach, których już między nami zabrakło. Praca ma charakter wspomnieniowy, ukazujący bogate wnętrza duchowe lekarzy. Okazuje się, że w ich szeregach można spotkać wielu prozaików, poetów, malarzy, rzeźbiarzy, fotografików, alpinistów, podróżników, żeglarzy, pasjonatów sztuki, a nawet kompozytorów. Wielu z nich było zaangażowanych w działalność społeczną w różnych stowarzyszeniach i organizacjach zawodowych lub związanych z ich zainteresowaniami pozazawodowymi, nierzadko o charakterze międzynarodowym. Działając tam,

zapoznawali inne nacje z polskim bogactwem kulturowym dającym podstawy do zajęcia przez Polskę wysokiego miejsca wśród narodów Europy wpływających w znaczny sposób na kształtowanie się kultury naszego kontynentu. Była również wśród nich spora grupa uczestnicząca z wielkim osobistym zaangażowaniem w pracach na rzecz lokalnej społeczności, gdzie dane im było wykonywać swój zawód i tam mieszkać. To w zasadzie prawdziwi działacze regionalni.

Zagłębiając się w lekturę, można odnieść wrażenie, jakbyśmy chwyтали jakąś przelotną impresję jedną, drugą... kolejną, a z jej skondensowanej treści odczytujemy wyrazisty obraz czyjejs

Natalia jest chora

Kolega przyniósł do redakcji wyciętą z gazety reklamę lalki dla dzieci. W wyprzedzący – cena 79 zł, wysokość 41 cm. Oplaca się – niecałe 2 zł za centymetr lalki!

A czytałem niedawno prognozy ekonomistów, z których wynika (z prognoz, nie z ekonomistów), że w przyszłym roku, w związku z przewidywanymi podwyżkami cen ropy naftowej i możliwym podniesieniem akcyzy na wyroby tytoniowe, ceny lalek mogą pójść ostro w górę. Poza tym w bankach ma być trudniej o kredyty. Więc, jeśli ktoś się zastanawia nad inwestycją w lalki, to chyba ostatni moment na podejmowanie strategicznych decyzji.

Nie zawracałbym Państwu głowy byle lalką, gdyby nie fakt, że akurat ta nie jest „byle” i ma pewien związek z medycyną. Nazywa się „Natalia jest chora X-NA-LF0024”, na pudełku umieszczono napis: „Gabinet lekarski”. W reklamie znalazły się również informacje o tym, w co zabawka jest wyposażona: „Znikająca ranka na nóżce, stetoskop, termometr oraz butelka w zestawie”. Kolega, który wyciął z gazety tę reklamę, stwierdził, że chyba sobie kupi. Mniejsza o termometr, stetoskop, a nawet samą lalkę, ale z zasady interesuje go każdy zestaw, w którym jest butelka.

Pomysł osławiania dzieci z chorobami w czasie zabawy bardzo mi się podoba. Dziecko nie będzie potem bało się prawdziwego stetoskopu, termometru czy profesjonalnego plasterka zaklejającego znikającą ranę. Może się trochę dziwić, że ta ranka w rzeczywistości nie znika tak samo jak ta u lalki, ale od tego są rodzice, żeby wyjaśnili. Zastanawia mnie tylko, czy nie jest nadużyciem upublicznienie kodu „X-NA-LF0024”. Czy to nie jest przypadkiem jakiś numer statystyczny choroby? Albo kod procedury medycznej? A to już może być potraktowane jako naruszenie tajemnicy lekarskiej i opublikowanie wrażliwych danych osobowych lalki Natalii.

Poszukałem w internecie i okazało się, że to nie jedyna dostępna na naszym rynku Natalia, która ma pomagać w edukacji zdrowotnej dzieci. Jest jeszcze na przykład „Lalka Natalia A...psik – zaopiekuj się nią”. Ta, na którą trafiłem, ma 36 cm wysokości i kosztuje 120 zł. Ale chyba i tak się oplaca, bo chociaż drożej wychodzi za centymetr lalki, to jest bardziej rozwinięta technologicznie. Ma aż sześć funkcji, cytuje: „1 – kicham, 2 – dmucham nos, 3 – biorę lekarstwo, 4 – zakładam kurteczkę, 5 – mówię, 6 – śpiewam piosenkę”. Prawdę mówiąc, zazdroszczę współczesnym maluchom. W czasach mojego dzieciństwa nie było takich cudów. Termometrem mama nie pozwalała się bawić, stetoskopów brakowało na rynku, a i z butelkami było różnie. Myślę sobie, że może jakoś teraz udałoby się nadrobić te zaległości z dzieciństwa? Oczywiście nie w formie lalek, ale przecież można dorzucać dyskretnie tego typu zestawy edukacyjne do zabawek dla dorosłych. Na przykład do każdego zakupionego samochodu diler mógłby dodawać nie tylko apteczkę, ale i kilka książek z serii „Znikająca ranka”. To cykl powieści, których głównym bohaterem jest młody patolog wymyślający podczas ćwiczeń na siłowni rozwiązania zawitych zagadek medyczno-kryminalnych. Albo na przykład, gdyby deweloperzy w cenie mieszkania proponowali wykończenie salonu w postaci tapety w stetoskopy i termometry?

Jeszcze raz uważnie przeczytałem zestaw sześciu funkcji, które ma „Lalka Natalia A...psik – zaopiekuj się nią”. Matko! Przecież ja mam identyczne! Dokładnie tak samo przechodzę każdą infekcję: „1 – kicham, 2 – dmucham nos, 3 – biorę lekarstwo, 4 – zakładam kurteczkę, 5 – mówię, że wrócę koło dziesiątej, 6 – jak wracam nad ranem, to śpiewam piosenkę”. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

pasji, świadectwa, że tu był, pracował i tworzył, że zostawił po sobie bardzo trwały ślad. Można tylko zadawać sobie pytanie, jak lekarz, odczuwający ciągle deficyt czasu, może pogodzić swoją medyczną służbę z hobby, które jednak wymaga tego czasu dość dużo, aby móc się zrealizować. Jednak prawdziwi pasjonaci potrafią tak gospodarować swoim czasem, by starczyło go na wszystko.

Sądzę, że dobrze się stało, iż w stronę czytelnika została skierowana tego typu oferta wydawnicza, ukazująca realizowanie się określonej zbiorowości ludzi jednej grupy zawodowej w działalności społecznikowskiej. Nie zawaham się użyć w tym przypadku określenia „zawodowy matecznik kultury”. Idąc dalej tym tropem, uważam, że w każdej innej znaczącej grupie zawodowej są i byli ci,

którzy swoją działalnością i patriotyczną postawą wpływali na pomnażanie dzieł kultury regionalnej i złotymi zgłoskami zapisali się na kartach historii. Może warto byłoby uruchomić również zawodowe maceczniki?

Na koniec trzeba zauważyć, jakże mrówczą pracę wykonał dr Maciej Andrzej Zarębski, zbierając i kompletując uzyskany materiał w formie książkowej. Jest to znakomite jego dzieło, dzięki któremu możemy patrzeć na lekarza nie tylko jak na człowieka, który nas leczy, ale także na kogoś, kto coś konkretnego robi na rzecz nas wszystkich zamieszkujących naszą małą ojczyznę. Z pewnością wielu Czytelników byłoby zdziwionych, jakimi pasjonatami byli ci, którzy dbali o nasze zdrowie. Lektura sama w sobie jest ciekawa i zajmująca, godna polecenia. ■



**Grażyna
– lekarka
alkoholiczka**

Czy to „gorsi” ludzie?

Piszę do Państwa po przeczytaniu artykułu Bohdana Woronowicza, który ukazał się w „Gazecie Lekarskiej” nr 10, 2014 r. Cieszę się, że wreszcie problem alkoholizmu wśród lekarzy został poruszony i to przez osobę najbardziej kompetentną. Jestem lekarką alkoholizką. W tym roku mam jubileusz 25-lecia niepicia dzięki kuracji odwykowej w Instytucie Psychoneurologii, systematycznego udziału w mitingach AA i pracy nad programem 12 kroków. Nie przesadzę, jeżeli powiem, że dostałam nowe życie przynoszące mi radość i satysfakcję.

Pomimo studiów medycznych wyszłam z AM bez jakiegokolwiek rzeczowej informacji o chorobie alkoholowej, która w 1965 r. w naszej akademii nie miała jeszcze nazwy. Był tzw. alkoholizm, czyli zatrucie organizmu po spożyciu alkoholu, głównie u osób z marginesu!? Wynik słabej woli (!?) osób poza marginesem i choroba Korsakowa – demencja związana z przewlekłym nadużywaniem alkoholu. Ludzie pili, bo mieli słaby charakter, ale dlaczego pili pomimo nieprzyjemnych konsekwencji w postaci kaca czy innych przykrości, nie wiadomo. To byli słabi, „gorsi” ludzie, źle traktowani przez otoczenie i lekarzy, którzy głównie ich straszili, lekceważyli, nie mając pojęcia, czy i jak można pomóc. Bardziej światli rozmawiali z alkoholikami, bo współczuli, ale nie mieli pojęcia, jak im pomóc. Oddziały odwykowe kojarzyły się z upokorzeniami i wyrzucaniem poza nawias społeczeństwa. Mimo to, kiedy ja sama zdecydowałam się szukać ratunku (to był rok 1989) i poprosiłam koleżankę lekarkę o skierowanie do oddziału „na odwyk”, pożegnałam się z najbliższymi i partnerem ży-

ciowym w przekonaniu, że nikt nie będzie mnie chciał znać i mieć kontaktu z osobą po odwyku. Mile rozczarowała mnie radość niektórych osób z otoczenia, które widziały moją męczarnię walki z alkoholem i szczerze mi współczuły, usilnie namawiając do niepicia. To zdolność, którą w wyniku choroby alkoholowej utraciłam. Ale koledzy lekarze w zdecydowanej większości nie mają pojęcia na temat choroby alkoholowej i jej leczenia. Pytają mnie, po co chodzę na mitingi, kiedy przestanę, dlaczego korzystam z leczenia, które wymaga kontynuacji do końca życia. Czemu nie zwrócę się do „dobrych” specjalistów, którzy by mnie skutecznie, szybko i trwale wyleczyli?

Reasumując, niezbędna jest wiedza o chorobie, której skutki dla chorego i jego otoczenia są gorsze niż pożar czy skażenie środkami promieniotwórczymi – wiedza, której nauczanie powinno być obowiązkowe. Kolejny aspekt to kwestia pomocy chorym lekarzom. Zazwyczaj problem koledzy chcą zatuszować. Środowisko udaje, że tego problemu (choroby) nie ma i kryje ekscesy kolegi lub koleżanki, uciekając się do pomocy w formie zwolnienia lekarskiego. Przytłaczają też oczy na częste, krótkie urlopy. Mąż mój – lekarz laryngolog – był alkoholikiem i narkomanem. Na mnie – żonę – wydział zdrowia wywierał presję, bym wpłynęła na męża, by nie fałszował recept, nie upijał się na dyżurach. Kiedy prosiłam o pomoc wydział narkotyków w pałacu Mostowskich, ukrywano raporty lekarskie z dyżurów męża pisane po pijanemu. Ordynator i zespół kolegów wzywał mnie na dywanik, aby nie urazić męża. Kiedy pijanego w sztok zaniósł do izby przyjęć w szpitalu, w którym pracował, po podłączeniu do kroplówki uprzejmie zapytano pana doktora, czy chce być leczony w oddziale. Pan doktor nie chciał, więc musiałam go zataścić do domu. Podobnych przykładów mam wiele.

Chorobę należy leczyć, a nie ukrywać, to szkodzi zainteresowanemu, jego rodzinie, pacjentom. Należy opracować procedury, jak postępować z pijanym patologicznie lekarzem. Nie odsyłać do domu, zacierać ślady, obowiązkowo kierować na konsultację specjalistyczną. Ponowne przyjęcie do pracy powinno się odbywać za okazaniem zaświadczenia o przebytym leczeniu, tak jak kolegi z czerwinką, gruźlicą, sepsą czy po wypadku. Cieszę się, że wreszcie ktoś zajmie się tą ciężką, ale uleczalną w aspekcie ostrych objawów chorobą, chroniąc zaniebującego siebie i niebezpiecznego dla innych lekarza alkoholika i cieszę się, że czyni to tak kompetentny i oddany swoim chorym lekarz jak doktor Bohdan Woronowicz.

W sprawie specjalizacji

Chciałbym za pośrednictwem łamów „Gazety Lekarskiej” podzielić się swoimi uwagami, spostrzeżeniami i propozycjami ze środowiskiem lekarskim. List ten piszę po lekturze najnowszego numeru „GL” (04/2015), w którym to publikujecie Państwo list naszego kolegi, dra Jacka Aleksandra Pawskiego. Ja sam jestem aktualnie specjalizantem, ale od momentu rekrutacji nie minęło aż tak wiele czasu, żebym zapomniał, jak to wyglądało.

Bardzo często rozmawiam z „osobami spoza branży”, jak i siłą rzeczy z lekarzami i lekarzami dentystami. Ci pierwsi nie są w stanie pojąć, dlaczego jest tak mało specjalistów i dlaczego wyjeżdżają z Polski, przywołując różne argumenty od patriotyzmu po zobowiązania społeczne („kształcicie się za nasze podatki” – cóż, my i nasze rodziny też płacimy podatki, ale nie o edukacji finansowej chciałbym mówić).

Z kolei my, młodzi lekarze, stajemy bardzo często przed wyborem: robić to, co lubimy, w czym się odnajdujemy i czujemy najlepiej, czy do końca życia budzić się rano i myśleć: „znowu muszę iść do tej niewdzięcznej roboty, której tak bardzo nienawidzę”. Wielu z nas chciałoby zakładać rodziny, ale jak mamy utrzymać siebie i ewentualne dzieci? Jak zachować należyte proporcje pomiędzy życiem osobistym a zawodowym? Ja sam jestem dzieckiem dwójki lekarzy. Ojca, który zmarł, gdy miałem 7 lat, prawie w ogóle nie pamiętam, bo w kółko siedział na dyżurach. Frustracja wielu z nas narasta. Jeśli Państwo chce kształcić i zachować kadry medyczne, a przy okazji zwiększyć przyrost naturalny, to nie tyle powinno przyznawać zasiłki z MOPS-ów na zasadzie „pieniądze do ręki”, ale zastanowić się nad długoterminowym planem zachowania młodych (nie tylko) lekarzy w kraju.

Wychodząc tej palącej społecznie potrzebie naprzeciw, kieruję dalszą część mojego listu w szczególności do dr Ewy Kopacz – aktualnie Pani Prezes Rady Ministrów i dra Bartosza Arłukowicza – Ministra Zdrowia oraz wszystkich Koleżanek i Kolegów mających jakikolwiek wpływ na stanowienie prawa w Polsce. Niniejsza porada jest dla was, Koleżanki i Koledzy, darmowa, naprawdę nic za nią nie chcę. Zastanówcie się, czy nie warto czasem wyjść ludziom naprzeciw.

Sama organizacja rekrutacji na specjalizację wydaje się zbyt restrykcyjna. W jednym naborze można złożyć tylko jedno podanie w jednym województwie na jedną specjalizację (umownie nazwijmy to zasadą 1-1-1). Podanie jest generowane na podstawie wypełnionego na stronie internetowej formularza. Czy to taki wielki problem, żeby rekrutować z ogólnopolskiej puli miejsc i móc wybrać preferowane województwo? Czy przez to najwięksi i najbardziej zdeterminowani pasjonaci danej dzie-

dziny nie zapełnią „dziury pokoleniowej” zarówno w aspekcie zawodowym, jak i ludnościowym w słabiej zasiedlonych rejonach kraju?

Otwórzmy bardziej specjalizacje. Zwiększmy ilość miejsc szkoleniowych, ale także rezydentur. Pozwólmy tym, którzy chcą się kształcić, żeby to robili. Skoro godzą się na pracę w trybie pozarezydenckim, to nie zamykajmy im takiej możliwości. Zapłaćmy kierownikom specjalizacji za każdego, kto chce się kształcić (zgodnie z obowiązującymi przepisami do 3 specjalizantów). Moim zdaniem nie ma lepszej metody nauki niż ta w relacji Mistrz – Uczeń.

Alternatywą do rezydentury niech będzie „stypendium specjalizacyjne”. Dajmy możliwość uzyskiwania stypendium ministerialnego (wyplacanego w formie pensji przez jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne – podobnie jak rezydentura) w zamian za zobowiązanie do pracy w publicznym sektorze ochrony zdrowia po uzyskaniu tytułu specjalisty. Oczywiście odpłatnie, ale za nieco niższą stawkę niż na wolnym rynku. Daje to nie tylko możliwość zapewnienia opieki specjalistycznej społeczeństwu, ale także pewność zatrudnienia i stabilność finansową młodemu lekarzowi w perspektywie kilku lat. Ponadto propozycja dra Jacka Pawskiego, by utrzymać rezydenturę mimo zmiany specjalizacji wydaje się być niezmiernie rozsądna.

Utrzymajmy dodatek za specjalizację „zamawianą/deficytową”. Jeśli ktoś naprawdę nie wie, co chciałby robić po stażu podyplomowym, bo na przykład „cała medycyna jest dla niego interesująca”, to może dodatkowo pieniądze pchnąć taką osobę na tę bardziej potrzebną lokalnej społeczności specjalizację? Oczywiście dodatek ten byłby uzależniony od zapotrzebowania na daną specjalizację w obrębie np. województwa.

Kwestia zarobków lekarzy w publicznym sektorze ochrony zdrowia jest tematem poruszonym tak często i długo w debacie publicznej, że dziś porozumiewamy się za pomocą sloganów. Co społeczeństwo myśli o nas, jest powszechnie wiadome: łapówkarze, złodzieje, biorą pacjentów za zakładników. Dopóki społeczeństwo nie zrozumie, że wiedza i kompetencje kosztują, my młodzi będziemy wyjeżdżać. Czy tak bardzo różnimy się od przysłówiowych już hydraulików, budowlanców czy innych rzemieślników? Dlaczego dla nas nie ma społecznego przyzwolenia na emigrację zarobkową? Czy my nie możemy poszukiwać szczęścia i spełnienia w życiu? Jeśli mamy tu zostać, to chcemy czuć się docenieni, mieć pewność jutra i możliwości rozwoju.

Tylko czy Społeczeństwo stać na to, żeby spojrzeć prawdzie w oczy?

Czy Obywatele są w stanie zrozumieć, że to dla nich inwestycja? ■

Młody lekarz

(imię i nazwisko
do wiadomości
redakcji)



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Po równo

Jest coś przyjemnego w równowadze. Jest coś pociągającego w złotym środku. Gdy równają się szalki wagi, nastaje czas skupienia, czas wielkiej ciszy. Do niej właśnie zaprasza widza Rafael w swoich freskach dla papieskich pokoi w Watykanie. Ale w Stanza della Segnatura coś mu się wymyka.

Szkoła Ateńska to prawdziwa filozoficzna uczta. Rafael rozgrywa ją z niemalże chirurgiczną precyzją. Nic tu w zasadzie nie wystaje, nie przechyla się, powodując niepotrzebny zbytek czy też przerażający brak. Linie perspektywy zbiegają się w centralnym punkcie, pomiędzy Platonem i Arystotelesem pogrążonymi w dyskusji. To oni zdają się być głównymi bohaterami tego zbiorowiska, oni są tutaj punktem odniesienia, ku nim biegnie oko widza. Ku nim również zbiega się orszak innych myślicieli, jasno podzielonych na tych, którym bliżej do idealistycznej myśli Platona i tych, którzy za Arystotelesem wierzą raczej temu, co mogą zmierzyć.

Ale jest jeszcze inny bohater tego fresku. Cichy, skupio-

ny, jakby wbrew samemu Rafaelowi ciężący ku jednej ze stron. Usiadł na schodach, niedaleko niedbale rozłożonej postaci Diogenesa. Głowę podparł dłonią ułożoną na kamiennym podeście. Podobno to Heraklit, zadumany nad tym, co przemija, przepływa, czego pochwycić dwa razy się nie da. Pogrążony w myślach jest zupełnie wyłączony ze zgiełku całej sceny. Siedzi niby sam, Rafael dał mu pustą przestrzeń stopni, ciało i ręce ułożył w koło, pulsującą energię myśli zamykając gdzieś między jego głową a piszącą ręką. Trudno oderwać od niego wzrok. Im dłużej patrzy się na jego samotne zamyślenie, tym bardziej szalka wagi Rafaela zdaje się przechylać.

Czy coś tej samotnej postaci dolega? ■

Pogrążony w myślach jest zupełnie wyłączony ze zgiełku całej sceny. Siedzi niby sam, Rafael dał mu pustą przestrzeń stopni, ciało i ręce ułożył w koło, pulsującą energię myśli zamykając gdzieś między jego głową a piszącą ręką.



a

Obraz:
Rafael, „Szkoła Ateńska”,
1509-1510,
Stanza della Segnatura,
Watykan

b

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **29 maja 2015 r.**

W temacie maila należy wpisać GL05.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 04/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Krzysztof Helewski z Dąbrowy Górniczej
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 04/2015

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Spotykane są hipotezy, że namalowana przez Botticellego Wenus cierpi na chorobę Ponceta – zapalenie stawów występujące u chorych na gruźlicę. Tę hipotezę potwierdzać mają między innymi charakterystycznie wygięte palce dłoni.

Szczegóły

1. Zamiana rąk, prawa zakrywa łono, lewa piersi.

Uchwycona przez Botticellego poza Wenus nawiązuje do sławnej rzeźby Praksytelesa przedstawiającej Afrodytę z Knidos. Charakterystyczny gest, podyktowany wstydem (a może chęcią tym większego zaciekawienia?), wykorzystywany był przez artystów przez wieki i stał się jednym z charakterystycznych atrybutów, dzięki obecności których rozpoznać można boginię miłości.

2. Obniżenie linii włosów na czole.

Jednym z atrybutów piękna w czasach Botticellego było wysokie czoło. Kobiety niejednokrotnie sztucznie podwyższały linię włosów, goląc się. Nic zatem dziwnego, że renesansowa Wenus nie mogłaby mieć niskiego czoła.

3. Perły we włosach.

Wielu badaczy twierdzi, że Wenus z obrazu Botticellego to w istocie Simonetta Vespucci, słynąca ze swej urody w całej Republice Florenckiej. Jej portrety malowali najlepsi malarze włoskiego quattrocenta. Piero di Cosimo przedstawił ją właśnie z upiętymi włosami przyozdobionymi perłami.

4. Dodanie napisu na muszli „La Sans Pareille”.

Jeśli wierzyć interpretacji, że Wenus to w istocie Simonetta, napis „La Sans Pareille” (Nie mająca sobie równych) miałby sens. Taki to bowiem napis zdobił flagę noszoną przez Giuliano Medici, a namalowaną przez samego Botticellego. Sandro ponoć sam również uległ urokom Simonetty. Jego życzeniem było spocząć niedaleko jej grobu w kościele Wszystkich Świętych (Ognissanti) we Florencji. Tam też został pochowany.



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



**Jarek
Paśnik**

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

Pełna treść
opowiadania
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Ballada o chłopcach, którzy nie domykali powiek

Mając do wyboru cały świat, Kamil wybrał Łódź na miejsce swoich narodzin. Od początku zajął się pochłanianiem dużych ilości mleka, pakując przy okazji do żołądka sporo powietrza. Było to powodem kolek, które nieraz kazały mu wrzeszczeć przez pół wieczoru. Po kilku nieudanych próbach kolejny lek przyniósł ukojenie. Kamil przesypiał noce i nabierał ciała. Mama martwiła się jedynie powiekami Kamila, które za nic w świecie, nawet w głębokim śnie, nie miały zamiaru się domykać.

Pierwsze mrozy wygoniły z kraju ostatnie bociany, a jego dwukrotnie obdarzyły katarem. Ten jednak szybko udawało się rozpędzić inhalacjami. Podczas gdy zima pozostawiała ludzi w niepewności, gdzie pójdzie dalej, stacje epidemiologiczne alarmowały o wzrastającej liczbie chorych na gripę. W ciągu dwóch miesięcy świąskim wirusem zaraziło się dwukrotnie więcej osób niż rok wcześniej. Kamil krążył w wózku po marysińskich skwerach, śniąc o kolejnych latach swojego życia. Z czasem spacerować stało się niemożliwe z racji złej pogody. Pewnego lutowego poranka chłopiec najpierw nie chciał mleka, a w południe dwukrotnie chlusnął. Opadł kompletnie z sił i zaczął coraz szybciej oddychać. W ciągu kilku chwil stało się jasne, że zaczęła się wojna. Płuca szaleńczo przepuszczały przez siebie wydzierane światu hektolitry powietrza i otulały spłoszone życie. Po godzinie walki wyczerpane zostały zastąpione przez respirator. Kamil zastrygł w bezruchu, poddając się maszynom, rurkom i płynom, które wraz z krzątającymi się wokół niego osobami podtrzymywały iluzję powrotu.

Na długie tygodnie solidny mróz utrwalił we wzajemnym uścisku srebrne liście i gałęzie wierzby stojącej przed wejściem do kliniki. Ten fałszywy obraz zimy miał trwać do czasu, kiedy lód odpuści, przerywając to nierealne połączenie, a wiatr poniesie opuszczone listki w przestrzeń zapomnienia. Miliony mroźnych igieł klują teraz twarz Magdy i ścinają łzy płynące po policzkach. Kobieta zarzuca na siebie nieco lichego sweterek i okrąża drzewko. Nie czuje zimna, wyciąga dłoń i gładzi nią jasną korę. Bóg posadził drzewa, aby swoimi korzeniami oplotły ziemię i nie pozwoliły jej rozpaść się na kawałki.

Kiedy Michał kończy wpisywać obserwacje w historii chorób, Magdy już nie ma przy wierzbie. Lekarz czuje, że nadszedł moment, kiedy musi powiedzieć jej najgorsze. Idzie w stronę sali Kamila i szuka słów, które nie będą ranić, przynajmniej nie tak od razu. Chłopiec pojawił się dwa tygodnie wcześniej na izbie przyjęć w krańcowo ciężkim

stanie. Miał duszność i niską saturację, która nie poprawiała się po tlenie. Michał nie widział wcześniej tak złego zdjęcia rtg u małego dziecka. Był pewien, że chłopiec jest ofiarą świąskiej grypy, i nawet po dwukrotnie ujemnym teście przesiewowym nie przestawał wierzyć w dodatni wynik PCR. W kolejnych dniach jednak pewność i doświadczenie coraz bardziej ustępowały miejsca zdziwieniu i bezradności. Z listy możliwych przyczyn zakażenia z hukiem spadały kolejne wirusy, atypowe bakterie i grzyby. Stan Kamila pogarszał się, chłopiec wymagał coraz bardziej intensywnych działań. Rozszerzono antybiotykoterapię, do niebotycznych wartości podkręcono tlen w mieszaninie oddechowej i ciśnienie końcowo-wydechowe, a chłopca wentylowano w pozycji na brzuchu.

Klucz do choroby wyłowiono, badając limfocyty. Kamil nie miał komórek supresor. Urodził się bez cząstki elementarnej, która decyduje o ich rozwoju. Dzieci bez kinazy ZAP-70 chorują na ciężko złożony niedobór odporności. Nie potrafią bronić się przed patogenami i giną w nierównej walce. Nie udaje im się dożyć do pierwszej świeczki na torcie. Opisano tylko kilkoro z nich, urodzonych w amerykańskiej sekcji menonitów. W hermetycznym, wsobnym środowisku łatwo łamią się geny i gubią cząstki elementarne. Michał wie, że pozostaje czekać na cud. Kamil ma wyjść cało z zakażenia, a potem błyskawicznie musi się znaleźć dla niego dawca. W drodze do jego sali Michał umawia się z genetykiem na pobranie histiocytoz. Jeśli tylko Kamil przeżyje weekend – mówi do słuchawki, niemal wchodząc na jego matkę.

Łódź była miastem, które Aram wybrał na miejsce swoich narodzin. Nie mógł inaczej, gdyż jego rodzina żyła tutaj od pokoleń, budując miasto i ulice, po których on biegał do freblówki i szkoły powszechnej. Był drobnym chłopcem o kruczoczarnych włosach. Po szkole przesiadywał w pobliskim parku na Marysinie i pochłaniał kolejne książki. Latem było w nim szczególnie pięknie i gwarno, zwłaszcza gdy na największej polanie budowano wesołe miasteczko.

Pod koniec pewnych gorących wakacji na miasto najechał zły pan. Pozamykał szkoły, murem otoczył dzielnicę Arama, a jemu i jego braciom kazał pracować. Potem zabrał jedzenie, a ludzi zaczął ładować do pociągów. Wtedy młody Aram wziął swój wypełniony do połowy zeszyt i napisał kilkadziesiąt słów, które siedziały w nim od dawna, schowane głęboko jakby ze strachu.



W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” (04/2015) w tekście „Wybory w cieniu literatury” błędnie podaliśmy nazwisko artysty lekarskiego kabaretu „Bak” Adama Madeja. Za pomyłkę przepraszamy.

UNIwersytet MEDYCZNY w ŁODZI
wraz z SKSR „WOLANT” Łódź i Li-Ning Polska

ZAPRASZA NA

IV MEDYCZNY
PUCHAR BADMINTONA

III Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Badmintonie

18.04-19.04.
2015

Pod patronatem Narodowej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Hala Sportowo-Widowiskowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. 6-go Sierpnia 71 w Łodzi

Przyjdźcie i zagrajcie z nami

Wszystkie informacje dotyczące turnieju można uzyskać pod nr. telefonu
695 86 49 73 lub 668 17 94 08
Zgłoszenia do dnia 15.04.2015

LI-NING badmintonzone.pl

WOLANT Łódź

Colgate

RAJD GÓRSKI
SŁUŻBY ZDROWIA
BIESZCZADY 2015

Komenda Turystyki i Sportu OIL w Rzeszowie
zaprasza koleżanki i kolegów do udziału
w Rajdzie Górskim Służby Zdrowia
„Bieszczady 2015”, który odbędzie w dniach
01 - 09 sierpień 2015

Baza namiotowa przy:
OSW w Zatrzawicy

W programie między innymi:

Udział w wyprawie kajakarskiej Bieszczadzkiego masaru	Spotkania „przebiegiem, potahujemy”
Spotkania z „Bieszczadkami”	Konkurs fotograficzny i rysunkowy

Zgłoszenia i szczegóły udziału prosimy przesyłać do: **02.07.2015**
na adres:
Rajd OG w Rzeszowie
OSW Bieszczady
ul. Dąbrowski
16-111 Rzeszów
e-mail: rajd@oil.rzeszow.pl

Wszystkie informacje:
www.rzeszow.oil.org.pl



Lexus Cup

LEXUS

XXV
MISTRZOSTWA POLSKI
LEKARZY W TENISIE

04.06 - 07.06.2015

Kortowo Tennis Club Poznań

Rejestracja do turnieju za pomocą formularza na stronie
www.mplt.pl

Sponsor Oficjalny:

Patronat Honorowy:

Allpresan

WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Colgate

2. Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie
 odbędą się 21.06.2015 w Radomiu w ramach
3. Półmaratonu Radomskiego „Czerwca’76”
Informacje o biegu, regulamin i zapisy na stronach:
polmaratonradom.pl maratonympolskie.pl datasport.pl
Bieg ma charakter otwarty.
Organizator: Delegatura Radomska OIL w Warszawie.
Kontakt do organizatora: Dariusz Orczykowski
Tel. 603589632 timdor@poczta.onet.pl
Serdecznie zapraszamy.



**Zapraszamy wędkujących lekarzy na XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym odbywające się
w dniach 14-17.05.2015 r. w Ustroniu na rzece Wiśle**

Szczegółowy harmonogram 3 dniowego spotkania obejmującego zawody,
treningi oraz warsztaty wędkarskie z galerią zdjęć z poprzednich edycji pod adresem:

www.klinikajurajska.pl/mistrzostwapolskilekarzy

Potwierdzeniem uczestnictwa jest wpłata 350 zł od osoby na konto:

Bank WBK 31 1090 2590 0000 0001 2408 8338
JUSTA S.C. Justyna Mazurek, Waldemar Kędzierski
43-450 Ustroń Lipowska 37a
z dopiskiem MPLwW 2015

wszelkie pytania proszę kierować na adres flydoctorgap@gmail.com
lub telefonicznie 790 362 867, 604 230 468



XV Mistrzostwa Lekarzy w Golfie

W Parku Golf Club w Binowie 5-6 czerwca odbędą się
XV Mistrzostwa Lekarzy w Golfie.

Zawody są organizowane przez OIL w Szczecinie
we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską.

Z roku na rok w turnieju bierze udział coraz większa liczba lekarzy golfistów.

Zapraszamy do udziału!

Dyrektor turnieju: Sławomir Piński, tel. 602 278 570, pinski@binowopark.pl.

Sekretarz Turnieju:

Maria Skowrońska, tel. 698 622 144, m.skowronska@binowopark.pl.

Więcej na www.gazetalekarska.pl
oraz www.binowopark.pl.

Uwaga! Zmiana terminu zawodów biegowych w Bielsku-Białej!

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 10 km odbędą się
17 maja 2015 r.

Regulamin i zapisy na www.asir.pl. Szczegóły organizacyjne na www.mp60.pl
lub telefonicznie: Maciej Pająkowski, tel. 602 177 857.



WYDZIAŁ STOMATOLOGII ŚLAM, ROCZNIK 1995

Z okazji 20-lecia ukończenia studiów zapraszam na spotkanie w dn. 10-11 października 2015 r. Zgłoszenia i rezerwacja (do 10 września): Hotel Pod Jedłami w Wiśle, e-mail: rezerwacja@podjedlami.pl (hasło rezerwacji DENTY-STA 95), tel.33/856 47 20. Możliwość wydłużenia pobytu w atrakcyjnej dla nas cenie. Kontakt: Monika Schönthaler-Pałużowska, tel. 603 654 633, monikaschp@gmail.com

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1975

Zapraszamy absolwentów wydziału lekarskiego Rocznik 1975 na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-tej rocznicy uzyskania dyplomu lekarza, które odbędzie się w dniach 18-20 września 2015 r. w Hotelu Pałac Bielawa (Bielawa, ul. Piastowska 23, www.palacbielawa.pl) Opłata od uczestnika 500 zł (spotkanie bez osób towarzyszących). Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do dnia 31 maja 2015 r. z dopiskiem Zjazd 1975 L. Panie prosimy o podanie nazwiska za okresu studiów i obecnego. Informacje: Ewa Kulej-Lewczuk, tel. 691 348 007; email: ewalewcz@gmail.com

WYDZIAŁ LEKARSKI I WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM W POZNANIU, ROCZNIK 1955

26 września 2015 r. organizujemy w siedzibie i przy udziale Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu uroczyste koleżeńskie spotkanie z okazji 60-lecia dyplomu dla absolwentów Wydziału Lekarskiego, a w dniu 17 października 2015 r. dla absolwentów Wydziału Stomatologii. Szczegółowe informacje (program, koszty, wpłaty) o tej uroczystości zostaną rozesłane do wszystkich Koleżanek i Kolegów, których adresy posiada Komitet Organizacyjny. Absolwenci, którzy do 31 maja br. nie otrzymają tych informacji, a chcą wziąć udział w uroczystości, proszeni są o dokonanie zgłoszenia do 15 lipca br. na adres: Divisia Sp. z o.o., ul. Starołęcka 2/8 60-363 Poznań, tel. 61/653 01 50, kom. 726 888 818, kontakt p. Agnieszka Zygmunt. Komitety Organizacyjne: lekarze - Zbigniew Cymerys, Grażyna Skomer, Danuta Stemerowicz, stomatolodzy - Henryk Bartkowiak, Aleksandra Nowakowska-Sieminska.

AKADEMIA MEDYCZNA IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU, ROCZNIK 1980

13.06.2015, Hotel Lake, Dymaczewo k. Poznania. Rejestracja elektroniczna oraz szczegółowe informacje: www.absolwenci80-am.pl. Koszt udziału w spotkaniu to 380 zł za osobę. Opłaty i zgłoszenia przyjmujemy do 29 maja

2015 r. Numer konta: mBank: 44 1140 2004 0000 3502 7523 2364 Divisia Sp. z o.o., ul. Grodziska 37, 60-363 Poznań z dopiskiem: zjazd absolwentów 80, imię i nazwisko uczestnika.

WYDZIAŁ LEKARSKI W KATOWICACH, ROCZNIK 1985

Serdecznie zapraszamy na 3-cie spotkanie Naszego Wspaniałego Roku, 30 lat minęło!!! Spotkajmy się w miejscu wszystkim już znanym – w Hotelu Stok w Wiśle w dniach 10-11 października 2015 r. Opłata za udział wynosi 400 zł. Wpłaty prosimy dokonać do końca sierpnia 2015 r. na konto „Bodeko Hotele” Sp. z o.o. w Wiśle ING Bank Śląski oddział Wisła 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 na hasło – ZJAZD PO 30 LATACH. Wpłaty dokonane w terminie gwarantują rezerwację pokoju w Hotelu Stok oraz udział we wszystkich imprezach naszego spotkania (grill + bal). Bliższych informacji udzielają: Beata Dutkiewicz, tel. +48 601 510 257, Jacek Ziental tel. + 48 604 753 468. Wszystkie pozostałe informacje będą dostępne na stronie: www.zjazdpo-30latach.one.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1985

Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 22-24 maja 2015 r. w Hotelu Żubrówka w Białowieży. Opłata za uczestnictwo wynosi: ognisko w piątek 22.05.15 r od godz. 19.00 - 150 PLN, uroczysty bankiet w sobotę 23.05.15 r. - 300 PLN. + koszty noclegów, które rezerwujemy indywidualnie we własnym zakresie, telefonicznie lub e-mailem w Hotelu (tel. 85/682 94 00, kom. 601 213 812). Wpłaty prosimy dokonywać na konto bankowe 42 1240 2890 1111 0010 6247 0086 (B.Olchowik-Sutuła) najlepiej do dnia 10 maja 2015 r. Kontakt telefoniczny Barbara Olchowik-Sutuła: 606 236 423, Grzegorz Mrugacz: 602 636 656.

WYDZIAŁ LEKARSKI ODDZIAŁ STOMATOLOGII ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1975

Serdecznie zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów. Zainteresowanych prosimy o kontakt: Lidia Matysik-Kałamarska: tel. 32/231 02 64, Anna Stańczyk-Franieł: tel. 32 434 14 15; e-mail:hanisia1951@wp.pl. Spotkanie odbędzie się 26 września 2015 r. w hotelu „Kotorz” w Brennej, ul. Wyzwolenia 40. Koszt 300 zł, konto: Bank PKO S.A.:92 1240 2991 1111 0010 6077 5512 Tytuł przelewu: Zjazd stomatologia'75

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci, 11 kwietnia 2015 r.,



lek. Jana Juliusza Adamusa

specjalisty z zakresu epidemiologii, medycyny społecznej i organizacji ochrony zdrowia, aktywnego działacza dolnośląskiego samorządu lekarskiego, wieloletniego przewodniczącego Delegatury DIL w Wałbrzychu, założyciela Koła Lekarzy Seniorów DIL w Wałbrzychu, członka wielu komisji i organów DRL oraz NRL, przewodniczącego Zespołu ds. współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL w latach 2002-2005, wieloletniego członka Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich w Brukseli, współinicjatora lekarskich polsko-niemieckich konferencji, zasłużonego lekarza zaangażowanego w reformowanie polskiego systemu ochrony zdrowia.

To nieodżałowana strata dla dolnośląskiego środowiska lekarskiego.

Z ogromnym żalem przyjąłem wiadomość o śmierci zasłużonego Lekarza

Jana Juliusza Adamusa



Członka Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji oraz Przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL

Rodzinie, Bliskim oraz Kolegom i Koleżankom z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu i Delegatury DIL w Wałbrzychu składam wyrazy szczerego współczucia z powodu tej bolesnej straty.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską

Wierzchołki lodowych gór

Gospodarka się umacnia, jest coraz niższe bezrobocie, wzrasta ściągальność podatków, w tym odpisu na Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednocześnie jest w Polsce coraz mniej lekarzy, udzielamy znacznie więcej porad niż koledzy w innych krajach, a pakiet kolejkowy nie tylko nie skrócił kolejek w sektorze publicznym, ale wydłużył je, i to znacząco, w prywatnych gabinetach.

Podczas corocznego zjazdu sprawozdawczego mojej Izby, jeden z liderów koalicyjnych, Marszałek Mazowska i lekarz, po raz kolejny przedstawił dane dotyczące załużania się szpitali, dla których województwo jest organem założycielskim. Powodem strat są zaniżone stawki punktowe, niezapłacone nadwykonania, janosikowe bis oraz przymus kontraktowy. Według Marszałka tylko podwyższenie składki o 2 proc. może docelowo uratować nas przed katastrofą finansowania ochrony zdrowia. Dwa dni później w wywiadzie dla stacji radiowej usłyszałem stanowcze zaprzeczenie tej tezy przedstawione przez panią premier. A więc pieniędzy więcej nie będzie, co oznacza, że będzie więcej pracy...

A tymczasem projekt nowej regulacji prawnej dotyczący zdrowia publicznego jest w trakcie konsultacji. Kolejne kilka stron, które opisują powołanie Pełnomocnika, Rady, Komitetu Sterującego i celowego Funduszu, czyli teoretycznych narzędzi do opracowania Narodowego Programu Zdrowia. Dla wprawnego rachmistrza możliwe jest policzenie, ile jest warte dzisiaj zdrowie publiczne, oczywiście z korektą, że im mniej pijemy i palimy, tym mniejsze finansowanie, bo będziemy zdrowsi. To kolejna wersja ustawy, jaką widzę i po raz kolejny nie widzę tam pomysłu na rozwiązywanie problemów. Widzę za to strukturę, administrację, komputery i tabelki w statystycznej grze. Może jednak po raz pierwszy nasze bólażki ktoś opisze, ale czy znajdzie odwagę, by je opublikować, na to musimy jeszcze poczekać.

Prasa doniosła, że w komercyjnych przychodniach, mimo słono opłacanych pakietów, nie można już z taką łatwością jak kilka lat temu dostać się do specjalisty. Niechaj więc głos „Gazety Lekarskiej” dołoży do tej analizy hasło, że w gabinetach prywatnych, co jeszcze do niedawna raczej było nie do pomyślenia, także tworzy się zapisy kolejkowe. W wybranych

specjalnościach czy u znanych profesorów kalendarz dorównuje funduszowemu. Czy politycy zadali sobie pytanie, dlaczego tak się dzieje i czy na pewno NFZ działa dobrze?

Kilka lat temu Konstanty Radziwiłł pokazywał finansowe góry lodowe. Nad powierzchnią tafl wody widać środki publiczne, a pod spodem? Otwórzmy katalog: organy założycielskie pokrywają coroczne straty swoich jednostek – każda z nich to koszt od kilku do kilkudziesięciu milionów; bogaci obywatele płacą abonamenty – jeśli spojrzeć tylko na zysk potentatów rynkowych, obroty są już w gospodarce kwotą zauważalną; zwykli ludzie chodzą do gabinetów prywatnych, w ogromnej mierze leczą zęby z własnych pieniędzy; praktycznie każda gmina dokłada do programów zdrowotnych – choćby szczepiąc seniorów przeciw grypie; akcje charytatywne od orkiestry po budzik, zbieractwo koncertowe i aukcyjne to kolejne wpłaty pozasystemowe. Kto da więcej?

Czy Narodowy Program Zdrowia opisze wszystkie te datki i pokaże, ile faktycznie wydajemy na zdrowie?

Czy zobaczymy górę grosza w całości? Czy Pełnomocnik dołoży nam pracy, a może jednak zacznie czegoś wymagać od ludzi i wdroży prawdziwy program edukacji, co pozwoli zmniejszyć liczbę porad przypadających na polskiego lekarza – jedną z największych w Europie?

Szczerze mówiąc, nie wierzę w żadną zmianę. Nie wiem, gdzie podziata się obietnica dodatkowych ubezpieczeń? Nie wiem, dlaczego system eWUŚ niczego nie weryfikuje? Nie wiem, dlaczego dziennikarze nie widzą kolejek i ciekawszy jest dla nich pijany lekarz oraz podsycanie wrogości poprzez zaglądnienie do doktorskich kieszeni, garaży i posesji. To wszystko oczywiście w imię prasowej rzetelności, w poszanowaniu prawa, prawdy i europejskich standardów. A lodowe góry rosną i rosną! ■



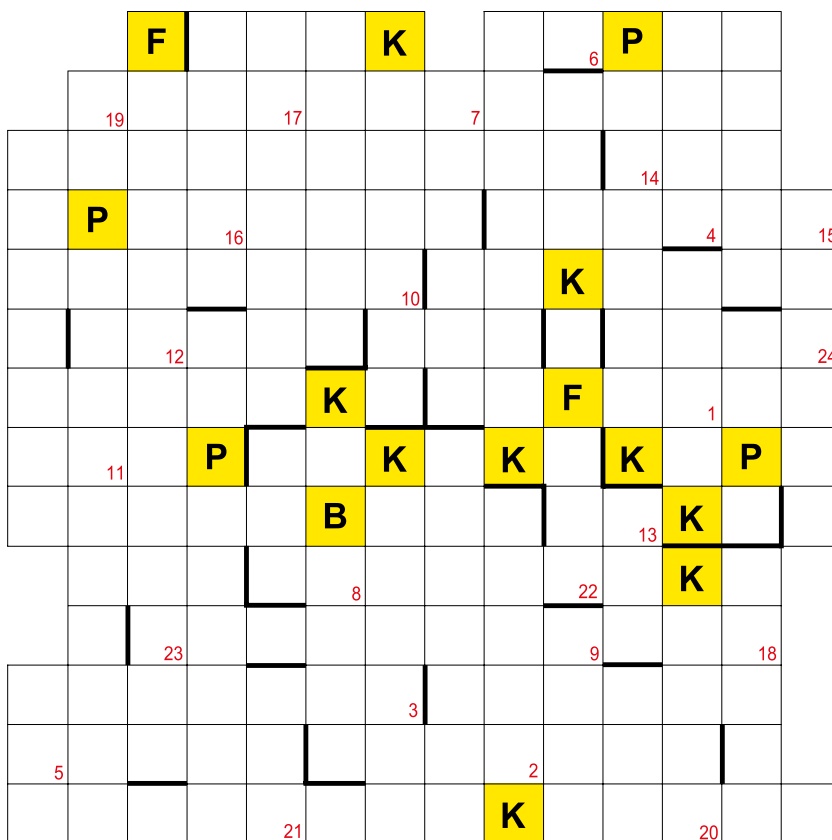
Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

* Autor otrzymał Nagrodę Złoty OTIS 2015 w kategorii „Lekarz społecznik”, przyznaną przez kilkusobowe grono wybitnych polskich profesorów medycyny. Gratulujemy!



Objaśnienia 57 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, K i P. Na ponumerowanych polach ukryto 24 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie moldawskie. Należy je przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 maja 2015 r. Wśród autorów prawdziwych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 205 („GL” nr 03/2015)

Kłamstwo jest chorobą a prawda lekarstwem.

Nagrody otrzymują: Dagna Chwarscianek (Poznań), Krzysztof Kopeć (Szczecin), Stanisław Barczyński (Kielce), Dorota Hanf-Osetek (Rzeszów), Diana Denda (Rybnik). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* konanie * pokrowiec na okulary i tablet * greckie uosobienie zemsty bogów * talerz na sałatkę * inwalidzka lub rodzinna * kumpel Bolka * kraj z Lome * krzew z różowatych, jaj czarne owoce są bombą wielowitaminową * aspirator * nauka o fundamentalnych zjawiskach w doświadczeniu * III Sobieski * miłośnik Greków * spec od grzybów * zadaszenie * ugrupowanie Krzaklewskiego * motyl listkowiec * węglan sodu potocznie * jednostka natężenia oświetlenia * płynie w Nowym Sączu * staropolskie 134 m * stan po kilku drinkach * popiera krewnych i przyjaciół * twórca inspektora Maigret * SMS z obrazem * siarczan wapnia dla ortopedy * 1/2 roku akademickiego * ojciec Platona * koreański złoty * osobnik z różnymi allelami * dorastające dziewczę * kanton z Altdorf * strętwa * tyfus * w muzyce wolno i szeroko * Kipchoge, kenijski mistrz z Meksyku i Monachium * siłomierz * Pieter, holenderski fizyk noblista (1902) * klub z Nikozji * grecka nazwa ibisa - Dzehuti, opiekuna nauki * wesola służąca, partnerka Arlekina * znawca budowy organizmu * sucha, cienka kiełbasa * stolica Szlezwik-Holsztyn * francuskie czako z daszkiem * dojelitowy kwas acetylosalicylowy Polfy * grzywiasty krewny kozy z Azji Pd. * twórca bajki zwierzęcej * ład mocno wysunięty w jezioro * bohater „Bogów” * skaleniowiec, składnik fojaitów * założył zespół „Klaus Miffloch” * rezus i magot * nasus * kolega Tytusa i Romka * między Judeą a Galileą * mandatowa lub skrutacyjna * wzrost wydalania reszt azotowych z moczem

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 164 700 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

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

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

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

Druk: **RR Donnelley
Global Print Solutions**

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