

06/07
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Zdrowie
ma przyjść
z ustawą?

23

Samorząd

Spotkanie
w Gdańsku

28

Stomatologia

Złote
standardy

33

Praktyka lekarska

R12: dzień z Lotniczym
Pogotowiem Ratunkowym

Spis treści



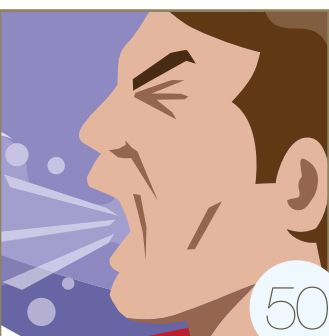
19



24



33



50

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Lekarz w mediach, lekarz w ministerstwie
- 7 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Mistrz i uczeń
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Czekać na dobrą zmianę
- 12 **Temat miesiąca:** Zdrowie ma przyjąć z ustawą?
- 16 **Wspomnienie:** Pamięć pozostanie na zawsze
- 18 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
Kwietniowa Rada UEMS w Brukseli
- 19 **Rozmowa o zdrowiu:** Być pielęgniarką to ogromne wyzwanie
- 23 **Samorząd:** Spotkanie w Gdańsku
- 24 **Samorząd:** Gdzie świat, tam my
- 26 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Wspaniałego urlopu
- 28 **Stomatologia:** Złote standardy
- 30 **Prawo i medycyna:** Obowiązkowe szczepienia ochronne
- 32 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Błąd w sztuce lekarskiej
- 33 **Praktyka lekarska:** R12
- 36 **Biuletyn NRL**
- 40 **Praktyka lekarska:** Solidarni w potrzebie
- 42 **Praktyka lekarska:** Komornik sądowy przychodzi do lekarza
- 46 **Praktyka lekarska:**
Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści w roku 2015
- 48 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Zdrowie publiczne – priorytety XXI wieku
- 50 **Indeks korzyści:**
Straszny kaszel, a poza tym wszystko w porządku...
- 52 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Wdzięczność okazana obecnością
- List do redakcji**
- 53 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Wszechobecne jury
- 54 **Błąd malarski:** Na ostrzu
- 56 **Recenzje**
- 57 **Kultura:** Non-fiction
- 58 **Kultura:** Po drugiej stronie
- 59 **Kultura**
- 60 **Sport**
- 63 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (52) / J. Wanecki:** Lokowanie produktu
- 74 **Jolka lekarska**

15.05

Od tego dnia obowiązuje nowelizacja ustawy z 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym. Odnosi się ona także do lekarzy i lekarzy dentyistów – więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

6.09

Mija termin nadsyłania prac na III Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2015 – Częstochowa. Patronat honorowy nad tym wydarzeniem objął prezes NRL. Więcej w dziale Kultura na www.gazetalekarska.pl.

Do 15.11

Członkowie izb lekarskich mogą zgłaszać kandydatury osób na Odznaczenie Meritus Pro Medicis. Wzory dokumentów do pobrania w dziale Samorząd na www.gazetalekarska.pl, wypełniony formularz i list promocyjny należy wysłać na adres siedziby NIL.

Przypominamy!

Lekarze prowadzący praktyki zawodowe muszą zgłosić do właściwej OIL zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC w ciągu 7 dni od daty jej podpisania.

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”

Lekarz w mediach, lekarz w ministerstwie

Od kilku miesięcy toczy się w samorządzie lekarskim dyskusja nad możliwością poprawy wizerunku lekarza w mediach.

Wszyscy przywykliśmy do tego, że otaczający nas świat jest odmienny od tego, który oglądamy w telewizorze. I to nie tylko dlatego, że oglądamy wiadomości z Europy i świata. Podobnie może czuć się polski pacjent, który na co dzień ma szansę spotykać się z kompetentnym i sympatycznym doktorem, a w mediach widzi najczęściej lekarza, jako sprawcę ludzkiego nieszczęścia. Napisałem, że pacjent ma szansę, a nie, że spotyka, bo dobrze wiemy, że zachowania części kolegów, na szczęście będących w mniejszości, bywają dalekie od ideału. Opinię na ten temat prof. Macieja Michalika znajdują Państwo wewnątrz tego numeru. Nie ma prostych sposobów, aby zmienić obraz naszego zawodu w prasie, radiu, a zwłaszcza w telewizji. Zastanawiamy się, jaką rolę może tutaj odegrać izba lekarska. Niezwykle istotną sprawą jest szybka reakcja na medialne doniesienia. W Gdańsku, podczas dorocznego spotkania redaktorów naszych pism, jednym z głównych tematów były sposoby reprezentowania samorządu wobec mediów oraz rola rzeczników i asystentów prasowych. Jeden z wykładowców powiedział podczas tej konferencji, że w mediach brakuje obrazu lekarza jako człowieka mądrego i dobrego. Większość spośród moich kolegów łatwo znajdzie osoby winne tej sytuacji – to goniący za sensacją i nieprzebiegający w środkach dziennikarze. Ale gdyby, odłożymy na bok nieuniknione emocje, spokojnie zastanowić się nad tym problemem, niewykluczone, że przyjdzie refleksja: może nie tylko oni są winni? Często słyszymy od członków naszych rodzin,

od przyjaciół, opinie o lekarzach pełne uznania, czasami wręcz zachwyty. Jaki to kompetentny i w dodatku sympatyczny oraz uczynny doktor! Każdemu z nas zdarza się jednak słyszeć ocenę wyrażaną w słowach nienadających się do cytowania. A wiadomo, jak działa łyżka dziegiu.

Wybory prezydenckie dawno za nami. Część z nas oczekuje działań nowego prezydenta z nadzieją, inni z obawą. Znamienne jest, jak mało mówiono w kampanii o ochronie zdrowia. Każdy z kandydatów obawiał się w tej sferze składać obietnice, a one są przecież istotą kampanii. Jeśli jednak obecny Prezydent Elekt, a od sierpnia Prezydent RP, spełni swoją zapowiedź, że należy przywrócić się wysokości nakładów na opiekę zdrowotną... to kto wie?!

Na Miodowej zasiadł nowy gospodarz. Profesor Marian Zembala nie jest tam osobą zupełnie nową. Był szefem zespołu doradców byłego ministra. Jest nie tylko wybitnym kardiochirurgiem, ale także dyrektorem dużego szpitala. Z autopsji zna zarządzanie ochroną zdrowia i jej finansowanie w obecnych realiach. Nowy minister zawsze budzi nadzieję zmian na lepsze. Wśród pacjentów i wśród lekarzy. Mimo że doświadczenia z przeszłości każą moim kolegom być sceptycznymi, mam nadzieję, że nowy minister okaże się być właściwą osobą na tym stanowisku, że jego kierowanie resortem będzie dłuższe niż pięć miesięcy, bez względu na wyniki wyborów i że po zakończeniu pracy w tej roli będziemy go mogli pozytywnie ocenić i szczerze podziękować. Niewielu ministrom to się udało. ■

Migawka

Prof. Marian Zembala po zaprzysiężeniu na Ministra Zdrowia: „Jestem ministrem jednym z wielu, którzy reprezentują pogląd, że są rozwiązania, które należy zachować, ale są też takie, które należy wstrzymać i nadać im nową formę. To dotyczy wielu obszarów”.



FOTO: Marta Jakubiak



Status ordynatora (cz. 2)

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje

– w podmiotach leczniczych, w których oddziałem kieruje
ordynator – powoływanie go w drodze konkursu (w art. 49).

Zasady przeprowadzania konkursu doprecyzowuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. 2012 r., poz. 182). Pozytywne rozstrzygnięcie takiego konkursu ma podstawowe znaczenie dla lekarza ubiegającego się o to stanowisko. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego powstaje wtedy między stronami stosunek zobowiązaniowy, z którego po stronie podmiotu leczniczego wynika obowiązek złożenia oświadczenia woli, a po stronie lekarza uprawnienie do żądania jego złożenia. Odmowa złożenia przez podmiot oświadczenia woli oznacza niewykonanie tego zobowiązania i może uzasadniać odpowiedzialność odszkodowawczą (wyrok z 27 sierpnia 2008 r., II PK 1/2008). Z kolei w uchwale z 23 listopada 2001 r., III ZP 16/2001, Sąd Najwyższy uznał, że przepis ustawy jest podstawą żądania nawiązania stosunku pracy przez osobę wybraną w drodze konkursu na stanowiska w niej określone, a w wyroku z 9 grudnia 2004 r., II PK 79/2004, że kierownik ZOZ ma obowiązek zawarcia umowy o pracę z kandydatem na stanowisko ordynatora oddziału ważnie wybranym w postępowaniu konkursowym.

Przepisy przewidują też udział ordynatorów w kształceniu lekarzy. Podczas stażu podyplomowego ordynatorzy oddziałów szpitalnych: biorą udział w okresowych ocenach przebiegu stażu, przedstawiają swoje stanowisko przy wystawianiu stażystom opinii zawodowych, wyznaczają opiekuna stażu, przeprowadzają kolokwium, wyznaczają lekarza do przeprowadzenia sprawdzianu z ratownictwa medycznego (§ 7, 8, 13, 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty – Dz.U. 2012 r., poz. 1082 ze zm.).

Pewne prawa i obowiązki ordynatora oddziału psychiatrycznego przewiduje ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Wydaje on zgodę na okresowe prze-

bywanie poza szpitalem psychiatrycznym, bez wypisywania z zakładu, leczonej w nim osoby z zaburzeniami psychicznymi. Ordynator takiego oddziału zatwierdza również przyjęcie do szpitala bez zgody chorego (w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia). Zgoda ordynatora jest również wymagana do wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby, która przebywa w nim bez swojej zgody.

Zadania ordynatora oddziału określa również rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz.U. 2013 r., poz. 5). Zgodnie z tym aktem w porozumieniu z ordynatorem ustalana jest imienna lista pielęgniarek (położnych) uprawnionych do dokonywania przetoczeń i czynności związanych z tym zabiegiem. Ordynatorzy kierujący komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w których często przetacza się krew, wchodzi również w skład komitetu transfuzjologicznego, powoływanego w podmiotach, w których krew i jej składniki są przetaczane w więcej niż czterech ich jednostkach lub komórkach organizacyjnych.

Uśmiech może wzbudzić treść ostatniego z aktów prawnych – rozporządzenia Ministra Zdrowia 5 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu organizacji obsługi bibliotecznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu współdziałania bibliotek publicznych w wykonywaniu tej obsługi (Dz.U. 2012 r., poz. 1406). Zgodnie z jego przepisami w sytuacji, gdy w oddziale chorób zakaźnych nie został utworzony punkt biblioteczny, sposób korzystania z obsługi bibliotecznej przez pacjentów tego oddziału określa jego ordynator.

Jak widać, powszechnie obowiązujące przepisy nie regulują precyzyjnie praw i obowiązków ordynatorów, a ich pozycję określać będą wewnętrzne akty podmiotów leczniczych.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

30.09.2015; 16.11.2015 – Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia
23.09.2015; 17.11.2015 – Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne
23.09.2015; 14.10.2015; 23.11.2015 – Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniowi zawodowemu
22.09.2015; 16.11.2015 – Psychomanipulacje
21.09.2015; 18.11.2015 – Asertywna komunikacja lekarzy
21.09.2015; 18.11.2015 – Efektywne zarządzanie własnym czasem
6.10.2015; 9.11.2015 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy
7.10.2015; 10.11.2015 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany
6.10.2015 – Warsztaty skutecznych negocjacji
7.10.2015; 7.12.2015 – Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich
13.10.2015 – Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować
14.10.2015 – Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi
13.10.2015; 24.11.2015 – Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza
19-20.10.2015; 7-8.12.2015 – Lider zespołu (szkolenie dwudniowe)
30.09.2015; 8.12.2015 – Krótki trening kreatywnego myślenia dla lekarzy i lekarzy dentystów
22.09.2015; 17.11.2015 – Jak pracować z trudnym pacjentem. Wstęp do umiejętności komunikacyjnych
20.10.2015; 23.11.2015 – Formy wykonywania zawodu lekarza – skutki prawne w aspekcie odpowiedzialności prawnej, w tym finansowej wobec NFZ, pacjenta, podmiotu leczniczego
19.10.2015; 24.11.2015 – Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty...

Wszystkie kursy są akredytowane (przyznawane są punkty edukacyjne) oraz bezpłatne dla lekarzy i lekarzy dentystów.

zapisy: www.odz.nil.org.pl

Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e- mail: odz@hipokrates.org, tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Komisja Stomatologiczna zapraszają lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

26.10.2015 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”
04.11.2015 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”
30.11.2015 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

27-28.10.2015 – Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu „S”

Wszystkie kursy są akredytowane (przyznawane są punkty edukacyjne) oraz bezpłatne dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Kursy w zakresie radiologii zakończone są egzaminem (egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e- mail: odz@hipokrates.org, tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

Mistrz i uczeń

Pani Premier Ewa Kopacz przyjęła 10 czerwca dymisję Bartosza Arłukowicza. Mało kto w środowisku lekarskim by się temu dziwił, gdyby nie fakt podania powodu utraty stanowiska ministra zdrowia: udział w tzw. aferze podsłuchowej.

Tu zdziwienie było ogromne. Padło twierdzenie Pani Premier, że od dwóch dni opinia publiczna żyje sprawą nielegalnych podsłuchów i ma ona negatywny wpływ na działanie państwa. To zacząłem liczyć, od ilu dni, miesięcy, lat opinia publiczna żyje sprawą dopłat z kieszeni pacjenta do leków, kolejek do specjalisty, tłumów na SOR-ach i reszty wadliwych elementów mających negatywny wpływ na życie każdego chorego człowieka. Wróciłem w swoich myślach do grudnia 2011 r., kiedy to nowo powołany minister Arłukowicz pojawił się ten jeden jedyny raz na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej i przekonywał nas, że jego „intencją jest to, aby zbudować taki system ochrony zdrowia w Polsce, w którym lekarz będzie wykorzystywał pełną swoją energię, wiedzę i kompetencje do tego, żeby leczyć ludzi, przy minimalnie koniecznej nałożonej na niego biurokracji i maksymalnie uproszczonej” – cytuję ze stenogramu. A więc biurokracja! W refundacji, w pakiecie onkologicznym, w kartach i receptach. Jakże zupełnie niespełniona obietnica! Biurokrację bym zrozumiał. Podsłuchy nie.

W kampanii prezydenckiej – oprócz in vitro – o zdrowiu było bardzo mało. Kandydaci wybrali inne tematy, dziennikarze prowadzący debaty również niewiele o to pytali. Postanowiłem ułożyć swoją nadzieję w Koleżankach i Kolegach Lekarzach, którzy mają chęć współpracować z politykami i współtworzyć ich programy przed wyborami parlamentarnymi. Zwracam się do nich w tym miejscu z prośbą o zwrócenie uwagi na postulaty samorządu lekarskiego, takie jak: zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, zapewnienie adekwatnego definiowania i wartościowania procedur i świadczeń medycznych, wykonywanie zawodu wolne od nacisków administracyjnych, odciążenie finansowe jednostek ochrony zdrowia z systemu kształcenia specjalistycznego czy przywrócenie stażu podyplomowego.

na tym przywróceniu stażu podyplomowego się zatrzymam. Czy jego likwidację uczelnie finansowo i logistycznie udźwigną? W nowym systemie mają powstać przy uczelniach tzw. centra symulacji, ale podobno kwoty, które zo-

stały podane przez poszczególne uczelnie, są bardzo rozbieżne: od kilku do kilkudziesięciu milionów złotych. Na centra jest podobno dofinansowanie z UE, ale to nie obiecane 30 mln zł tylko 22 mln. I co więcej, z tych 22 mln 25 proc. ma być przeznaczony na szkolenia, a 10 proc. na infrastrukturę. W zakresie odpowiedzialności zawodowej nie wiadomo, kto będzie odpowiadał za ewentualne przewinienia popełnione przez studenta. Na stażu był odpowiedzialny, bo posiadał ograniczone prawo wykonywania zawodu. Teraz jego uczestnictwo w praktyce będzie musiało polegać głównie na patrzeniu. Przecież student nie może np. naruszyć ciągłości skóry pacjenta!

Jeszcze aspekt jakości w relacjach mistrz-uczeń. Medicalia w mojej Alma Mater studenci tradycyjnie rozpoczynali poprzez rozciągnięcie liny w poprzek ulicy oddzielającej akademik od kampusu. Przejeżdżający kierowcy składali drobne datki niezbędne studentom do dobrej zabawy. Raz jeden taksówkarz z niezrozumiałych potrzeb wyskoczył z samochodu, wyjął korbę (dla młodszego pokolenia wyjaśniam, że to narzędzie służyło do rozruchu samochodu, gdy akumulator nie działał lub do takiego samego celu jak dziś kij bejsbolowy) i ruszył, by bić. Nagle jak spod ziemi wyrósł prof. Wróblewski – srogi egzekutor biologicznej wiedzy skazujący zwykle na szafot długich terminów – i stanął w obronie, krzycząc, że nikt uczciwy nie może uderzyć studenta. Sam wrzucił drobny datek, a skonsternowany taksówkarz uczynił za nim to samo, po czym pojechał w swoją dal. To jedna z historii, którą wspominam z rozrzewaniem na 40-lecie istnienia mojego wydziału. Wspominam relację mistrz-uczeń i nasz ówczesny ogromny szacunek do nauczycieli, podziw dla ich postaw. Celowo łączę tę historię z likwidacją stażu. Wyobrażamy sobie relację mistrza i ucznia w nowym systemie, w stłoczonych podczas studiów grupach 4-6 osób, które tylko patrzą. Jak to powiedział ostatnio przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Janusz Moryś na konferencji w Gdańsku: to fikcja kształcenia. Co więcej – fikcja, której nikt nie chce. Ani mistrzowie, ani uczniowie. ■



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

W zakresie odpowiedzialności zawodowej nie wiadomo, kto będzie odpowiadał za ewentualne przewinienia popełnione przez studenta. Na stażu był odpowiedzialny, bo posiadał ograniczone prawo wykonywania zawodu. Teraz jego uczestnictwo w praktyce będzie musiało polegać głównie na patrzeniu.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL



FOTO: Marta Jakubiak

Prof. Marian Zembala nominację odebrał 16 czerwca z rąk Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.

Minister Marian Zembala

15 czerwca Ewa Kopacz powołała prof. Mariana Zembałę – kardiochirurga, dyrektora Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu – na stanowisko Ministra Zdrowia. Nominację odebrał 16 czerwca z rąk Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.

Profesor gościł w Naczelnej Izbie Lekarskiej w listopadzie ub.r. na zorganizowanej przez NIL debacie „Lekarze – Bogowie czy niewolnicy Pana Boga?”. Jako nowy minister zdrowia został zaproszony przez Prezesa NRL na najbliższe posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Limity przyjęć na studia

Prezydium NRL wyraziło poparcie dla wzrostu liczby miejsc na kierunku lekarskim i podkreśliło, że wzrost był oczekiwany i postulowany przez samorząd od dawna. W projekcie rozporządzenia zawarto zwiększenie liczby miejsc na studiach stacjonarnych w języku polskim o 394, na studiach niestacjonarnych o 183. Prezydium NRL stwierdziło ponadto, że w celu zwiększenia liczby lekarzy pracujących w Polsce oraz zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych niezbędne jest zapewnienie dobrych warunków rozwoju zawodowego i pracy tej grupy zawodowej, przede wszystkim poprzez znaczne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Zdaniem Prezydium NRL zwiększenie liczby miejsc na uczelniach medycznych powinno pociągać za sobą zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych, a zwłaszcza miejsc rezydenckich, na specjalizacjach lekarskich. Postulat samorządu o zwiększenie liczby studentów przyjmowanych na kierunek lekarski o 400-600 osób rocznie był przedstawiany pod koniec maja br. na zorganizowanej w NIL konferencji prasowej pt.: „Lekarzy jest za mało, a będzie jeszcze mniej”. Podczas konferencji omówiona została – na podstawie danych z raportu Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej – dramatyczna sytuacja demograficzna w zawodzie lekarza. Stanowisko Prezydium NRL, raport OSAI oraz materiały informacyjne z konferencji na stronie www.nil.org.pl.

Jednocześnie Prezydium NRL negatywnie oceniło proponowany wzrost limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny, wnosząc tym samym o zmniejszenie tego limitu w roku akademickim 2015/2016. W projekcie rozporządzenia proponowany limit przyjęć na kierunku lekarsko-dentystycznym w stosunku do poprzedniego

roku jest wyższy ogółem o 88 miejsc, zaś np. w stosunku do roku 2011/2012 wyższy o 215 miejsc. Według Prezydium niepokojące jest nieprzeprowadzenie wcześniejszej analizy zapotrzebowania na absolwentów na tym kierunku i ustalenie limitu jedynie na podstawie propozycji uczelni posiadających uprawnienia do kształcenia.

SOR-y w zarządzeniu

Prezydium NRL pozytywnie oceniło podwyższenie stawek za punkt dla szpitalnych oddziałów ratunkowych z 30 do 52 zł zawartych w zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z 11.05.2015). Jednocześnie podtrzymało kwietniowy apel NRL o przywrócenie szpitalnym oddziałom ratunkowym ich właściwej, wskazanej w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, roli w systemie ratownictwa medycznego.

NROZ a Szpital św. Rodziny

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona przeprowadził postępowanie wyjaśniające w sprawie dotyczącej odmowy przeprowadzenia aborcji u 38-letniej Pacjentki Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie. Na podstawie analizy zgromadzonych materiałów i uwzględniając aktualny stan prawny, uznał, iż brak jest podstaw do przedstawienia lekarzom zarzutu popełnienia przewinienia zawodowego. W momencie zamknięcia numeru „GL” postanowienie NROZ nie było jeszcze prawomocne. Pełne oświadczenie NROZ na stronie www.nil.org.pl.

List do Prezydenta Eleka

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się do Prezydenta Eleka z prośbą o interwencję w sprawie postępowania Ministra Zdrowia (Bartosza Arłukowicza), który nie przygotował Radzie Ministrów sprawozdania z wykonania ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, wyrobów medycznych i produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. „Minister Zdrowia, postępując w ten sposób, uchyla się od społecznej dyskusji na temat pieniędzy, które powinny być przeznaczone w całości na zaspokojenie potrzeb lekowych ludzi chorych. Poprzez swoje milczenie w tym zakresie doprowadza do sytuacji,

że nikt – nawet Rada Ministrów – nie zna przeznaczenia niewykorzystanych środków, które pozostają w Narodowym Funduszu Zdrowia z procesu refundacyjnego” – napisał Prezes NRL. Zgodnie z treścią art. 84 ustawy Rada Ministrów była zobowiązana do przedłożenia Sejmowi, po upływie 2 lat od wejścia w życie tej ustawy, sprawozdania z jej wykonania wraz z oceną skutków jej stosowania. Termin wynikający z brzmienia tego przepisu upłynął z dniem 1 stycznia 2014 r. Do dziś jednak Rada Ministrów nie zaprezentowała nawet projektu sprawozdania.

Komisja Stomatologiczna

Na czerwcowym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej NRL omawiano następujące tematy: kształcenie przed- i podyplomowe lekarzy dentystów; limity przyjąć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2015/2016; udzielenie Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu pożyczki w związku z organizacją Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI World Dental Federation w Poznaniu w 2016 r.; wymóg corocznego zgłaszania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą kopii dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej; brak możliwości zatrudniania lekarza przez lekarza w praktyce lekarskiej; wymóg posiadania regulaminu organizacyjnego.

Spotkanie rzeczników

11 czerwca br. w siedzibie NIL na specjalnym spotkaniu spotkali się rzecznicy prasowi Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowych Izb Lekarskich z: Katowic (p.o. rzecznika prasowego) – Anna Zadora-Świderek, Lublina – Marek Stankiewicz, Łodzi – Adrianna Sikora, Warszawy – Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk oraz Wojewódzkiej Izby Lekarskiej – Stefan Antosiewicz. Były obecne również osoby oddelegowane do spraw kontaktów z mediami: z Gdańska – Alicja Katarzyńska i Olsztyna – Joanna Gniadek. Omawiano m.in. zasady współpracy i przepływ informacji pomiędzy OIL oraz NIL oraz sposoby reagowania na przypadki wymagające natychmiastowej interwencji.

Szkolenia dla młodych lekarzy

Trwają „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Zapraszamy na szkolenie w dniach 6-11 lipca br. w Warszawie, na które są jeszcze miejsca. Rejestracja na stronie www.mlodylekarz.org.





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Czekając na dobrą zmianę

Śledząc kampanię prezydencką, można było odnieść wrażenie, że problemem numer jeden rodzimej ochrony zdrowia jest in vitro. Pytanie o nastawienie do tej procedury pojawiło się w obydwu telewizyjnych debatach i było żelaznym punktem zamieszczanych w mediach charakterystyk kandydatów na najwyższy urząd w państwie, jak i, adresowanych do niezdecydowanych, zabaw z cyklu „na kogo powinieneś głosować”.

W jakże wspaniałym żylibyśmy świecie, gdyby kwestie zapłodnienia pozaustrojowego były głównym zmartwieniem pacjentów zapisujących się na zabieg usunięcia zaćmy, wymiany protezy stawu biodrowego, spotykających się w aptece w związku z realizacją recept, tudzież w poradni przed wizytą u specjalisty.

Mogli się dziennikarze bardziej wysilić, choć jeśli weźmie się pod uwagę ich status – poważnie tzw. młodzi, wykształceni z dużych miast, a do tego zdrowi, wyposażeni w wypasione abonamenty medyczne i znajomości, można zrozumieć, dlaczego problem o trzeciorzędnym znaczeniu został wykreowany na najbardziej doniosły. Last, but not least sprowadzenie sporu o ochronie zdrowia do in vitro było korzystne dla faworyzowanego przez mainstreamowe media Bronisława Komorowskiego. Mógł on bowiem wykreować się na światłego i nowoczesnego, wytykając rywalowi przynależność do mroków średniowiecza, a do tego wypomnieć mu zamiar wsadzania do więzienia lekarzy, wykonujących zabiegi zapłodnienia pozaustrojowego. Z punktu widzenia marketingu politycznego było to dobre posunięcie, choć mógł Komorowski pójść krok dalej, przypominając, kto wciągnął Dudę do wielkiej polityki. Gdyby ktoś nie wiedział albo zapomniał, był to sam Zbigniew Ziobro, który miał być postrachem aferzystów, a wsławił się ściganiem lekarzy.

Co zupełnie zrozumiałe, Andrzej Duda dostrzegł swoją szansę w ostrej krytyce niedomagającego systemu. „Od siedmiu lat w służbie zdrowia liczy się zysk. Lekarzy zmusza się, by najpierw liczyli, a potem leczyli. Szpitale zmieniono w przedsiębiorstwa, gdzie pacjenci są jak pozycje w bilansach finansowych” – recytował lektor w jednym ze spotów kandydata PiS. Chciałoby się powiedzieć: narracja na potrze-

by kampanii. Ale to przecież prawda. Spin doktorzy Bronisława Komorowskiego mogli odpowiedzieć kontrspodem. Byłby jednak problem ze scenariuszem, bo trzeba by sięgnąć po takie pomysły jak Bartosz Arłukowicz opowiadający z pasją o sukcesach pakietu onkologicznego lub Ewa Kopacz wychwalająca korzystne dla pacjentów zmiany, przygotowanej przez siebie, ustawy refundacyjnej. Nawet zastąpienie polityków chętnym do wszelkiego rodzaju wyzwania aktorskich Tomaszem Karolakiem mogłoby nie pomóc. Pewnie dlatego odpowiedzi na rzuczone przez pretendenta wyzwanie nie było.

Tymczasem Andrzej Duda, już w lutym, wziął udział w zorganizowanej w siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego debacie „Dobra zmiana w służbie zdrowia”. Podczas dyskusji z udziałem przedstawicieli różnych zawodów medycznych, a także pacjentów, Duda zobowiązał się nie tylko do inicjowania podobnych spotkań po wyborze na prezydenta, ale i przedstawił kilka konkretnych propozycji, takich jak likwidacja NFZ i przyznanie jego kompetencji wojewodom, utworzenie sieci szpitali, zorganizowanie gabinetów stomatologicznych w szkołach oraz stała i przystępna cena na leki refundowane. Co warte odnotowania, wówczas jeszcze kandydat na prezydenta, mówił o potrzebie poprawy finansowania systemu. W ten sposób historia zatoczyła koło i znów znaleźliśmy się w czasach, gdy na Miodowej rządził Zbigniew Religa. A potem, jak dobrze pamiętamy, była jesień 2007 i wygrane przez PO wybory z programem pełnym bardzo dobrych pomysłów dla naszego sektora. Kilka miesięcy później odbył się „biały szczyt”, na którym premier Tusk obiecywał wzrost składki zdrowotnej. O siedmiu kolejnych latach szkoda wspominać, choć warto mieć je w pamięci, słuchając miłych dla ucha opowieści polityków. ■

Z punktu widzenia marketingu politycznego było to dobre posunięcie, choć mógł Komorowski pójść krok dalej, przypominając, kto wciągnął Dudę do wielkiej polityki.

Gdyby ktoś nie wiedział albo zapomniał, był to sam Zbigniew Ziobro, który miał być postrachem aferzystów, a wsławił się ściganiem lekarzy.

Boli? Któż pomoże, jak nie lekarz rodzinny?

Ból przewlekły powinien być zwalczany bezwzględnie – taka postawa nie powinna podlegać dyskusji. Jest on jednym z tych objawów, których obecność ciężko unieść w dłuższej perspektywie. Choć z jednej strony jest bardzo subiektywny, a więc trudny do oceny obiektywnej, to z drugiej strony, nieleczone w obiektywny sposób, wpływa destrukcyjnie na pacjenta i jego otoczenie. Niemniej, jak się okazuje w życiu, często to właśnie ten – tak niechciany – objaw jest u naszych Pacjentów źle kontrolowany, nieumiejętnie leczony lub wręcz zaniedbany.

Problem dotyczący zwalczania bólu w POZ można rozpatrywać na kilku płaszczyznach. Po pierwsze: płaszczyzna formalno-terminologiczna. Nie mamy problemu z przepisywaniem nieopiodowych leków przeciwbólowych, czy to NLPZ, czy paracetamolu, choć działają tylko na ból słaby. Natomiast tam, gdzie zaczyna się ból bardziej destrukcyjny, a więc o nasileniu umiarkowanym do silnego, te leki nie przynoszą oczekiwanego efektu, zatem należałoby wprowadzić analgetyki opiodowe (oksykodon, morfina, fentanyl czy buprenorfina, oraz refundowane od niedawna innowacyjne połączenie oksykodonu z naloksonem – zapewniające skuteczną kontrolę bólu z jednoczesnym zachowaniem prawidłowych funkcji jelit).

Leki opiodowe są wpisane do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a więc już na wstępie spotykamy się z ich stygmatyzacją jako „narkotyku”. Bezwiednie nasuwa się kwestia obawy o uzależnienie zarówno po stronie pacjenta, jak nierzadko po stronie lekarza. Należy jednak mieć na uwadze, że w sytuacji pacjenta z bólem umiarkowanym do silnego, prawidłowy i monitorowany przez lekarza sposób zwiększania dawki substancji medycznej, aby ograniczyć cierpienie, nie prowadzi automatycznie do uzależnienia. Dla takiego pacjenta lek zawierający opiod jest rozwiązaniem problemu, jakim jest ból, i nie stanie się ucieczką od problemów, jak u osób uzależnionych.

Kolejna ułomność tejże samej ustawy, to pewna stygmatyzacja Pacjenta, któremu wydajemy „wyjątkową” receptę Rpw, konieczną do przepisania niektórych opiodów. Recepta jest nieco bardziej wymagająca niż ta regularna. To nie znaczy jednak, że można jej unikać! Każdy lekarz ma obowiązek taką receptę posiadać – w małych społecznościach ma to ogromne znaczenie – kto pomoże, jeśli nie lekarz rodzinny? Miejmy w pamięci, jak sami szybko szukamy rozwiązania w przypadku np. bólu zęba i jak trudno jest nam samym normalnie funkcjonować, gdy coś nas boli. Jakże zatem spustoszenie może uczynić ból przewlekły nowotworowy, codziennie trwający? Obowiązkiem lekarza rodzinnego jest pomóc, zgodnie z wytycznymi leczenia bólu.

Kolejna płaszczyzna to nasze (wspólne) postrzeganie opiodów. Od zbyt dawna funkcjonuje stereotyp, który stawia znak równości między momentem wprowadzenia opiodu, najczęściej morfiny, a początkiem stanu terminalnego pacjenta. Ten stygmat jest bardzo mocno zakorzeniony, choć z punktu widzenia współczesnych zasad leczenia bólu – absurdalny. Dodatkowo nakłada się jeszcze inny stereotyp, z którym dosyć często spotykam się jako lekarz rodzinny w relacjach z pacjentami i rodzinami. Traktują ból jako cenę nadziei na wyleczenie. Jeżeli terapia przeciwnowotworowa ma być w ogóle skuteczna, to „musi boleć”.

Inną kwestią jest podejście do leczenia bólu analgetykami opiodowymi samych lekarzy. Zbyt często i zbyt łatwo stawiamy krzywdzący znak równości „opiod – narkotyk – problem”. Co jeśli wprowadzimy opiod i za chwilę pojawią się działania niepożądane? Jeżeli trzeba będzie z niego zrezygnować... czym będziemy leczyć? Lepiej nie zaczynać... Taki przesąd, przynajmniej się do tego niechętnie, jest dosyć mocno zakorzeniony w świadomości lekarza medycyny rodzinnej. Powodem jego trwania jest fakt, że lekarze rodzinni nigdy nie przeszli dobrego kursu związanego z leczeniem bólu zarówno na poziomie studiów, jak i (często) na poziomie kursów specjalizacyjnych.

Dlatego uważam, że obszarem wręcz priorytetowym jest kwestia wprowadzenia szkoleń podstawowych, regionalnych, ukierunkowanych na lekarzy POZ, dotyczących bardzo praktycznych aspektów leczenia bólu. Można pomyśleć nad stworzeniem swoistego informatora obalającego mity, wskazującego proste do zastosowania, bezpieczne schematy leczenia bólu oraz ilustrującego sytuacje, w których właściwym jest, aby pacjenta oddać pod opiekę specjalisty leczenia bólu. To, co uważam za równie istotne, to zbudowanie wyższej świadomości społeczeństwa, aby pacjenci bezwzględnie oczekiwali, a wręcz „wymuszali” na lekarzach efektywne leczenie bólu. Mam taką swoją złotą zasadę, która mówi, że łagodny przymus prowadzi do radosnego entuzjazmu. Gdy pacjenci będą żądali określonych efektów, to lekarze szybko znajdą takie rozwiązania, które służą pacjentowi.

Idealna i oczekiwana sytuacja to taka, w której lekarz POZ jest wyedukowanym partnerem i istotnym elementem całego procesu leczenia bólu. Pamiętajmy, że zwalczanie bólu to uznane medycznie narzędzie, które poprawia jakość życia naszych Pacjentów i pozwala normalnie funkcjonować, a być może także dojść do sukcesu, jakim jest wyzdrowienie lub przedłużenie życia.

prof. nadzw.
dr hab. n. med.
Jarosław
Drobnik

Prezes
Polskiego
Towarzystwa
Medycyny
Rodzinnej

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Zdrowie ma przyjść z ustawą?

**Marta
Jakubiak**

**Lucyna
Krysiak**

Na ustawę o zdrowiu publicznym Polacy czekali wiele lat. Wprawdzie w naszym kraju funkcjonuje wiele programów profilaktyki zdrowotnej, ale są one niespójne i mało skuteczne. Czy dzięki nowym rozwiązaniom będziemy zdrowsi?

To pytanie zadaje sobie nie tylko środowisko medyczne, ale każdy Polak z osobna. Dane dotyczące stanu zdrowia naszego społeczeństwa, mimo znacznej poprawy w ciągu ostatnich 25 lat, nadal są niekorzystne. W rankingu przeprowadzonym corocznie przez Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) Polska zajmuje dalekie 31. miejsce na 37 możliwych. Czy ustawa o zdrowiu publicznym zmieni ten stan? Jej twórcy twierdzą, że tak. Oponenti przekonują, że będzie to długa i wyboista droga do dalszej poprawy zdrowia Polaków. Prof. Bolesław Samoliński, który był w zespole przygotowującym projekt ustawy o zdrowiu publicznym, przy każdej okazji przypomina, że jakość i długość życia tylko w 10 proc. zależy od opieki zdrowotnej, zaś w 30 proc. od genetyki i środowiska, a w 60 proc. – od stylu życia.

Ramy i mechanizmy

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym to liczący 20 stron dokument. Jak na tak ogromne i rewolucyjne przedsięwzięcie, jest dość skromny. Jednak – jak przekonują jego autorzy – przepisy te wystarczą do stworzenia ram i mechanizmów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w nowej rzeczywistości. Projekt określa katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną, mających poprawić stan zdrowia populacji, reguluje zasady koordynacji, wspierania i finansowania działań administracji publicznej i współpracy innych podmiotów w tym zakresie, ustanawia Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia i Radę ds. Zdrowia Publicznego. W dokumencie tym wskazuje się również na podmiot odpowiedzialny za koordynację zadań przewidzianych projektowaną ustawą. Projekt usprawnia także zasady sprawozdawania działań administracji publicznej dotyczących zdrowia publicznego i dostosowuje obecnie obowiązujące przepisy do proponowanej regulacji. Co projektowane zmiany oznaczają w praktyce? Prof. Bolesław Samoliński wyraźnie zaznacza, że ustawa o zdrowiu publicznym dotyczy promocji zdrowia i profilaktyki, czyli działań promujących zdrowie, a nie działań leczniczych. Tymczasem już na starcie dostrzec można błędne oczekiwania, że ustawa zreformuje system opieki zdrowotnej. – Chodzi o promowanie polityki prozdrowotnej na potrzeby społeczne,

a nie medycyny naprawczej, lekarz wchodzi więc w momencie, kiedy jest potrzebne promowanie zachowań prozdrowotnych lub wczesne wykrywanie chorób, co określa się mianem profilaktyki drugorzędowej – tłumaczy prof. Samoliński. Dodaje, że ten brak zrozumienia, czym ma być ustawa o zdrowiu publicznym, wywołała falę krytyki i obawy, że lekarzom, i tak już nadmiernie obciążonym, przybędzie obowiązków. Uważa, że kształt tej ustawy jest na miarę dzisiejszych czasów i możliwości legislacyjnych państwa, czyli np. musi uwzględniać obecny system prawny i organizacyjny. Zastrzega jednocześnie, że ustawa o zdrowiu publicznym jest pilnie potrzebna, ponieważ w Polsce nie prowadzi się dobrze zorganizowanej i skoordynowanej polityki prozdrowotnej. – Zdrowie publiczne od lat jest marginalizowane i bez zbudowania struktury, która by jasno określała cele i wskazywała osoby odpowiedzialne za ich realizację, nie ma szans wypłynąć na powierzchnię – mówi profesor. Autorzy projektu liczą też na aktywność samorządów terytorialnych. Prof. Samoliński uważa, że sam projekt stwarza ramy i mechanizmy pozwalające na poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa, umożliwiał powołanie struktur odpowiedzialnych za koordynację, monitorowanie działalności na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji, a także określa sposób finansowania tych działań. Reszta będzie rozpisana w rozporządzeniach wykonawczych i będzie zależała od zaangażowania ludzi.

Ustawa dopełni system

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Beata Małecka-Libera ustawę o zdrowiu publicznym postrzega jako uzupełnienie systemu opieki zdrowotnej. Podkreśla, że długi czas oczekiwania na powstanie takiego dokumentu był spowodowany inwestowaniem w medycynę kliniczną i naprawczą, która przez wiele lat była zaniedbywana i wymagała znaczących wysiłków, aby dorównać standardom europejskim. Poza tym stworzenie ustawy wychodzącej poza obszary Ministerstwa Zdrowia, dotyczącej wielu innych ministerstw: Edukacji, Sportu, Infrastruktury, Środowiska, Pracy, było przedsięwzięciem nowym, wykraczającym poza funkcjonujący dotąd sposób postrzegania tematyki kondycji zdrowotnej Polaków. – System ochrony

W rankingu przeprowadzonym corocznie przez Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) Polska zajmuje dalekie 31. miejsce na 37 możliwych. Czy ustawa o zdrowiu publicznym zmieni ten stan? Jej twórcy twierdzą, że tak.

zdrowia to między innymi leczenie i zapobieganie, a zdrowie publiczne stanowi element tego systemu, który uzupełnia go i porządkuje część związaną z lecznictwem i profilaktyką – wyjaśnia minister Małecka-Libera. Uważa, że medycyna naprawcza to tylko fragment systemu, który musi być uzupełniony o działania profilaktyczne oraz edukacyjne. – Najwyższy czas, żebyśmy zaczęli mówić o zdrowiu publicznym szeroko – podkreśla i dodaje, że wprowadzenie ustawy będzie miało wpływ pośredni na pacjenta. – Jeżeli zintensyfikujemy działania profilaktyczne teraz, to efekty mogą być widoczne w miarę szybko. Trzeba jednak podtrzymywać te działania stale, przedłużać na kolejne pokolenia, angażując w to jednostki samorządu terytorialnego. Przygotowując w najbliższym czasie Narodowy Program Zdrowia, chcemy pokazać cele strategiczne, najważniejsze wyzwania, z którymi powinniśmy wspólnie z samorządem walczyć, i poprzez różnego rodzaju porozumienia, umowy, będziemy dedykować dofinansowanie do niektórych programów po to, żeby gminę zachęcić, żeby chciała go realizować, ale gmin nie będziemy do tego zmuszać – podsumowuje minister Małecka-Libera.

Pieniądze i zakres działań

Zgodnie z projektem na nowe zadania wynikające

z ustawy budżet państwa ma przeznaczać około 275 mln zł rocznie. Pieniądze będą również pochodziły z NFZ, który ma przekazywać nie mniej niż 1,5 proc. swoich środków (około 1 mld zł), w tym do 0,5 proc. na współfinansowanie programów polityki zdrowotnej przygotowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Projekt zakłada utworzenie stanowiska Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego, do którego zadań będzie należało m.in. przygotowywanie projektu NPZ oraz sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom potrzebę podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego. Pełnomocnik ma być w randze wiceministra zdrowia, a powoływać i odwoływać go będzie premier. Ten zapis projektu budzi jednak wątpliwości. – Wszystkie opinie, które do nas spływały, a konsultowaliśmy nasz projekt bardzo szeroko, podkreślały, że potrzebna jest osoba koordynatora. Uważaliśmy, że powinna być pełnomocnikiem rządu z tego względu, że najważniejsze są te współdziałania międzyresortowe i wspólne cele, które chcemy osiągać – przekonuje minister Małecka-Libera. Zaznacza jednocześnie, że pełnomocnik ma także koordynować i później nadzorować realizację Narodowego Programu Zdrowia, będzie współpracował także z samorządowcami, z organizacjami pozarządowymi. Jego kompetencje

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym to liczący 20 stron dokument. Jak na tak ogromne i rewolucyjne przedsięwzięcie, jest dość skromny. Jednak – jak przekonują jego autorzy – przepisy te wystarczą do stworzenia ram i mechanizmów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w nowej rzeczywistości.

Zgodnie z projektem na nowe zadania wynikające z ustawy budżet państwa ma przeznaczyć około 275 mln zł rocznie. Pieniądze będą również pochodziły z NFZ, który ma przekazywać nie mniej niż 1,5 proc. swoich środków (około 1 mld zł), w tym do 0,5 proc. na współfinansowanie programów polityki zdrowotnej przygotowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Rządowa Rada Ludnościowa o zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia w obliczu sytuacji demograficznej Polski („Kardiologia i kardiochirurgia wobec wyzwań demograficznych Polski” oraz „Choroby naczyń; ChUK – zdrowie publiczne i polityka ludnościowa”) w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM” na www.gazetalekarska.pl



są naprawdę duże. Czy tak będzie, ostatecznie zdecyduje Rada Ministrów i Sejm. Takie jest stanowisko autorów projektu, który wyszedł z Ministerstwa Zdrowia. Były również głosy, że stanowisko pełnomocnika powinno być umocowane jak najwyżej, żeby możliwość współpracy była jak największa. – Przypisujemy pełnomocnika do Ministerstwa Zdrowia, dlatego że umocowany w innym miejscu musiałby stworzyć całe zaplecze, nowe biuro, a chcieliśmy tego uniknąć i posilkować się departamentem zdrowia publicznego, który już istnieje, a jego pracownicy byłiby zapleczem pełnomocnika. Jesteśmy przeciwni tworzeniu nowego biura – konkluduje minister Małecko-Libera. Jednym słowem ustawa nie zobowiązuje samorządów terytorialnych do realizacji jej założeń, ale je do tego zachęca. Jak wielokrotnie w wywiadach podkreślała Małecko-Libera, celem ustawy jest przede wszystkim zorganizowanie całego systemu. Ustawa będzie wyznaczała strategiczne kierunki na rzecz poprawy jakości życia społeczeństwa i ułatwiała ich realizację. Do Polaków będzie docierała przez edukację, różnego rodzaju kampanie medialne, zaangażowanie różnych grup: środowisk lekarskich, eksperckich, organizacji samorządowych, pacjentów, uczniów w szkołach i wszystkich, do których będzie można dotrzeć z przekazem, że warto zapobiegać chorobom, dbać o swoje zdrowie.

Nowy Narodowy Program Zdrowia

Projekt ustawy definiuje jednostki odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań, tworzy i umacnia prawnie instytucję Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego oraz Rady ds. Zdrowia Publicznego. Do tej ostatniej powołani zostaną m.in. przedstawiciele Prezydenta RP, przedstawiciele każdego z ministrów, Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego, przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia – Państwowego Zakładu Higieny, a także AOTMiT, PAN i GIS. Narzędziem merytorycznym realizacji ustawy o zdrowiu publicznym będzie nowy Narodowy Program Zdrowia, który ma wyznaczać nie tylko strategię dla administracji rządowej, ale zadania dla jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych oraz organizacji pozarządowych. Jak przewiduje projekt, dokument będzie przyjmowany na okres nie krótszy niż 5 lat, a jego koordynacją zajmie się Komitet Sterujący NPZ. – Program jest w przygotowaniu, nanoszone są ostatnie poprawki, w przeciwieństwie do poprzednich programów, które zbyt ogólnikowo traktowały zagadnienia zdrowia publicznego, co wykorzystywały samorządy, wybierając z nich to, co im pasuje do realizacji, obecny koncentruje się na kluczowych problemach zdrowotnych Polaków – przeciwdziałanie głównym przyczynom zgonów, inwalidztwa – wyjaśnia prof. Mirosław Wysocki z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, krajowy konsultant, ds. zdrowia publicznego, współautor projektu usta-

wy i NPZ. W nowym NPZ wymienione są głównie czynniki ryzyka dla powstawania i rozwoju chorób, które „zabijają” Polaków, jak też tych, które są głównymi przyczynami inwalidztwa. – Chorobom układu krążenia, nowotworom, nieswoistym chorobom układu oddechowego, otyłości, cukrzycy typu 2, chorobom narządu układu ruchu, jak i wielu wypadkom można w znacznym zakresie zapobiec, redukując wpływ czynników ryzyka – wyjaśnia prof. Wysocki, dodając, że program ten będzie miał zapewnione finansowanie, co jest ważne w ciągłości jego realizacji. Profesor jest zdania, że projekt ustawy o zdrowiu publicznym jest korzystnym rozwiązaniem, ponieważ nie eliminuje obecnych programów prozdrowotnych, a jednocześnie otwiera drzwi do szerzej rozumianej promocji zdrowia, której efekty są obliczone na lata. Zwraca też uwagę na fakt, że Polska kształci magistrów zdrowia publicznego, którzy wraz z wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym będą kadrowym zapleczem dla tego projektu. – To oni z powodzeniem mogą realizować ustawę na szczeblach samorządów i w przepisach wykonawczych będziemy się starali, aby zatrudnienie ich przy tym projekcie było prawnie uregulowane – podkreśla prof. Wysocki. Wierzy, że ustawa otworzy wiele drzwi do poprawy stanu zdrowia Polaków. Zapewnia środki, ma dobry NPZ, ale już spostrzeżono, że jej zapisy są zbyt ogólne. Naczelna Rada Lekarska uznała, że projekt ustawy wymaga gruntownej zmiany, ponieważ nie spełnia on oczekiwań środowiska lekarskiego oraz ekspertów w zakresie zdrowia publicznego. Główny zarzut samorządu lekarskiego dotyczy dużego poziomu ogólności projektowanych regulacji oraz pominięcia wielu istotnych kwestii, które powinny się w nim znaleźć. W ocenie Prezydium NRL ustawa o zdrowiu publicznym powinna kompleksowo regulować tematykę zdrowia publicznego w kontekście całego systemu zdrowia, a tak nie jest. Wprawdzie NRL pozytywnie ocenia sam fakt powstania projektu tak ważnej ustawy, to jednak ma do niego uwagi. Podstawowym błędem projektu, rzutującym na zawarte w nim uregulowania, jest brak legalnej definicji zdrowia publicznego. Samorząd uważa, że ustawa powinna zgodnie z definicją zdrowia publicznego obejmować kompleksowo cały system, a więc działania z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, medycyny naprawczej i opieki zdrowotnej. Jednocześnie nie została wskazana jedna, na poziomie regionu, instytucja odpowiedzialna za regionalny system zdrowia, a samorządy terytorialne nie zostały zobowiązane do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Ponadto nie opisano sposobu określania przez jednostki samorządu terytorialnego środków finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia oraz nie jest w pełni czytelne, czy mają one być donatorem Funduszu Zdrowia Publicznego czy jego beneficjentem. To tylko niektóre z uwag zgłoszonych przez samorząd. ■

Kilka słów komentarza

Trudno oczywiście negować ogólnie słuszną ideę, aby państwo, zobowiązane do tego Konstytucją, nie zaczęło poważnie traktować konieczności przyjęcia na siebie odpowiedzialności za zdrowie obywateli. Zgodnie z powszechnie obowiązującą definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie publiczne to „zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych oraz medycynę pracy”. Z nieznanых powodów twórcy projektu ustawy o zdrowiu publicznym przyjęli w praktyce inną, zawężoną definicję zdrowia publicznego, wyłączając z niej przede wszystkim szeroko rozumiany system ochrony zdrowia. Tymczasem klasyczny podział na tzw. pola zdrowia, dokonany w 1974 r. (!) przez kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde’a, jest

już z całą pewnością nieaktualny w zakresie, w jakim biologia człowieka, środowisko, styl życia i system ochrony zdrowia wpływają na stan zdrowia populacji. Dzięki nieprawdopodobnemu rozwojowi możliwości wczesnego wykrywania chorób, nowych aktywnych metod zapobiegania im i ich skutecznego leczenia (można tu przytoczyć choćby przykłady leczenia cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych, kardiologii interwencyjnej, badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, postępu w leczeniu chorób onkologicznych czy wielu nowych szczepień) z całą pewnością udział systemu ochrony zdrowia w zapewnianiu zdrowia ludziom i przedłużaniu ich życia (także życia w zdrowiu) wzrósł z 10% do, jak twierdzą niektórzy, nawet 30%.

Z powyższych powodów ustawa o zdrowiu publicznym nie może zajmować się tylko fragmentem zdrowia publicznego bez powiązania w szczególności z tymi jego fragmentami, które należą bezpośrednio do systemu opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli musi być równie silnie wyrażona także w tym zakresie – to państwo, a nie wolny



**Konstanty
Radziwiłł**

Sekretarz
Naczelnej Rady
Lekarskiej

rynek usług zdrowotnych, ma w tym zakresie konstytucyjnie narzuconą rolę.

Jeśli państwo traktuje tę rolę poważnie, to pełnomocnikiem do spraw zdrowia publicznego, zgodnie z przyjętą przez Polskę unijną zasadą z 2006 r. „zdrowie we wszystkich resortach”, powinien być premier lub przynajmniej jeden z wicepremierów, a nie zarządzający departamentem zdrowia publicznego wiceminister zdrowia. A Rada ds. Zdrowia Publicznego, która w projekcie ustawy opisana jest jako ciało doradcze pełnomocnika, powinna być ciałem o dużej niezależności w zakresie przygotowywania własnych propozycji. Nie można zgodzić się z pojawiającą się w dyskusji nad projektem ustawy krytyczną oceną „ogólnikowości” dotychczasowych narodowych programów zdrowia (NPZ) i zapowiedziami mającej w tym zakresie nastąpić (pod rządami nowej ustawy) radykalnej poprawy. Według ocen wielu ekspertów dotychczasowe NPZ były przygotowane niemal perfekcyjnie – zabrakło jednak ze strony rządu odpowiedzialności i wsparcia oraz konsekwencji w ich realizacji.

W tym kontekście, gdy czyta się projekt ustawy, to brakuje w nim konkretów: jest zapowiedź apelowania do samorządów o aktywność na polu programów zdrowotnych (wie-

le samorządów już dziś jest w tym zakresie bardziej aktywnych niż państwo), ale brakuje planu budowy administracji odpowiedzialnej za realizację zdrowia publicznego na szczeblu państwa (ma się tym zająć jeden departament w Ministerstwie Zdrowia) i w regionach oraz konkretnych zapowiedzi wpływania na edukację zdrowotną w szkołach, wykorzystania mediów publicznych, propagowania zdrowego stylu życia, wdrażania planów szczepień dla dzieci i dorosłych, aktywnej polityki antytytoniowej zgodnej z ratyfikowaną przez Polskę Ramową Konwencją Antytytoniową WHO itd. Brakuje wreszcie pomysłu na budowę nowoczesnego i sprawiedliwego systemu ochrony zdrowia, oferującego obywatelom rzeczywisty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dobrej jakości, który działa bezpiecznie na co dzień i jest przygotowany także na wypadek sytuacji nadzwyczajnych. Czy autorzy projektu z Miodowej będą skłonni do dokonania zmian w konsultowanym projekcie – czas pokaże. Lepiej jednak, aby prace nad nim potrwały nieco dłużej, niżby miał on stać się kolejnym legislacyjnym buble, podobnym do wielu pospiesznie przyjętych ustaw i rozporządzeń, z którymi polski system ochrony zdrowia zmagą się w ostatnich latach. ■

Według ocen wielu ekspertów dotychczasowe NPZ były przygotowane niemal perfekcyjnie – zabrakło jednak ze strony rządu odpowiedzialności i wsparcia oraz konsekwencji w ich realizacji.

Wspomnienie

Konstanty Radziwiłł

Pamięć pozostanie na zawsze



Nie ma już wśród nas kol. Jana Adamusa. Ten lekarz epidemiolog z dalekiej Jedliny-Zdroju opuścił nas cicho, tak jak przeżył większość swojego długiego życia. Urodzony w 1923 r., studia medyczne ukończył we Wrocławiu, a swoje życie zawodowe związał z Dolnym Śląskiem, szczególnie zaś z regionem wałbrzyskim.

W 1989 r. stał się jednym z tych, dzięki którym samorząd lekarski odrodził się po latach likwidacji. Od początku pełnił w nim liczne funkcje w delegaturze wałbrzyskiej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej, a także w Naczelnej Izbie Lekarskiej. W latach 1997-2005 był członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej i, wśród wielu innych spraw, koncentrował się przede wszystkim na wprowadzaniu polskiego samorządu lekarskiego do międzynarodowego ruchu lekarskiego. To w znacznej mierze dzięki jego niezwykle pracowitości oraz biegłej znajomości kilku języków Naczelna Izba Lekarska uzyskała członkostwo w Stałym Komitecie Lekarzy Europejskich (CPME), a polscy przedsta-

wiciele zaczęli uczestniczyć w pracach Europejskiego Forum Organizacji Medycznych (EFMA) i corocznego Sympozjum Izby Lekarskich Państw Europy Środkowo-Wschodniej (ZEVA). Skromny, cichy, ale merytoryczny Janek Adamus przez wiele lat był jedną z twarzy polskiego samorządu lekarskiego na forum międzynarodowym. Jego wyśmienite stosunki z kolegami z Austrii i Niemiec owocowały licznymi kontaktami bardzo korzystnymi dla współpracy transgranicznej i pożytecznymi w okresie budowania struktur polskiego samorządu.

Janek Adamus przez swoją skromność był kolegą przez wielu niezauważanym. Dla mnie jednak stał się przyjacielem i ważnym mentorem w sprawach międzynarodowych. Od kilku lat był nieobecny w bieżących działaniach izby z powodu choroby. Jego nieobecność stale była zauważalna. Teraz żegnamy go na zawsze.

Janek, Przyjacielu, odszedłeś, ale pamięć po Tobie zachowamy na zawsze! Wieczne odpoczywanie racz mu dać Panie! ■

Kiedy wyczerpie się suma gwarancyjna z ubezpieczenia OC...

Wykupując obowiązkowe ubezpieczenie OC, wydaje nam się, że jesteśmy w pełni chronieni z tytułu popełnienia błędu lekarskiego czy wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Suma gwarancyjna liczona w euro (75 000 euro na jedno zdarzenie, 350 000 euro na wszystkie zdarzenia) wydaje się być bardzo wysoka, więc zwykle wykupujemy polisę i zapominamy o temacie.

Statystyki wykazują, że średnia wysokość zasądzonych odszkodowań to ok. 100 000 zł, ale zdarzają się również zasądzenia powyżej 500 000 zł. Największym obciążeniem dla lekarza nie jest jednak sama kwota odszkodowania, ale renta, którą sąd przyznaje w związku z koniecznymi kosztami opieki nad niepełnosprawnym pacjentem. Renta taka jest płacona przez wiele lat, więc jeśli mamy do czynienia ze szkodą okoporodową... można sobie wyobrazić konsekwencje finansowe. Powiemy, że to problem szpitala. Niekoniecznie! Jak pokazują dwa poniższe przykłady, szkody wystąpiły w zupełnie nieszpitalnych okolicznościach, a suma gwarancyjna bardzo szybko się wyczerpała.

Przypadek 1 – nierozpoznany zawał serca

Lekarz ogólny z wieloletnim doświadczeniem, zatrudniony na kontrakcie w podmiocie leczniczym, nie rozpoznał zawału serca u jednego z pacjentów. Powikłania okazały się tak rozległe, że poszkodowany stał się leżącym, uzależnionym od pomocy osób trzecich, człowiekiem.

Wyrokiem sądu Ubezpieczyciel wypłacił 165 000 zł zadośćuczynienia. Dodatkowo, sąd przyznał poszkodowanemu rentę w wysokości 1 775,69 zł miesięcznie, z uwagi na zwiększone potrzeby związane z opieką nad chorym (pampersowanie, opieka 12 h dziennie itd.). W tej sytuacji suma gwarancyjna w ubezpieczeniu obowiązkowym posiadanym przez lekarza wystarczyła na 6 lat. Od momentu wyczerpania się sumy gwarancyjnej lekarz płaci rentę z własnej kieszeni.

Przypadek 2 – uszkodzenie kręgosłupa podczas rehabilitacji

W czasie zabiegu rehabilitacyjnego doszło do uszkodzenia kręgosłupa pacjentki. Pacjentka wystąpiła z roszczeniem przeciwko lekarzowi o zadośćuczynienie w kwocie 200 000 zł, zwrot kosztów leczenia oraz rentę.

W sądzie, poza zadośćuczynieniem i odszkodowaniem w wysokości 267 433,56 zł, zasądzone również koszty leczenia wraz z odsetkami oraz rentę w wysokości 1 200 zł miesięcznie. Suma gwarancyjna wyczerpała się w ciągu 2 lat, od 2010 do 2012 roku. Obecnie pan doktor płaci rentę z własnych środków.

Jak widać na powyższych przykładach, skutki błędu medycznego mogą być dla poszkodowanego porównywalne ze skutkami wypadku samochodowego, gdzie w wyniku obrażeń poszkodowany zostaje do końca życia uzależniony od pomocy z zewnątrz. A przecież sumy gwarancyjne w ubezpieczeniu OC komunikacyjnym są na zupełnie innym poziomie.

Drugim istotnym wnioskiem z powyższych przypadków jest fakt, że lekarz ogólny, nieoperujący, może

popełnić błąd, który wywoła tak daleko idące konsekwencje.

Co można zrobić, aby lepiej zabezpieczyć się przed skutkami finansowymi błędów medycznych?

- Zadać o pełen pakiet ubezpieczeniowy chroniący podczas pracy.
- Starać się zwiększyć sumę gwarancyjną w ubezpieczeniu OC obowiązkowym. INTER proponuje sumy 150 000 euro i 200 000 euro w ubezpieczeniu obowiązkowym OC.
- Jeśli ubezpieczyciel nie oferuje wyższych sum w ubezpieczeniu obowiązkowym, można rozważyć wykupienie drugiej polisy OC w innym towarzystwie. W takiej sytuacji poszkodowany pacjent może dochodzić swoich roszczeń od jednego z ubezpieczycieli lub wszystkich razem. Łączna wysokość uzyskanych świadczeń nie może przewyższać wysokości szkody. Ubezpieczyciele rozliczają się wewnętrznymi w proporcji do przyjętych sum gwarancyjnych, co daje komfort dużo większego „marginesu”, jeśli chodzi o sumę gwarancyjną.
- Wykupić ubezpieczenie ochrony prawnej. To niedrogi produkt, oferowany w pakiecie z ubezpieczeniem OC, który umożliwia zasięgnięcie fachowej porady prawnej, zwrot kosztów zastępstwa procesowego czy też przygotowanie pism procesowych.
- Wykupić ubezpieczenie dobrowolne OC, które umożliwia np. wypłatę odszkodowań związanych z naruszeniem praw pacjenta. Ubezpieczenie to ma inny zakres niż ubezpieczenie obowiązkowe, powinno więc być traktowane uzupełniająco.

Pamiętaj – Twoje bezpieczeństwo to nie obowiązek, a realna korzyść. Nie ograniczaj się jedynie do ustawowego OC obowiązkowego. Zapytaj swojego agenta o kompletną ochronę.



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

**Maciej
Balcerowski**

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



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Rada UEMS
wskazuje,
że pomimo
wszechobecnej
komercjalizacji
medycyny ciągle
najważniejsza jest
taka organizacja
praktyki lekarskiej, w
tym także różnego
rodzaju kontraktów,
aby służyły one
przede wszystkim
jak najlepszej opiece
nad pacjentami, nie
zaś zyskowi.

Kwietniowa Rada UEMS w Brukseli

Wiadomości o kwietniowym, planowym posiedzeniu Rady UEMS i licznych towarzyszących zebraniach zdominowała informacja o otwarciu, po trwającej ponad 2 lata rekonstrukcji, domu UEMS – Domu Lekarzy Europejskich. To duże i ważne wydarzenie, o którym będą oddzielne informacje, a tu chcę krótko napisać, o czym dyskutowała i co uchwaliła Rada.

Prawie odwiecznym tematem dyskusji w UEMS jest udział jej licznych struktur w zarządzaniu organizacją. UEMS jest niezwykle złożoną organizacją i niezależnie od wielu grup roboczych ma łącznie ponad 60 sekcji specjalistycznych, komisji interdyscyplinarnych i grup dedykowanych specjalnym zagadnieniom. Funkcjonują one w bardzo dużym stopniu autonomicznie i od ich aktywności zależą podstawowe i znane w całej Europie efekty pracy UEMS – programy kształcenia specjalizacyjnego, egzaminy europejskie, wizytacja ośrodków szkolących. W ich pracach na bieżąco aktywnie uczestniczy w sumie ponad 1000 specjalistów z całej Europy.

Od kilku lat sekcje uczestniczą w posiedzeniach Rady i przekazują liczne postulaty. W tym roku postanowiliśmy, że przedstawiciele sekcji zostaną włączeni do komisji finansowej i będą uczestniczyć w dorocznym audycie wewnętrznym. Poprawi się w ten sposób przejrzystość zarządzania organizacją. Rozważane są też możliwości zmian statutu i włączenie przedstawicieli sekcji do prac Zarządu.

Większość przyjętych dokumentów dotyczyła działania UEMS-CESMA (Council for European Specialist Medical Assessments). Jest to grupa zajmująca się wszystkimi aspektami egzaminów. Rada zatwierdziła wytyczne dotyczące tworzenia egzaminów testowych, organizacji egzaminów, wyboru egzaminatorów. CESMA prowadzi program wizytacji egzaminów europejskich i w ciągu paru lat wszystkie organizowane przez UEMS dobrowolne egzaminy będą musiały otrzymać pozytywną opinię CESMA. Jest to także warunkiem wspierania przez UEMS egzaminów organizowanych we współpracy z towarzystwami naukowymi. Po bardzo pozytywnej ocenie przez CESMA, poparcia udzielono egzaminowi organizowanemu przez Europejskie Towarzystwo Radiologii.

Jako sygnał narastających w praktyce lekarskiej problemów sformułowano deklarację dotyczącą komercjalizacji praktyki lekarskiej. Rada UEMS wskazuje, że pomimo wszechobecnej komercjalizacji medycyny ciągle najważniejsze jest, aby organizacja praktyki lekarskiej i różnego rodzaju kontraktów służyła przede wszystkim jak najlepszej opiece nad pacjentami, nie zaś zyskowi. Należy wspierać wysiłki krajowych organizacji lekarzy, które starają się dbać o te zasady.

Na koniec informacja o zmianie składki. Udało się, po paru latach trudnych dyskusji, przyjąć nowy klucz do obliczania składki członkowskiej. Składka Polski, do tej pory i tak raczej niewielka, będzie jeszcze mniejsza. ■



Być pielęgniarką to ogromne wyzwanie

Z dr n. med. **Grażyną Rogalą-Pawelczyk**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Co znaczy być dziś pielęgniarką?

Pielęgniarka musi być profesjonalistką, lubić pracę z ludźmi i mieć szacunek dla pacjentów oraz współpracowników, pracować w zespole. To osoba, która rozumie miejsce chorego i każdego członka zespołu terapeutycznego. To nie zmieniło się od lat. Jednak dziś bycie pielęgniarką oznacza także, że jest się nie tylko osobą wykształconą, ale także zarządzającą, pracownikiem gospodarczym i urzędnikiem. Pielęgniarka musi być również osobą bardzo cierpliwą, o zdrowych nerwach, by sprostać coraz większym wymaganiom, mieć dużo siły i niesamowitą odporność na to, co funduje resort, system opieki zdrowotnej i urzędnicy.

Być pielęgniarką to tak, jak być lekarzem: wykonywać jak najlepiej swoją pracę w coraz trudniejszych warunkach zagrożenia ekonomicznego, społecznego, socjologicznego i politycznego. To ogromne wyzwanie.

Czy pielęgniarki również mają poczucie, że robią rzeczy, których nie powinny robić?

Podobnie jak lekarz pracuje za informatyka, statystyka i administratora danych, pielęgniarka wykonuje czyn-

ności, które powinien wykonać ktoś inny. Narasta bunt wobec takiej sytuacji: jestem dla pacjenta i nie chcę mieć poczucia winy, że poświęcam mu zbyt mało czasu.

I nie jest to przesunięcie w grupach medycznych, bo to od biedy jakoś byśmy sobie uporządkowali, ale zostały obciążone zadaniami administracyjnymi, organizacyjnymi i technicznymi, kosztem realizacji opieki nad pacjentem, diagnostyki i leczenia, nie wspominając już o prewencji i promocji zdrowia.

Czy mimo tego pielęgniarki mają poczucie, że zajmują godne miejsce w systemie?

Niestety nie. Rola i miejsce pielęgniarki zostały praktycznie zmarginalizowane. Przejawia się to przede wszystkim w decyzjach zarządczych: jeśli trzeba oszczędzać, to na pielęgniarkach. Można je zastąpić opiekunami albo pielęgniarkami z Ukrainy. Decydenci nas dzielą, przesuwają tak, jak będzie oszczędniej.

Gdzie ta marginalizacja się zaczyna?

Już na poziomie rządu. Przykład idzie z góry. Premier, a także resort, nie zauważają problemów dotyczących ▶



Spotkanie w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – Grażyna Rogala-Pawelczyk i Ryszard Golański.

Być pielęgniarką
to tak, jak
być lekarzem:
wykonywać jak
najlepiej swoją
pracę w coraz
trudniejszych
warunkach
zagrożenia
ekonomicznego,
społecznego,
socjologicznego
i politycznego.
To ogromne
wyzwanie.

tej grupy zawodowej, jak zbyt niskie wynagrodzenia, zbyt mała i malejąca liczba pielęgniarek w obliczu starzejącego się społeczeństwa, odchodzenie od zawodu na emeryturę i niewchodzenie nowych osób do zawodu, emigracja. Także na poziomie organów założycielskich chce się na pielęgniarkach zaoszczędzić i pozostaje ślepy na problemy tej grupy zawodowej.

Pomimo odgórnego obniżania pozycji tego zawodu, społeczeństwo wciąż ceni pracę pielęgniarek, aczkolwiek spotkałam się już z opiniami, że pielęgniarki źle się uczą i nic nie robią, a lekarze tylko chcą dobrze zarabiać. Zaczynają być widziane także przez przyzmat wynagrodzenia: jeśli tak marnie zarabiasz, to jesteś marnym, niepotrzebnym specjalistą, hydraulik to jest fachowiec – za 20 minut pracy bierze 150 zł.

Jak wyobraża sobie pani kadry pielęgniarskie w Polsce za 15 lat?

Jeśli nic się nie zmienia, pielęgniarek nie będzie. Za 7 lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce zmniejszy się o 54 tys., a blisko jedna trzecia będzie w okresie dochodzenia do emerytury. Jeżeli trend wyjeżdżania za granicę po zakończeniu szkoły się utrzyma i będzie się rozszerzał na osoby pracujące, czeka nas olbrzymia tragedia nie tylko w zakresie opieki pielęgniarskiej, ale nawet leczenia, którego w wielu przypadkach nie da się prowadzić bez pielęgniarek. Średnia ich wieku już dziś wynosi ponad 48 lat. To jest to praca trudna i ciężka, a za 2250 zł brutto nikt nie będzie chciał jej wykonywać.

Sytuacja już zaczyna być dramatyczna. Gdyby pielęgniarki pracowały tylko w jednym miejscu, góra dwóch, to trzeba byłoby zamykać co drugi oddział i co trzeci szpital. Zatrudnione na kontraktach pracują nawet w sześciu miejscach, latając dziury, podobnie jak lekarze.

Ile z nich jest na umowach kontraktowych?

Okolo jedna trzecia. Planowano, by tak zatrudnione były wszystkie, ale wiele się nie zgodziło. Znaczna część kontraktów realizowana jest w POZ i opiece długoterminowej. Tam jest nieco lepsza sytuacja kadrowa, mimo że praca jest bardzo ciężka, wyczerpująca i wypalająca. Tam urzędnicy aż tak bardzo nie przeszkadzają.

Na kontraktach zarobki są teoretycznie nieco wyższe, ale obciążone kosztami związanymi z prowadzeniem działalności, więc w ostatecznym rozrachunku pielęgniarki kontraktowe zarabiają tylko nieco więcej.

Czy najtrudniejsza sytuacja jest w szpitalach?

Tak, tam są najtrudniejsze warunki i największe zmęczenie. Tam też pielęgniarki wykonują najwięcej czynności, które do nich nie należą. Ponadto są uzależnione od całej struktury administracyjno-techniczno-zarządzającej. Liczba pielęgniarek w szpitalach jest dramatycznie mała, czasem na 40 pacjentów przypada jedna pielęgniarka, a na dyżurze nocnym ma pod opieką nawet dwa piętra. Na oddziale nie ma dyskusji, jest kilkudziesięciu pacjentów i dylemat, komu najpierw pomóc: który jest brudniejszy, głodniejszy, komu szybciej robić zastrzyk, nie wspominając już o reanimacji. To już są naprawdę dramaty.

Jakie są największe bolączki?

Niedostosowanie kwalifikacji do możliwości realizacji zadań i wynagrodzenia. Mamy wysoko wykwalifikowane pielęgniarki i położne, które wykonują pracę z poczuciem, że wiele rzeczy robią za kogoś i dodatkowo zarabiają marne pieniądze.

Kolejny problem to kwestia, co zrobić, żeby pielęgniarki po szkole chciały pracować, a kolejne pokolenia rozpoczynały naukę pielęgniarstwa. Jeżeli nie rozwiąże się tego w najbliższym czasie, a zaniedbania sięgają około 20 lat, to będzie bardzo źle. Jeśli w miarę podnoszenia kwalifikacji, a ustawa to nakazuje, nie będzie można wykorzystać zdobytej wiedzy i lepiej zarabiać, to nikt nie przekona młodych ludzi, żeby uczyli się pielęgniarstwa. Jeśli pójdą do szkoły i zrobią licencjat, to wyjadą. Bywałam na rozdaniu dyplomów, po którym nikt z absolwentów nie podjął nawet próby szukania pracy w Polsce – za drzwiami czekała firma, z którą absolwenci podpisywali umowy o pracę w Niemczech czy we Włoszech. Tam wynagrodzenie jest znacznie wyższe niż w naszym kraju. I trudno się dziwić. Młodzi chcą pracować w zawodzie, ale za godziwe pieniądze.

Czy jest gradacja pielęgniarek w zależności od ich wykształcenia?

W założeniach hierarchia istnieje. Pielęgniarka, która ukończyła specjalizację, jest wykazywana do kontraktu i za nią dostaje się więcej punktów, ale nie dotyczy to wszystkich rodzajów świadczeń. W praktyce jednak kadra kierownicza i organy założycielskie nie pokusiły się o wyznaczenie zakresu zadań dla pielęgniarek – na tym samym stanowisku może pracować pielęgniarka dyplomowana i magister pielęgniarstwa, a przecież powinny mieć inne zadania. Istnieje też szczytkowa hierarchizacja finansowa, ale nie na tyle mobilizująca, żeby podejmować pracę i dalsze kształcenie w tym zawodzie.

Niektórzy twierdzą, że błędem było likwidowanie średniego szkolnictwa pielęgniarskiego.

Czy zgadza się pani z tą opinią?

Błędem jest wypowiadanie takich zdań. Rozpoczęcie kształcenia pielęgniarek na poziomie licencyjnym to spełnienie wieloletnich oczekiwań środowiska pielęgniarskiego, dotyczącego podniesienia poziomu wykształcenia, wzorem Anglii, Skandynawii, Kanady czy Australii. To wymaganie współczesnych czasów, medycyna się rozwija.

Brakuje opiekunów, którzy mogliby robić to, co teraz musi robić pielęgniarka.

Ekonomia wymusi, żeby takie osoby były. Być może pielęgniarki chętnie odejdą do POZ-u, który za chwilę wchłonie większość z nich, bo tam średnia wieku to blisko 55 lat. Doświadczenie przeniesione ze szpitala przyniesie same pozytywy, ale kto przejmie ich zadania w szpitalach?

W pewnym momencie pielęgniarki zaczęły obawiać się opiekunów i słusznie, bo decydenci robili tak: za jedną pielęgniarkę zatrudniali półtora opiekuna. Wysłaliśmy do Ministra Zdrowia zakres zadań, które naszym zdaniem powinien przejąć opiekun od pielęgniarki. Uzyskaliśmy odpowiedź, że opiekun to odrębny zawód, a decyzja, co będzie on robić w danej placówce, jest na poziomie zarządczym i należy do dyrektora. To bzdura. Weźmy chociażby pielęgnowanie, higienę osobistą – obecnie zajmują się tym pielęgniarki, a powinni opiekunowie. Była też próba wpisania ratowników w system pielęgnowania i ratowania życia w oddziale. Bzdura. Jak ratownicy mają ratować życie poza SOR-em – usiądą na oddziale i będą czekać? Zawody pomocnicze są potrzebne, jako wsparcie w pielęgnowaniu pacjentów, a nie zamiast pielęgniarek.

Ilu jest obecnie opiekunów medycznych?

Opiekunów kształci od kilku lat roczna szkoła policealna, która kończy się egzaminem państwowym. Jej dyplom uzyskało już około 10-15 tys. osób, choć resort zdrowia twierdzi, że jest ich 20 tys. Pracuje zaledwie kilka tysięcy, ponieważ dostają jeszcze niższe wynagrodzenie niż pielęgniarki. W większości zatrudniają się prywatnie, bo mogą zarobić więcej, opiekując się jedną osobą, w szpitalu pod ich opieką byłoby 20 albo 30 podopiecznych.

W systemie jest miejsce dla każdego – i dla pielęgniarki, i dla opiekuna, trzeba tylko określić zakres obowiązków i hierarchię tych zawodów. Próbuje to zrobić, mamy przygotowane odpowiednie dokumenty, ale nikt nie jest zainteresowany tym tematem. Mam wrażenie, że ministerstwo nie chce tego uporządkować.

Dlaczego?

Bo najłatwiej jest rządzić skłóconym środowiskiem. To zarządzanie konfliktem. Jeśli postawi się na tym samym stanowisku pielęgniarki o różnym poziomie wykształcenia, które będą wykonywały te same zadania, a da im się wynagrodzenie różne o 50 zł, to już można nimi łatwo zarządzać. One nie będą się popierać.

Czy będzie strajk generalny?

Głód od zawsze wyganiał człowieka na wojnę. Tam, gdzie było zagrożone bezpieczeństwo i byt, człowiek walczył. Osoby rządzące muszą mieć tego świadomość. Tam,

gdzie podstawowe potrzeby nie są zaspokojone, tam będzie zawsze groźba i ryzyko protestu oraz strajku. Uważam, że dla niektórych zarządzających to jedyny argument.

Czy jest skuteczny?

Trudno powiedzieć. Historia pokazała, że jest bardzo różne. W białym miasteczku mieliśmy kwintesencję oczekiwań całego systemu. Gdyby ktokolwiek chciał pochylić się nad zgłoszonymi wtedy postulatami i w określonym czasie je zrealizować, nie byłoby teraz groźby strajku.

Pani premier, która wówczas była ministrem zdrowia, tłumaczyła, że nic nie może zrobić, bo jest tylko ministrem. Teraz, będąc premierem, odpowiada na list otwarty naszego środowiska poprzez wiceministra, nawet nie ministra, od którego dowiadujemy się, że decyzje zapadają na poziomie zarządczym, a minister nic nie może. Proszę się nie dziwić, jeśli do protestów dojdzie.

Kiedy?

Mogą rozpocząć się już w czerwcu. Wszystko zależy, jak będą toczyły się spory zbiorowe w poszczególnych placówkach. Jeśli nie zostaną zawarte porozumienia, na jesieni rozpocznie się strajk generalny. Obawiam się, że nikt nie powstrzyma pielęgniarek i położnych.

W środowisku są aż tak złe nastroje?

Jest bieda i zmęczenie. Biedę możemy jeszcze przełknąć, ale pracować ponad siły dłużej nie damy rady. Są osoby, które dyżurują po 300 godzin miesięcznie. Środowisko jest też sfrustrowane z powodu niemożności

Jest bieda i zmęczenie. Biedę możemy jeszcze przełknąć, ale pracować ponad siły dłużej nie damy rady. Są osoby, które dyżurują po 300 godzin miesięcznie. Środowisko jest też sfrustrowane z powodu niemożności wykorzystania swojej wiedzy, a warunki pracy pozostawiają często wiele do życzenia.

Ważny obszar naszego współdziałania, a może nawet ten najważniejszy, powinno stanowić odwracanie negatywnego wizerunku tworzonego w mediach. W tej kwestii musimy się wspierać, bo wizerunek medialny naszych zawodów zaczyna być bardzo zły: lekarze to krwio pijcy i dorobkiewiczze, a pielęgniarki to lenie, które nie szanują ludzi.

wykorzystania swojej wiedzy, a warunki pracy pozostawiają często wiele do życzenia. Na przykład w jednym ze szpitali pielęgniarki zostały oddelegowane do segregowania śmieci, bo zaszło podejrzenie, że mogły się w nich znaleźć odpady medyczne. W stosunku do osoby, która zleciła to zadanie, toczy się już postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. To pokazuje jednak, jak traktuje się tę grupę zawodową. W wielu placówkach są podnośniki, ale pielęgniarki nie mogą z nich korzystać, bo podnośniki potrzebne były tylko do zdobycia certyfikatu ISO, teraz stoją pod przykryciem, żeby się nie zniszczyły, a pielęgniarki dźwigają pacjentów, niejednokrotnie w pojedynkę.

Co mówi się o współpracy z lekarzami?

Mitem jest, że lekarze i pielęgniarki nie współpracują ze sobą. To opinia przekazywana chyba przez tych – i mówię to z pełną odpowiedzialnością – którzy chcą nas skłócić. Oczywiście są kontrowersje, ale nie ma między nami wojny. Poziom współpracy jest oczywiście różny i zależy przede wszystkim od cech ludzkich, ale w zespołach bez współpracy nie da się nic zrobić.

Na jakie zachowania lekarzy pielęgniarki skarżą się najczęściej?

Przede wszystkim na coś, co jest przejawem braku szacunku, czyli „ty-kanie”, zwracanie uwagi nie tam, gdzie potrzeba i oczekiwanie od pielęgniarek, że wykonają wszystko, czego nie wykonał ktoś inny. Najczęściej jednak pojawia się zarzut spychania przez lekarzy części obowiązków na pielęgniarki poleceniem służbowym: zrób, a ja to podpiszę, napisz za mnie, wypełnij, zrób wywiad.

Warto więc zastanowić się, czy wywiad w izbie przyjęć powinien robić lekarz czy może magister pielęgniarstwa, która potrafi to zrobić. Myślę o procedurach w przypadku przyjęć planowych. Czy pacjent musi czekać na zatyranego lekarza, którego odrywa się od 60 pacjentów leżących na oddziale, żeby tylko wpisać: morfologia, OB, RTG płuca? Być może znajdzie się niewielki obszar, w którym pielęgniarka część czynności wykona za lekarza, a część jej obszaru działania przejmie opiekun. Powinno być określone bardzo jasno, co może zrobić pielęgniarka, w zależności od poziomu wykształcenia, a co powinno bezwzględnie pozostać w kompetencjach lekarza.

Ostatnio gorąco dyskutowaną kwestią jest prawo pielęgniarzek do wypisywania recept.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwiała się powierzeniu nam tej kompetencji. To dodatkowy obowiązek, a nie przywilej. Czy mamy tyle pielęgniarek, aby wypisywały recepty?

Pozostaje też pytanie o odpowiedzialność: czy jest ona za wypisanie recepty, czy za leczenie? Prosiłiśmy o przynajmniej półtora roku, by wspólnie z lekarzami mieć czas na dostosowanie programów kształcenia pielęgniarek na poziomie licencjackim. Takie zmiany trzeba wprowadzać w sposób przemyślany. Stanowisko naszych samorządów w tej sprawie było podobne. Nie mówimy „nie receptom” ani przesunięciu za-

dań, ale nie przy niejasnych przepisach, bez rozmów i uzgodnień przede wszystkim z lekarzami i pielęgniarkami. Kiedy w sejmie zgłaszaliśmy swoje uwagi, pan minister powiedział: „z całym szacunkiem, uwagi są merytoryczne, strona rządowa proponuje nie uwzględniać”. Głosowanie i koniec dyskusji.

Jakie widzi pani pola współpracy dla naszych samorządów?

Cała sfera edukacji zdrowotnej i wychowania zdrowotnego, a także opieki nad dzieckiem zdrowym, kobietą w ciąży i nad budowaniem polityki zdrowotnej promocji zdrowia. Ważny obszar naszego współdziałania, a może nawet ten najważniejszy, powinno stanowić odwracanie negatywnego wizerunku tworzonego w mediach. W tej kwestii musimy się wspierać, bo wizerunek medialny naszych zawodów zaczyna być bardzo zły: lekarze to krwio pijcy i dorobkiewiczze, a pielęgniarki to lenie, które nie szanują ludzi.

Jakie zadania wyznaczyła sobie pani do realizacji w najbliższym czasie?

Wyciągnąć pielęgniarki i położne z podziemia i pokazać społeczeństwu, że jest to grupa profesjonalistów niezbędnych w systemie opieki zdrowotnej, że należy im się szacunek, bezpieczne miejsce pracy i uczciwe wynagrodzenie. Przecież bezpieczna pielęgniarka to bezpieczny pacjent.

Kolejna rzecz to stworzenie i przyjęcie jak największej liczby standardów ogólnych, wyznaczających procedury postępowania. Jest wiele rzeczy, które trzeba usystematyzować. Chciałabym też wdrożyć model kształcenia ustawicznego z motywacją pielęgniarek do podnoszenia kwalifikacji poprzez adekwatny zakres obowiązków i uposażenie. Na razie jesteśmy na etapie programów i wychodzenia z piwnicy. Choć nie jest łatwo o zmiany, nie poddajemy się.

Co będzie, kiedy pielęgniarzek zabraknie?

Krach już jest. Pacjent czeka kilkadziesiąt minut na pielęgniarkę, a ona dziennie wykonuje 150-200 zastrzyków, pracuje nawet całą dobę. Jak łatwo o pomyłkę... Nie wiem, kto nad nami czuwa, że pomyłek nie ma aż tak wielu.

Obecnie jest 277 tys. pielęgniarek i nieco ponad 5 tys. pielęgniarzy, ale nie wszyscy pracują w zawodzie. Do 2022 r. odejdzie co trzecia pielęgniarka. Tej luki pokoleniowej nie da się załatać. Liczba pielęgniarek od 45. do 66. roku życia to blisko dwie trzecie pielęgniarzek. Do 35. roku życia to nieco ponad 25 tys. osób. Młodzi do 25. roku życia, którzy podejmują pracę po licencjacie, stanowią niespełna dwa procent wszystkich.

Co będzie, kiedy zabraknie pielęgniarzek? Przetrwają najbogatsi i najzdrowsi. A za chwilę zabraknie także lekarzy.

Ministerstwo ma tego świadomość?

Oczywiście, że ma i niewiele robi, żeby tę sytuację zmienić. ■

Spotkanie w Gdańsku

Redaktorzy pism samorządu lekarskiego corocznie omawiają wspólne problemy i zadania. W tym roku, w dniach 29-31 maja, spotkanie miało znacznie szerszy wymiar, odbyło się wspólnie z posiedzeniami prezesów izb okręgowych, młodych lekarzy i prawników izbowych.

Ryszard Golański



FOTO: Marta Jakubiak

Redaktorów zaprosiła do Trójmiasta Wiesława Klemens, redaktor naczelna „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”. Prezes izby, Roman Budziński, postanowił połączyć nasze spotkanie z posiedzeniem Konwentu Prezesów izb okręgowych, XXIV Ogólnopolską Konferencją Młodych Lekarzy i II Pomorską Konferencją Prawników Izby Lekarskich. Takie połączenie miało tę zaletę, że członkowie każdej z czterech grup mieli okazję dowiedzieć się o problemach innej. Posiedzenia robocze w grupach odbyły się pierwszego dnia, w piątek. Redaktorzy izbowi dzielili się informacjami o sposobach reprezentowania samorządu lekarskiego wobec mediów. Wiemy, jak ważne i „gorące” są to sprawy, kiedy dziennikarze domagają się natychmiastowego komentarza po jakimś wydarzeniu. Naczelna Izba Lekarska, izby w Warszawie, Lublinie i Łodzi mają swoich rzeczników prasowych, dziennikarzy. W innych izbach rolę tę pełni najczęściej prezes, rzadziej redaktor naczelny pisma samorządowego. Jednym z ważniejszych problemów jest dostępność takiej osoby dla mediów. Ciężko ten wymóg spełnić pracującemu zawodowo prezesowi. Podnoszono rolę asystenta prasowego tam, gdzie rzecznika nie ma. Ważnym punktem tego spotkania była dyskusja nad kolportażem naszych wydawnictw. Dla NIL i OIL jest to największy wydatek w budżecie pisma. Dla zmniejszenia kosztów od lat synchronizujemy wydawanie biuletynów i wysyłamy je wspólnie, dzieląc wydatek po połowie. Dyskusja dotyczyła częstotliwości wydawnictw i terminów wysyłki.

W sobotę odbyły się sesje plenarne. Pierwsza z nich poświęcona była wizerunkowi lekarza w mediach oraz w naszych pismach. Red. Wojciech Suleciński z TV Gdańsk mówił o granicach wolności mediów. Mediami rządzą wydawcy. Wymagają od dziennikarzy stuprocentowej skuteczności w zdobywaniu informacji oraz błyskawicznego działania. Spotkania lekarz – dziennikarz odbywają się z powodu wypadku czy przekroczenia granic etyki. Rzadziej z powodu lekarskiego sukcesu. Obecnie domi-

nuje tendencja pokazywania zdarzeń budzących emocje: czyjeś śmierci lub kalectwa. Lekarz jest pokazywany lub przedstawiany jako winowajca. Media nie boją się odpowiedzialności za podanie fałszywych danych. Liczy się bulwersująca informacja, podana szybko. Wizerunek lekarza zmienił się: przestał on być synonimem korupcji, stał się osobą odpowiedzialną za ludzką krzywdę. Brakuje w mediach obrazu lekarza jako człowieka mądrego i dobrego. Redaktor Małgorzata Solecka, przez wiele lat pisząca o problemach zdrowia w „Rzeczpospolitej”, a obecnie pracująca na rzecz jednego z portali, dokonała krytycznej analizy doniesień medialnych dotyczących lekarzy na wybranych przykładach. Zwracała uwagę, że osoby pracujące obecnie w mediach nie są dziennikarzami, dodatkowo nie lubią lekarzy, bo ci dużo więcej zarabiają. Proporcje płacowe w tych grupach odwróciły się w ciągu kilku ostatnich lat. Prof. Maciej Michalik, kiedyś prezes gdańskiej izby i ordynator oddziału chirurgii w Trójmieście oraz szef obecnego prezesa izby, a teraz kierownik Kliniki Chirurgii w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, znany z wypowiedzi budzących emocje, powiedział, a propos obrazu lekarza w mediach, że środowisko lekarskie rozkłada się zgodnie z krzywą Gaussa: są lekarze wybitni, są przeciętni i są tacy, którym nie chce się podać ręki.

W sesji prowadzonej przez młodych lekarzy dominowały tematy dotyczące kształcenia. Zmiany w kształceniu studentów spowodowane likwidacją stażu podyplomowego i uczynienie roku szóstego rokiem nauczania klinicznego. Kształcenie specjalizacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem problemów z etatami rezydentkami. Ważnym głosem było wystąpienie prof. Janusza Morysia, rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczącego Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, przypominające negatywną ocenę tego gro-
na dotyczącą likwidacji stażu podyplomowego. Organizatorom konferencji wyrażam, w imieniu uczestników, słowa uznania za doskonałą organizację i podziękowania za gościnność. ■

Prof. Maciej Michalik, kiedyś prezes gdańskiej izby i ordynator oddziału chirurgii w Trójmieście oraz szef obecnego prezesa izby, a teraz kierownik Kliniki Chirurgii w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, znany z wypowiedzi budzących emocje, powiedział, a propos obrazu lekarza w mediach, że środowisko lekarskie rozkłada się zgodnie z krzywą Gaussa: są lekarze wybitni, są przeciętni i są tacy, którym nie chce się podać ręki.

Gdzie świat, tam my

Z **Anną Lellą**, przewodniczącą Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej NRL to nowość tej kadencji. Co się kryje za jej powołaniem?

W poprzednich kadencjach sprawami związanymi z szeroko rozumianą współpracą międzynarodową zajmował się zespół Naczelnej Rady Lekarskiej. Jednak ten rodzaj aktywności samorządu lekarskiego wciąż się rozwija i praca zespołu liczącego tylko 5 członków przestała spełniać oczekiwania środowiska. W skład komisji wchodzi 10 osób. To już gremium, którego głos jest bardziej słyszalny. Współpraca międzynarodowa jest jednym z ustawowych obowiązków samorządu lekarskiego, a komisja zajmuje się ich realizacją – głównie planowaniem i kreowaniem polityki zagranicznej NRL oraz wytyczaniem kierunków tej współpracy i koordynacją działań. Wiąże się to m.in. z rekomendowaniem tych organizacji międzynarodowych, do których przynależność dla naszego środowiska jest najbardziej korzystna, a także wskazaniem kandydatur polskich lekarzy i lekarzy dentystów, którzy w nich powinni nas reprezentować. Komisja jest więc odpowiedzialna za rozwijanie kontaktów z europejskimi organizacjami lekarskimi i umacnianie pozycji Naczelnej Rady Lekarskiej na forum zagranicznym. Celem jest obrona interesów polskich lekarzy i lekarzy dentystów w krajach i instytucjach Unii Europejskiej. Ważnym zadaniem komisji jest rozpowszechnianie informacji i materiałów ze spotkań międzynarodowych.

Jakie kryteria są brane pod uwagę w tej pracy?

Jako samorząd lekarski jednego z największych państw europejskich nie możemy być na marginesie tego, co się dzieje w Europie i na świecie. Chcemy nie tylko śledzić bieżące nurty i toczące się tam dyskusje, ale w nich uczestniczyć, wpływać na kreowanie opieki zdrowotnej, m.in. na legislację unijną regulującą sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Poprzez aktywne działania w organizacjach międzynarodowych mamy możliwość (i z tego z sukcesem korzystamy) zaznaczenia swojego stanowiska w różnych ważnych sprawach, co przekłada się na praktykę pojedynczego lekarza i lekarza dentysty, nie zawsze świadomego, że przepisy UE rzutują na prawodawstwo krajowe. Komisja gromadzi i analizuje informacje o aktualnych wydarzeniach związanych z legislacją unijną, weryfikuje je pod kątem sytuacji w Polsce i potrzeb polskich lekarzy. Nasi przedstawiciele są w tym doskonale zorientowani, ponieważ biorą udział w pracach zespołów roboczych organizacji międzynarodowych, w tym w przygotowywaniu projektów stanowisk, czasem też podejmowanych z naszej inicjatywy. Takim przykładem jest stanowisko ERO FDI w sprawie miejsca techników dentystycznych w opiece stomatologicznej. Jednym słowem – gdzie świat, tam my.

Wszystkie europejskie organizacje lekarzy wspierały wprowadzenie dyrektywy o czasie pracy, zabiegają o to, by nie zmieniono tych przepisów, a teraz walczą z Europejskim Komitetem Normalizacji, który chce tworzyć normy praktyki lekarskiej w Europie, choć jest organizacją techniczną. W licznych stanowiskach i wystąpieniach domagamy się przestrzegania autonomii zawodu oraz wspieramy mobilność zawodową lekarzy i lekarzy dentystów. Kilka razy musieliśmy interweniować w Komisji Europejskiej i u władz krajów członkowskich UE w sprawie złego traktowania lekarzy i ograniczania samorządności zawodowej. Podobne działania podejmujemy wobec rządów, które chciałyby wprowadzić lokalne zasady kształcenia i specjalizacji, niezgodne z wymaganiami UE, uniemożliwiające lekarzom i lekarzom dentystom uznanie ich kwalifikacji w innych krajach. Najnowsze programy specjalizacji lekarskich w bardzo dużym stopniu uwzględniają rozwiązania wypracowane przez UEMS. W trzech specjalnościach mamy już w Polsce europejski egzamin specjalizacyjny. To bezpośrednia korzyść dla polskich lekarzy. Niedawno Stały Komitet Lekarzy Europejskich przyjął stanowisko w sprawie medycyny alternatywnej, które wywodzi się m.in. z działań podjętych przez nasz samorząd, wspierając nas tym samym w sporach ze zwolennikami metod o nieudowodnionej skuteczności.

W komisji zasiadają lekarze z wysoką pozycją w różnych lekarskich i lekarsko-dentystycznych organizacjach międzynarodowych...

Z racji położenia geograficznego Polska stanowi centrum Europy i jest takim pomostem pomiędzy Wschodem i Zachodem, co przejawia się nie tylko w polityce, gospodarce, kulturze, ale również w działaniach międzynarodowych samorządu lekarskiego.

Członkami komisji są lekarze i lekarze dentyści wybrani na początku kadencji przez Naczelną Radę Lekarską. Są to osoby będące zarówno członkami NRL, jak i spoza tego kręgu, rekomendowane przez okręgowe izby lekarskie. Do komisji wybrano także lekarzy i lekarzy dentyistów sprawujących obecnie bądź wcześniej znaczące funkcje w międzynarodowych organizacjach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, co świadczy o obdarzeniu ich przez Radę zaufaniem. Należy zaznaczyć, że wszystkie stanowiska tzw. funkcyjne w międzynarodowych organizacjach lekarskich, które pełnią lub pełnili polscy lekarze, są obejmowane w drodze wyborów i sprawowane bez wynagrodzenia jedynie za ewentualnym zwrotem kosztów przejazdu bądź pobytu. Ich doświadczenie jest bezcenne w pracach komisji i chętnie się nim dzieli.

To dowodzi, że za granicą nie jesteśmy pionkami na szachownicy...

Powiedziałabym nawet, że często nadajemy kierunek podejmowanym tam działaniom, przez co zyskuje całe środowisko. Korzyści te są nie tylko wizerunkowe (wzrost znaczenia na arenie międzynarodowej) czy prestiżowe (ważne funkcje pełnione przez naszych lekarzy w zarządach tych organizacji), ale również dotyczą spraw codziennych, np. poparcia organizacji międzynarodowych podczas akcji protestacyjnych. Stanowiska organizacji lekarskich i ich argumentacja nierzadko mają wpływ na ostateczny kształt przyjmowanych regulacji prawnych i przekładają się na działalność zawodową poszczególnych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Międzynarodowych organizacji lekarskich i stomatologicznych jest mnóstwo. Co decyduje o przynależności NIL do tej, a nie innej?

Decyzje dotyczące członkostwa NIL w organizacjach międzynarodowych podejmuje NRL. Obecnie NIL jest członkiem trzech organizacji lekarzy oraz trzech organizacji lekarzy dentyistów. Są one najważniejsze spośród odnoszących się do naszych zawodów, mają największe znaczenie w Europie i na świecie. Z członkostwa w niektórych innych organizacjach, choć także prestiżowych, zrezygnowaliśmy z przyczyn ekonomicznych, ograniczając przynależność do niezbędnego minimum. Informacje o organizacjach, do których należymy, ich pracy, wydawanych przez nie stanowiskach i uchwałach są umieszczane na stronie internetowej NIL i gorąco zachęcam do zapoznania się z nimi.

Współpraca międzynarodowa to także izby lekarskie w innych krajach. Jak się kształtują te kontakty?

Z racji położenia geograficznego Polska stanowi centrum Europy i jest takim pomostem pomiędzy Wschodem i Zachodem, co przejawia się nie tylko w polityce, gospodarce, kulturze, ale również w działaniach międzynarodowych samorządu lekarskiego. Tak jak w wielu innych dziedzinach są różnice w kontaktach między samorządami z Zachodu i Wschodu. W przypadku tych pierwszych są one bardziej partnerskie. Koleżankom

i kolegom ze Wschodu staramy się przekazywać nasze doświadczenia, m.in. w zakresie organizowania i funkcjonowania samorządów zawodowych jako istotnego elementu społeczeństwa obywatelskiego, gdyż oni tego potrzebują. Szczególnie taką pomocą są ostatnio zainteresowani lekarze z Ukraińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego.

W poprzedniej kadencji były zarzuty, że aktywność samorządu lekarskiego na forum międzynarodowym jest zbyt kosztowna. Jak komisja podeszła do rozwiązania tego problemu?

Członkostwo w międzynarodowych organizacjach lekarskich i lekarsko-dentystycznych skutkuje obowiązkiem opłacania składek, które na ogół nie są wysokie. W przeliczeniu na jednego lekarza lub lekarza dentyistę nie przekraczają 1-1,5 euro rocznie. Organizacje te najczęściej są finansowane tylko ze składek członkowskich i skrupulatnie liczą koszty. Funkcyjni lekarze i lekarze dentyści nie otrzymują więc wynagrodzenia. Jeżeli jest to możliwe, składka jest obniżana lub utrzymywana na niskim poziomie. Przykładowo: w 2012 r. w związku z dobrą kondycją finansową obniżono składki członkowskie w ERO o 10 proc. W UEMS składki stanowią tylko 20 proc. budżetu i od wielu lat pozostają na tym samym, niskim poziomie, a w 2016 r. składka będzie jeszcze niższa. Niestety, wciąż rosną ceny przejazdów i zakwaterowania. Dlatego wyjazdy są planowane z dużym wyprzedzeniem, 9-10 miesięcy wcześniej, dzięki czemu mniej nas kosztują bilety i hotele. Jak już wspomniałam, właśnie ze względu na koszty NIL ogranicza do niezbędnego minimum liczbę wyjazdów międzynarodowych i liczbę organizacji, do których przynależą.

Jaka jest opinia o polskich lekarzach i lekarzach dentyistach w innych krajach?

Z kontaktów z koleżankami i kolegami z innych państw podczas spotkań dwustronnych z samorządami zawodowymi krajów sąsiadujących z Polską, jak i podczas zebrań organizacji międzynarodowych, mogę powiedzieć, że polscy lekarze oraz lekarze dentyści są postrzegani jako dobrze wykwalifikowani profesjonalści we właściwy sposób wykonujący swój zawód. Nie spotkałam się z negatywnymi uwagami czy złym nastawieniem do naszych lekarzy pracujących za granicą. Oczywiście są indywidualne przypadki, np. postępowań o charakterze dyscyplinarnym, ale to nie rzutuje na ogólnie dobry, a nawet bardzo dobry wizerunek polskiego lekarza pracującego poza krajem. O pozycji polskich lekarzy świadczy także fakt, że prawie wszystkie międzynarodowe organizacje, do których należymy, przynajmniej jeden raz organizowały posiedzenie plenarne w Polsce. Gościłimy ERO, CPME, jesienią obraduje w Warszawie UEMS, a w przyszłym roku Polska będzie miejscem obrad Światowego Parlamentu Dentystycznego i kongresu FDI. Również podczas niedawnych obchodów 25-lecia samorządu gościłimy prezesów wszystkich najważniejszych światowych i europejskich organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Przyjęcie przez nich zaproszeń na tę uroczystość to dla nas zaszczyt. ■

Jako samorząd lekarski jednego z największych państw europejskich nie możemy być na marginesie tego, co się dzieje w Europie i na świecie. Chcemy nie tylko śledzić bieżące nurty i toczące się tam dyskusje, ale w nich uczestniczyć, wpływać na kreowanie opieki zdrowotnej, m.in. na legislację unijną regulującą sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty.



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Wielokrotnie
wybieramy eskapady
do najmodniejszych
kurortów,
w przypadku których
tak naprawdę nie
liczy się wypoczynek,
bo przecież
w przepełnionych
ludźmi miejscach
nie ma szans na
spokojne spędzenie
czasu.

Wspaniałego urlopu

*Najpiękniejszych chwil w życiu nie zaplanujesz.
One przyjdą same.*

Phil Bosmans

Zbliża się okres planowania wakacyjno-urlopowych wyjazdów. Przypomnijmy sobie, jak będąc w szkole czy na studiach, cieszyliśmy się z wakacji, marzyliśmy o cudownych przygodach, jakie na nas czekają, chociaż i tak, mimo że wielokrotnie były to wielkie niewiadome, wierzyliśmy, że będzie pięknie i wesoło. Takie wakacje dawały możliwość poznania nowych miejsc i ludzi, którzy potrafili się wspólnie bawić i cieszyć życiem. Wracaliśmy zadowoleni, wypoczęci, z uśmiechem na twarzy i wesołymi wspomnieniami. Takie spontaniczne i niedokładnie planowane wakacje były najlepsze i pamiętamy je do dziś. Chętnie też wracamy do nich wspomnieniami.

A teraz? Wielokrotnie wybieramy eskapady do najmodniejszych kurortów, w przypadku których tak naprawdę nie liczy się wypoczynek, bo przecież w przepełnionych ludźmi miejscach nie ma szans na spokojne spędzenie czasu. Bardzo często też naszym najbliższym taki kierunek całkowicie nie odpowiada, ale i nawet nie staramy się wysłuchać ich racji ani zrozumieć, o czym mówią. Całkowicie nie pojmujemy, że wcale ich nie bawi takie odpajkowanie kolejnej modnej destynacji. Po dwóch dniach jesteśmy znudzeni i jeszcze bardziej zmęczeni, zaczynamy myśleć o tym, co nas czeka po powrocie, więc cały wymarzony wypoczynek przepada, odpływa w siną dal. Zaczynamy się denerwować, że nie mamy szans na regenerację. Czujemy znowu zmęczenie, a przecież tak skrupulatnie planowaliśmy urlop...

Perfekcjonizm w pracy jest potrzebny, ale czy w codziennym życiu też? Może warto zrobić coś bez skrupulatnego planowania i tak po prostu podczas urlopu pożyć bez wielkich planów na przyszłość, postarać się być szczęśliwym w danej chwili, tu i teraz. Po wyczerpującej psychicznie i często fizycznie pracy każdemu należy się trochę relaksu i komfortu, a szczególnie podczas urlopu chciałoby się zaznać chociaż odrobiny luksusu lenistwa i nicnierobienia. Może jednak warto spróbować.

Teraz, z perspektywy minionego czasu, mogę ocenić, jakie formy spędzenia wolnego czasu dały mi największą satysfakcję, zadowolenie i wypoczynek, po którym zostały radosne wspomnienia na całe życie. Zapewne wiele osób powie, że jestem idealistką, bo przecież czasy się zmieniły. Bez wątplenia tak się stało. I nie wiadomo, jak w nowej rzeczywistości zmian wyborczych będziemy mogli

w naszej ojczyźnie skorzystać ze swobody wyborów, chociażby urlopowego wypoczynku i czy nasze plany w przyszłości nie będą wymagały wielu korekt, a może już w ogóle nie będzie potrzeby planowania, gdyż zostaniemy postawieni przed faktem, iż to inni zdecydują za nas nawet o sposobie spędzania urlopu. Może to ostatnia szansa na wyjazd do egzotycznych miejsc i pokazania ich naszym dzieciom, gdyż nie będzie nas nie tylko stać na takie wyjazdy, ale może także zostaniemy pozbawieni takiej możliwości. Przecież już teraz my, lekarze, jesteśmy nękani przez wszelkie instytucje kontrolujące, skąd mamy pieniądze na tzw. wystawne życie. Jesteśmy ścigani przez kontrolerów z NFZ i urzędu skarbowego, Rzecznika Praw Pacjenta i czwartą władzę – media, tylko po to, aby wykazać, jacy jesteśmy źli i pazerni na pieniądze. Wymaga się od nas poświęcenia i ponoszenia odpowiedzialności za nieudolność tych, którzy winni są dbałości o dobro społeczne.

W dzisiejszych czasach jest tyle zła i nietolerancji. Bardzo szybko na wszelkie zło i niepowodzenia, jakie nas spotykają, reagujemy złością i agresją skierowaną do wszystkich, a przecież agresja wywołuje agresję. Dlaczego nie potrafimy wybaczać, przecież są wśród nas dobrzy ludzie. Świat i życie są dla wszystkich jednakowo dostępne, chociaż dla jednych mniej, dla drugich bardziej skomplikowane. Może warto niekiedy zrobić coś dla tych zagubionych i chorych, aby ich świat zmienił się na lepszy. Inspiracje powinniśmy czerpać z otaczającego nas świata, który jest tak dobrze zorganizowany, że nawet kiedy pojawi się jakiś kataklizm, to i tak natura zawsze potrafi naprawić szkody, odbudować i przekształcić świat od nowa, aby życie mogło toczyć się dalej. Zagrożenia są i będą w życiu, a świat mimo wszystko istnieje, może zmieniony i nieco inny, ale istnieje i trwa. Nikt z nas nie wie, ile dano nam czasu na trwanie na tej ziemi, więc nie tracmy go na kłótnie, ale postarajmy się żyć w zgodzie ze sobą i z innymi. Tak smętnie to wyszło, a miało być radośnie i wakacyjnie, dlatego namawiam do wesołego spędzenia urlopu. Zaplanujmy, a może lepiej nie planujmy, a postarajmy się spędzić ten urlop bez wielkich planów, ale tak, abyśmy byli zadowoleni i mogli zawsze z przyjemnością wracać we wspomnieniach do tegorocznego urlopu.

Wszystkim życzę udanego wypoczynku. ■

Złote standardy

**Lucyna
Krysiak**

Zespoły stomatologiczne stały się obecnie wyznacznikiem jakości i efektywności w praktyce dentystycznej. Twórcą i liderem zespołu jest zawsze lekarz, który organizuje go w zależności od profilu gabinetu i wizji jego rozwoju.



FOTO: Shutterstock

Skład zespołu, a więc dobór osób, które się w nim znajdują, będzie zależał od profilu gabinetu i wizji, jaką ma jego twórca. Trzeba podkreślić, że zawsze jest nim lekarz, który jednocześnie pełni funkcję lidera.

W skład zespołu poza lekarzem dentystą mogą wchodzić także: asystentka stomatologiczna, technik dentystyczny, pielęgniarka, a nawet student stomatologii i higieny. Jednym słowem – przy obecnych wyrafinowanych technologiach zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, jak i metody leczenia stomatologicznego, wyśrubowanych standardach higienicznych i szerokim zakresie działania gabinetów, a także większych niż w przeszłości oczekiwaniach pacjentów, praca zespołowa ma kluczowe znaczenie. Priorytetem jest jednak zawsze bezpieczeństwo i komfort pacjenta. Prywatny gabinet, usytuowany gdzieś w zaanektowanym pokoju w bloku mieszkalnym, nie zawsze je zapewniał, przechodzi więc do historii. Podobnie jak samowystarczalny stomatolog obsługujący swój gabinet. Współczesna praktyka dentystyczna uwzględnia takie warunki lokalowe, w których można prowadzić kompleksowe leczenie jamy ustnej z chirurgią stomatologiczną, ortodontcją i protetyką włącznie. To są także miejsca, gdzie oprócz leczenia można prowadzić profilaktykę z elementami edukacji pacjenta w zakresie higieny jamy ustnej, gdzie pacjent może liczyć na usługi, w które jest zaangażowany zespół znających się na rzeczy osób. Ale czy zawsze idzie za tym dobrze zorganizowana praca zespołowa i jakość świadczonych usług?

Zespół zespołowi nierówny

Sprawnie funkcjonującą, efektywną praktykę opartą na pracy zespołowej trzeba odpowiednio zorganizować. Można więc powiedzieć, że zespół zespołowi nie jest równy. Skład zespołu, a więc dobór osób, które się w nim znajdują, będzie zależał od profilu gabinetu i wizji, jaką ma jego twórca. Trzeba podkreślić, że zawsze jest nim lekarz, który jednocześnie pełni funkcję lidera. Jeśli w gabinecie dominuje chirurgia stomatologiczna, dobrze byłoby, aby w składzie zespołu znalazła się pielęgniarka instrumentariuszka, najlepiej z doświadczeniem. Takich osób pracujących w szpitalach na blokach operacyjnych oddziałów chirurgii szczękowo-twarzowej czy otolaryngologii nie brakuje i często trafiają one do gabinetów stomatologicz-

nych specjalizujących się w resekcjach zębów, implantologii czy innych zabiegach związanych z chirurgiczną interwencją w jamie ustnej. Idąc dalej tym tokiem myślenia, jeśli jest to profil gabinetu ukierunkowany na stomatologię dziecięcą, na pewno nieodzowna w zespole będzie higienistka stomatologiczna z odpowiednim podejściem do dzieci. Tutaj także znaczenie ma zasada: bezpiecznie i komfortowo, ponieważ dzieci boją się dentysty, reagują dramatycznie na widok narzędzi, działanie kojącej stres higienistki jest więc nie do przecenienia. – W zależności od tego, jakie czynności będą wykonywane w gabinecie, tak będą dobierane osoby wykonujące w nim funkcje pomocnicze – mówi Aleksandra Perczak z Bydgoszczy, członek grupy roboczej ds. zawodów pomocniczych w Komisji Stomatologicznej NRL. Uważa, że obecnie na rynku usług stomatologicznych jest duża konkurencja. Aby jej sprostać, gabinet musi mieć dobrą asystentkę, higienistkę, dobre laboratorium protetyczne. Zaznacza, że gabinety, które inwestują w personel średni, prosperują lepiej. W przychodni, którą prowadzi, postawiono na asystentki stomatologiczne. Jest to przychodnia wieloprofilowa (przyjmuje w niej 6 stomatologów różnych specjalności) i to właśnie asystentki organizują im pracę oraz czynnie uczestniczą w leczeniu. – Rozmowy o zespołach stomatologicznych, ich efektywności, spójności, skuteczności i wydajności bardziej trafiają do młodego pokolenia stomatologów, które bez asysty nie wyobraża sobie wykonywania swojego zawodu – mówi doktor Perczak.

Potencjał nie do końca wykorzystany

Mimo coraz większego zaangażowania środowiska stomatologów w zagadnienia zespołów, ich pracę, sukcesy, strukturę, wyzwania, wiele z nich znajduje się wciąż w początkowej fazie rozwoju. Ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się temu problemowi, zarówno na forach międzynarodowych, jak i na konferencjach krajowych i w dyskusjach Komisji Stomatologicznej NRL. Tymczasem praca w zespole staje się wyznacznikiem nowoczesności i nie ma od niej odwrotu. Współczesna stomatologia jest oparta na

technologiach, które bez pracy zespołowej są niemożliwe do zrealizowania. Często więc świetnie wyposażony gabinet, w którym dysponuje się najnowszymi technikami i materiałami, nie wykorzystuje w pełni swojego potencjału. Remigiusz Caban, stomatolog z Zamościa podkreśla, że w niektórych kręgach definicja zespołu stomatologicznego jest wciąż niewyraźnie zaznaczona. Uważa, że należy to zmienić. – Obecnie lekarz sam nie zbuduje swojej firmy, musi posiłkować się zawodami pomocniczymi, ponieważ stanowią jego siłę, a więc decydują o jego pozycji na rynku usług stomatologicznych – przekonuje Remigiusz Caban. W jego opinii standardy w stomatologii są już wysokie i nie różnicują praktyk dentystycznych pod względem wykształcenia, kwalifikacji lekarzy, zakresu usług, ponieważ są one porównywalne, ale zaczynają się one różnicować zespołami. Rzecz w tym, jak zespół podchodzi do pacjenta, od momentu kiedy on przekracza próg gabinetu, do chwili jego opuszczenia. – Prace dobrze zorganizowanego i wzorowo funkcjonującego zespołu określa sposób zajęcia się pacjentem, poprowadzenie go od początku do końca przez proces leczenia z uwzględnieniem umówienia na wizytę, profilaktyki, edukacji i wykazanie się przy tym empatią – podkreśla Remigiusz Caban. Coraz częściej pacjenci dostrzegają nie tylko to, co dzieje się na fotelu dentystycznym, ale pracę całego zespołu. Ocenia się, że do lekarza należy 60 proc. pracy wykonanej w gabinecie, pozostałe 40 proc. to działania zawodów pomocniczych. Dziś świadczy się usługi w zakresie ortodoncji, endodoncji, protetyki, profilaktyki, implantologii, stomatologii dziecięcej, chirurgii i jakoś tych usług jest osiągnięta nie tylko poprzez wykonywanie zabiegów stomatologicznych na najwyższym poziomie, ale profesjonalną i przyjazną obsługę, budowanie jak najlepszych trwałych relacji z pacjentami i w tych działaniach uczestniczy cały zespół.

Kompetencje i kwalifikacje

Lekarz jako lider organizując zespół stomatologiczny zawsze musi mieć na uwadze kompetencje i kwalifikacje jego poszczególnych członków. We właściwie zorganizowanym zespole każdy powinien mieć precyzyjnie określony zakres obowiązków, znać swoje zadania i miejsce w systemie, by swoimi działaniami móc wpływać na jakość świadczonych usług. Wojciech Ratajczak z Gdańska, członek zespołu NRL ds. praktyk lekarskich mówi, że nie wyobraża sobie pracy bez asystentki i higienistki, która ma bardzo bliski kontakt z pacjentem już podczas pierwszej wizyty. Jej kompetencje i kwalifikacje decydują o poziomie edukacji pacjenta i jego zaangażowaniu w proces leczenia. W praktykach, które mają podpisane kontrakty z NFZ, jest wymagane zatrudnienie asystentki lub higienistki stomatologicznej. – Ideałem byłoby zatrudnianie zarówno asystentki, jak i higienistki, co praktykuje się w większych ośrodkach. W małych gabinetach przeważnie przyjmuje się rozwiązanie pośrednie: albo asystentka, albo higienistka po uprzednim przeszkoleniu kandydatki czy kandydata na to stanowisko w zakresie wykonywania czynności związanych zarówno z asystowaniem lekarzowi przy zabiegach, jak i w kontaktach z pacjentem – tłumaczy Wojciech Ratajczak. Dodaje, że jeśli musiałby wybierać, zatrudniłby wykwalifikowaną higienistkę. Uważa, że jeśli chodzi o kompetencje, jest różnica pomiędzy asystentką

i higienistką. – Jeśli gabinet zajmuje się stomatologią zachowawczą, zatrudnienie asystentki jest wystarczające. Jeśli jest to wieloprofilowa praktyka, zatrudnienie higienistki wydaje się być nieodzowne – podkreśla. Chociaż zespoły stomatologiczne na dobre wchodzą do tej dziedziny medycyny, nie ma odgórnych regulacji nakazujących ich tworzenie ani określających zasady, na jakich powinny funkcjonować. Wszystko zależy od prowadzącego praktykę i jego wyobraźni oraz decyzji. Kryterium, które weryfikuje pracę takiego zespołu, jest zadowolenie pacjentów.

Środowisko pracy zespołowej

Nielatwo stworzyć zespół, który nie tylko razem pracuje, ale też razem umie wypracować sobie renomę wśród pacjentów. Zdarza się, że oddzielnie członkowie zespołu to wysokiej klasy specjaliści, którzy posiadają dużą wiedzę, pracują z poświęceniem, ale nie potrafią wydajnie funkcjonować jako grupa. Lekarze, którym się udało stworzyć dobrze funkcjonujący zespół, radzą by zacząć od jasnej wizji i dobrego planu, a także od stworzenia środowiska pracy zespołowej. Zespoły odnoszące sukcesy pracują dla wspólnych celów i są odpowiedzialne za efektywność i wydajność. Muszą więc być ukierunkowane. Ich członkom należy pokazać możliwości pracy w zespole i dać narzędzia do funkcjonowania jako jedność. Grupę odnoszących sukcesy indywidualistów można przekształcić w zespół, jeśli jej członkowie rozumieją, w jaki sposób ich codzienna praca jest częścią całościowych celów gabinetu. Członkowie zespołu, którzy widzą związek pomiędzy ich pracą a celami gabinetu, są wydajniejsi i bardziej zmotywowani do osiągnięcia sukcesu niż ci, którzy czują się jak kolejni pionierzy w firmie. – Zorganizowanie dobrze funkcjonującego zespołu jest wyzwaniem dla prowadzącego praktykę, ale stomatologiczna młodzież pracę w zespole uważa za standard i im na pewno łatwiej rozumieć cele i zasady, na jakich tworzone są tego rodzaju struktury – tłumaczy Jolanta Smerkowska-Mokrzycka z Opola, przewodnicząca grupy roboczej ds. zawodów pomocniczych w Komisji Stomatologicznej NRL. Uważa, że młodzi lekarze dentyści nie są obciążeni nawykami, tak jak stomatolodzy z dużym stażem i łatwiej im się dostosować do nowych wymogów. Są otwarci na nowoczesne procedury, których nie da się wykonać w gabinecie w pojedynkę. Są już praktyki, gdzie lekarz pracuje z dwiema asystentkami, higienistką, protetykiem. Szczególnie ortodonta i periodontolodzy pracujący na dwa lub trzy unity mają w swoim składzie trzy, a nawet cztery osoby, z których przynajmniej jedna jest higienistką. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka zaznacza, że członkowie zespołu powinni obdarzać się wzajemnym zaufaniem. To zaufanie, wzajemne zrozumienie, życzliwość, to także elementy dobrze funkcjonującego zespołu. Dzięki temu można lepiej radzić sobie z sytuacjami stresowymi i sprawniej się komunikować. Zakładając, że stomatologia będzie się coraz bardziej rozwijać, praca zespołowa z czasem stanie się złotym standardem i zawody pomocnicze zyskają na znaczeniu, a to wiąże się z koniecznością stworzenia dla nich nowej przestrzeni w systemie kształcenia. W odpowiedzi na takie zapotrzebowanie Ośrodek Doskonalenia Zawodowego działający przy NILE dołączył do swojej oferty kursów z kompetencji miękkich warsztaty pt. „Kierowanie zespołem i praca w zespole”. ■

Nielatwo stworzyć zespół, który nie tylko razem pracuje, ale też razem umie wypracować sobie renomę wśród pacjentów. Zdarza się, że oddzielnie członkowie zespołu to wysokiej klasy specjaliści, którzy posiadają dużą wiedzę, pracują z poświęceniem, ale nie potrafią wydajnie funkcjonować jako grupa.



**Małgorzata
Serwach**

Uniwersytet Łódzki

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Coraz częściej zgłaszany przez rodziców sprzeciw na szczepienia dzieci, w związku z możliwością wystąpienia powikłań w postaci tzw. odczynu poszczepiennego, powoduje, że problematyka obowiązkowych szczepień ochronnych jest coraz bardziej aktualna.

Sprzeciw przeciwko szczepieniom sprawia jednak, że rośnie zachorowalność na określone choroby, uznane za niestanowiące już zagrożenia zdrowotnego (ospa, odra), a rodzice organizują tzw. ospa party, w celu zarażenia swojego dziecka od chorującego na ospę innego dziecka. Ogłoszenia o organizacji „ospa party” można nawet znaleźć w internecie na portalach przeciwników szczepień.

Kwestia szczepień ochronnych została uregulowana w postanowieniach ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹ oraz w dwóch przepisach wykonawczych: rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych² oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 stycznia 2015 r. zmieniającym w/w akt prawny³. Istotne jest, że polski system prawny przewiduje dwa rodzaje szczepień: obowiązkowe oraz zalecane. Jak sama nazwa wskazuje, pierwsze z nich nie są uzależnione od swobodnej decyzji konkretnego podmiotu, w przeciwieństwie do szczepień zalecanych, co do których decydujące znaczenie ma swobodna wola każdej osoby. Choroby zakaźne objęte obowiązkowym szczepieniem ochronnym wymienione zostały w §2 rozporządzenia. Należą do nich: błonica, gruźlica, krztusiec, odra, ospa, różyczka, tężec, wścieklizna, świnka, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenie *Streptococcus pneumoniae*, poliomyelitis, wścieklizna oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B. Obowiązkowe szczepienie ochronne musi zostać poprzedzone badaniem lekarskim nazywanym badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego odbycia. Po przeprowadzeniu badania lekarz wydaje odpowiednie zaświadczenie, chyba że zachodzi konieczność specjalistycznej konsultacji. Lekarskie badanie konsultacyjne, podobnie jak samo szczepienie dziecka do 6. r.ż., powinno odbywać się w obecności osoby, która sprawuje nad nim pieczę lub jego opiekuna faktycznego. W przypadku dzieci pomiędzy 6. r.ż. a pełnoletnością czynności te mogą być dokonane po uzyskaniu pisemnej zgody powołanych osób

(opiekun prawny lub faktyczny) oraz informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień. Obowiązkowe szczepienia ochronne i poprzedzające je lekarskie badania kwalifikacyjne, a także konsultacje specjalistyczne u podmiotów ubezpieczonych oraz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń. Obowiązkowe szczepienia ochronne są prowadzone zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu.

Niezależnie od wskazanej powyżej sytuacji, każda osoba może poddawać się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, innym niż obowiązkowe, zwanych szczepieniami zalecanymi. Wówczas pokrywa ona samodzielnie koszty takiego szczepienia, jak i poprzedzającego go badania lekarskiego.

Najwięcej kontrowersji budzą szczepienia obowiązkowe. W praktyce powstaje bowiem podstawowe pytanie, jakie znaczenie ma decyzja rodziców co do zasadności i konieczności dokonania szczepienia i czy ich sprzeciw jest dla lekarza wiążący. W nauce prawa medycznego przeważa zapatrywanie, że w przypadku szczepień obowiązkowych małoletniego zgoda przedstawiciela ustawowego nie jest wymagana, chodzi bowiem o spełnienie prawnego obowiązku. Swoboda wyboru rodziców dotyczy co najwyżej będących do dyspozycji różnych specyfików, włączając w to decyzję co do podania szczepionki skojarzonej⁴. Przedstawiciel ustawowy nie może zatem w zakresie konieczności przeprowadzenia szczepienia obowiązkowego decydować autonomicznie i zgodnie z osobistymi przekonaniem. Władza rodzicielska powinna być bowiem wykonywana zgodnie z dobrem dziecka oraz interesem społecznym (art. 95 k.r.o.).

Podobnie, zgodnie ze stanowiskiem sądów administracyjnych, wynikający z przepisów prawa obowiązek poddania dziecka szczepieniu ochronnemu jest bezpośrednio wykonalny. Jego niedochowanie aktualizuje możliwość wszczęcia postępowania egzekucyjnego, którego rezultatem będzie poddanie

Najwięcej kontrowersji budzą szczepienia obowiązkowe. W praktyce powstaje bowiem podstawowe pytanie, jakie znaczenie ma decyzja rodziców co do zasadności i konieczności dokonania szczepienia i czy ich sprzeciw jest dla lekarza wiążący.

dziecka szczepieniu ochronnemu⁵. Przestrzeganie obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym zostało bowiem zabezpieczone przymusem administracyjnym oraz odpowiedzialnością przewidzianą w kodeksie wykroczeń. Przepis art. 115 § 2 k.w. stanowi, że karze podlega, kto sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje się szczepieniu ochronnemu lub badaniu. Grzywna w celu przymuszenia do wykonania obowiązku może być nakładana kilkakrotnie w tej samej lub w wyższej kwocie. W stosunku do osób fizycznych jednorazowo grzywna nie może przekraczać 10 000 zł. Organami uprawnionymi do egzekwowania obowiązku wynikającego bezpośrednio z przepisów prawa jest Państwowa Inspekcja Sanitarna.

W konsekwencji należy przyjąć, że obowiązkowe szczepienie ochronne jest obligatoryjne w tym znaczeniu, że zgoda rodziców na jego przeprowadzenie ma drugorzędne znaczenie. Jeżeli jednak przedstawiciele ustawowi dziecka odmawiają poddania go takiemu szczepieniu, lekarz powinien odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Jeżeli rodzice nie chcą podpisać braku zgody lub sprzeciwu, wystarczy dokonanie odpowiedniej adnotacji przez lekarza. Wydaje się, że w takim przypadku lekarz powinien także poinformować odpowiednie insty-

tucje, które mogą zastosować w/w środki przymusu prawnego. Trzeba też pamiętać o swoistego rodzaju kontroli prowadzonej przez lekarza rodzinnego. Zgodnie z treścią art. 17 ust 9 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także przedstawić szczepienia zalecane. Konieczność odpowiedniego zawiadomienia powiatowego inspektora sanitarnego dotyczy ponadto lekarza, który podejrzewa wystąpienie u pacjenta odczynu poszczepiennego w ciągu 24 godzin od powzięcia na ten temat wiadomości.

Dokonując oceny obowiązującego stanu prawnego, należy podkreślić, że nie są one wystarczające⁶. Mają one na celu zapewnienie dzieciom zabezpieczenia stanu zdrowia wynikającego z odpowiednich szczepień przy założeniu racjonalności i dorozumianej zgody rodziców. Przy braku ostatniego elementu prawo nie wyposaża lekarza w wystarczające instrumenty, stąd konieczność dokonania przez niego odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. ■

¹ Tekst jednolity Dz.U. 2013, poz. 947.

² Dz.U. 2011, poz. 1086.

³ Dz.U. 2015, poz. 182.

⁴ Takie stanowisko wyraziła m.in. M. Boratyńska, „Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na tle wyroku NSA”, PiM 2013, nr 3-4, s. 68.

⁵ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 1 sierpnia 2013 r. (II CSK 745/12) oraz wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z 21 marca 2013 r. (II SA/PO 96/13).

⁶ Choć w praktyce trudno sobie wyobrazić faktyczny „przymus” wykonania szczepienia dziecku wbrew woli jego rodziców. Stąd trudno znaleźć w tej mierze odpowiednie i skuteczne rozwiązania.

Błąd w sztuce lekarskiej

Opis przypadku

W maju 2010 r. wezwano pogotowie ratunkowe do pacjenta skarżącego się na ból w klatce piersiowej i duszności. Podczas udzielania pomocy lekarz kierujący zespołem PR (obwiniony) zebrał wywiad, z którego wynikało, że w przeszłości pacjent nie leczył się na serce. Wykonano pomiar RR (160/100) oraz badanie EKG; wyniku nie można było wydrukować z powodu zaburzeń pracy aparatu. Podjęto decyzję o przewiezieniu pacjenta do SOR. Podczas przygotowania u pacjenta wystąpiły drgawki, utrata przytomności i objawy nagłego zatrzymania krążenia. Lekarz podjął czynności resuscytacyjne: wentylację za pomocą worka samorozprężalnego i masaż zewnętrzny serca. Przywrócono wydolny własny oddech, ale podczas znoszenia pacjenta po schodach, nastąpiła ponowna trwała utrata oddechu. W czasie udzielania pomocy nie monitorowano chorego, nie zastosowano jakiegokolwiek farmakoterapii. Pacjenta przewieziono do SOR, gdzie po trwającej 45 min reanimacji uzyskano rytm własny. W EKG rozpoznano masywny zawał ściany przedniej. Chory został przekazany do oddziału kardiologicznego, gdzie wykonano zabieg angioplastyki wieńcowej z implantacją stentu, a następnie trafił na OIOM. Do połowy lipca przebywał na oddziale intensywnej terapii, skąd został przekazany do zakładu opiekuńczo-leczniczego. 26 września zmarł.

Postępowanie

Żona zmarłego pacjenta złożyła skargę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który po rozpoznaniu sprawy złożył wniosek do Okręgowego Sądu Lekarskiego w W. o ukaranie obwinionego lekarza. W czerwcu 2012 r. OSL orzekł, że obwiniony lekarz popełnił błąd w sztuce lekarskiej polegający na tym, że w chwili wystąpienia u pacjenta NZK i zatrzymania oddychania nie wykonał intubacji i nie zastosował wsparcia oddechowego, a następnie nie zastosował farmakote-

rapii, co mogło przyczynić się do przeniesienia chorego w stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, co stanowi naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. OSL wymierzył obwinionemu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na 1 rok oraz obciążył kosztami postępowania. Lekarz odwołał się od wyroku i wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez niezawieszenie PWZ lub uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia sądowi I instancji. Naczelny Sąd Lekarski (NSL) uznał odwołanie za zasadne w części dotyczącej wymiaru kary (zbyt surowa) i zmienił na zawieszenie PWZ na 6 miesięcy.

Kasacje

Od tego orzeczenia kasację wniósł Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dowodząc, że orzeczona kara jest sprzeczna z zapisami art. 83 ustawy o izbach lekarskich – powinna być wymierzona w granicach od roku do 5 lat. Sąd Najwyższy (SN) uznając słusność wniosku, w grudniu 2013 r. uchylił zaskarżone orzeczenie w części dotyczącej orzeczenia o karze i zgodnie ze złożonym wnioskiem sprawę w tym zakresie przekazał do ponownego rozpatrzenia NSL, który uwzględniając wskazówki SN, utrzymał w mocy orzeczenie OSL, tj. ustalił wymiar kary jednego roku zawieszenia PWZ. Trzeba tu podkreślić, że NSL podniósł, że orzekając w tym zakresie, brał pod uwagę poprzednią karalność lekarza, a także, że rozważył podkreślane przez obwinionego informacje o jego wysokich kwalifikacjach, o doświadczeniu lekarskim w ratownictwie medycznym. Z takim orzeczeniem nie chciał się pogodzić obwiniony, który przy udziale swojego adwokata, podnosząc kolejne opinie biegłych przedkładane w toczącym się postępowaniu karnym, podważając prawidłowość logiki orzeczeń sądów lekarskich, złożył w grudniu 2014 r. kasację do SN. W maju 2015 r. Sąd Najwyższy oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną, obciążając ukaranego kosztami sądowymi.

Komentarz

Tym razem zarzut dotyczył naruszenia art. 8 KEL, tj. przeprowadzenia leczenia z należytą starannością przy poświęceniu tym czynnościom niezbędnego czasu. Podczas postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, a także przed sądami lekarskimi, lekarz podkreślał swój tytuł naukowy, doświadczenie lekarskie w ratownictwie medycznym, posiadaną specjalizację z zakresie ortopedii i traumatologii. Stał na stanowisku, że jego ocena własna o prawidłowości postępowania, podparta kwalifikacjami, jest wystarczająca do odrzucenia zarzutów i może stanowić podstawę do orzeczenia uniewinniającego, a na pewno do odstąpienia od orzekania wysokiej kary.

Każdy z nas musi jednak brać pod uwagę, że postępowanie będzie oceniane przez innych. Przede wszystkim przez chorego i jego bliskich. Szczególnie postępowanie lekarskie w sytuacjach nagłości i zagrożenia życia będą stanowić

okoliczności do takiej ocenności. Zajmując się czynnościami zogniskowanymi na chorego, nie mając możliwości do udzielania w tym czasie informacji bliskim, będziemy zawsze postrzegani negatywnie w chwili nawet chwilowego pozbawienia chorego naszym bezpośrednim nadzorem czy uwagą. Mając na względzie bardzo szeroką, prowadzoną od lat, z pozytywnym skutkiem, promocję technik resuscytacyjnych, nie możemy nie zauważać słuszności negatywnych ocen w razie niezastosowania znanych już społeczeństwu technik ratowniczych.

Do oceny prawidłowości naszych czynności uprawnieni są nie tylko pacjenci. Prawem (i obowiązkiem) lekarza jest bronić swojego stanowiska. Nie sposób jednak wypierać podczas tej obrony argumentacji przeciwnej. Szczególnie przy nieostrości formuły „wystarczającej” staranności i „niezbędnego” czasu. W przekonaniu Rzecznika zapis art. 8 KEL jest jednak czytelny. Czy nie warto okazać w niektórych sytuacjach pokory? Czy ta cecha nadal powinna być cechą naszego zawodu? ■



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

R12

Nie boją się wyzwań. Latanie i ratowanie życia to ich pasja. Mówi się, że to ludzie pozytywnie zakręcenii. Przez wielu uważani są za jednostki elitarne służb medycznych. Jacy są naprawdę i jak wygląda ich praca? Oto jeden dzień dyżuru w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym.

S iódma rano. Stawiamy się na portierni bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na warszawskim Bemowie. Po chwili pojawiają się dwaj panowie w pomarańczowych kombinezonach. Na jednym ramieniu dostrzegamy naszywkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, na drugim białą-czerwoną flagę.

Czekamy na załogę nocnej zmiany, która o 2:00 poleciała do Białegostoku po poparzonego mężczyznę. Do tej pory nie wrócili. Dlaczego tak daleko, czy tam nie mają śmigłowca? – Warszawa lata całą dobę, a Białystok tylko do 20:00 – informuje pilot Robert Woźniak, dyrektor regionalny Regionu Wschodniego. Pokazuje mapę Polski na jednym z monitorów, gdzie można obserwować ruch i stan wszystkich jednostek. Czerwone punkty to jednostki, które nie mogą startować ze względu na złą pogodę lub usterkę techniczną. – Jeśli śmigłowiec ma usterkę, w ciągu trzech godzin mają dotrzeć do niego mechanicy i w ciągu sześciu godzin ją usunąć. Jeśli nie da się tego zrobić, wysyłamy śmigłowiec rezerwowego. Mamy takich pięć – wyjaśnia dr n. med. Robert Gałązkowski, dyrektor SP ZOZ LPR.

– Nie startujemy przy niskiej podstawie chmur i małej widoczności, ograniczonej przez mgłę. Start uniemożliwia także oblodzenie – dodaje pilot Woźniak. Żółte kółka oznaczają „żółtą pogodę”, czyli warunkową możliwość startu po wcześniejszym skonsultowaniu sytuacji pogodowej z pilotem, to on ostatecznie decyduje, czy maszyna polecie.

LPR dysponuje 17 bazami HEMS (Helicopter Emergency Medical Service): Białystok (R1), Bydgoszcz (R2), Gdańsk (R3), Gliwice (R4), Kielce (R5), Kraków (R6), Lublin (R7), Łódź (R16), Olsztyn (R8), Płock (R18), Poznań (R9), Sanok (R10), Suwałki (R17), Szczecin (R11), Warszawa (R12), Wrocław (R13), Zielona Góra (R15) oraz jedną sezonową bazą w Koszalinie (R22). Cztery z nich mają dyżur całodobowy – to Gdańsk, Kraków, Warszawa, Wrocław.

– Nie akceptuję zakazów typu: nie wolno wzywać śmigłowca, bo to drogie. Drogie jest czekanie, gotowość, a nie sam lot. Podczas godziny lotu zostaje spalone paliwo za 450 zł, podczas gdy gotowość kosztuje ponad 90 proc. całego budżetu firmy. Chcielibyśmy latać jak najczęściej i ratować jak najwięcej ludzi – deklaruje dyrektor Gałązkowski.

Białystok – Warszawa – Łęčna

– Nasz śmigłowiec jest już na lotnisku Chopina w Warszawie – pilot wskazuje punkt R12 na mapie. – Stacjonuje tam samolot transportowy Piaggio P.180 Avanti, którym pacjent miał dotrzeć do Zachodniopomorskiego

Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń w Gryficach. Pojawiły się jednak pewne problemy i samolot nie mógł zabrać mężczyzny – informuje. Jak się później dowiadujemy, Piaggio P.180 Avanti to najszybszy samolot turbośmigłowy na świecie.

– Chodźmy, zaraz będą – słyszę za plecami głos ratownika medycznego Ziemowita „Ziemka” Ławczyńskiego. Wychodzimy na zewnątrz. Niebo zasłoniły ciemne, deszczowe chmury. Jest zimno i mocno wieje, ale to wcale nie przeszkadza, gdy czeka się na HEMS. – Są – mówi pilot, zanim jeszcze cokolwiek my usłyszymy i zobaczymy na niebie. Chwilę później nad głową pojawia się żółta maszyna i rozlega ryk silników. Śmigłowiec zwalnia, obraca się wokół własnej osi i ląduje dokładnie w punkcie H wymalowanym na płycie lotniska.

Najpierw wysiada ratownik medyczny. To takie drugie oczy pilota. Stoi przy śmigłowcu i uważnie obserwuje maszynę, daje sygnał, że wszystko jest w porządku. Potem otwierają się drugie drzwi i wychodzi lekarz. Niesie pod pachą trzy nieduże szare przedmioty i jakieś papiery. Idzie szybkim krokiem. To nie koniec ich pracy. Pytamy o przebieg akcji... – Pacjent ma szansę przeżyć mimo poparzenia 90 proc. ciała. Jedyne stopy ma całe – odpowiada lekarz Mariusz Mioduski. W pośpiechu wpada do bazy i siada do komputera, by spisać raport. – Wyładowaliśmy na Okęciu i mieliśmy przekazać pacjenta załodze samolotu Piaggio. Niestety pojawiły się nieoczekiwane problemy techniczne. Więc karetka zabrała chorego do jednego z warszawskich szpitali, skąd za chwilę zabierze go nasz R12 i przetransportuje do Wschodniego Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Łęcznej, która jest zdecydowanie bliżej niż Gryfice – opowiada. Śmigłowce HEMS odbywają dwa rodzaje lotów: ratunkowe (90 proc.) oraz transportowe (10 proc.). W przypadku tego pacjenta zrealizowane zostaną oba.

W bazie jest spory ruch. Trzeba szybko przekazać zmianę, bo za chwilę śmigłowiec musi być gotowy do startu. – Szpital już czeka. Musimy się pośpieszyć – słychać głos w korytarzu. Ratownicy medyczni wspólnie sprawdzają i uzupełniają wyposażenie medyczne, by nowa załoga wystartowała z kompletnym sprzętem. Robią to z wielką dbałością i w skupieniu. W tym samym czasie pilot przejmujący zmianę tankuje śmigłowiec. Czynność ta trwa dosłownie sekundy. Ile paliwa można wlać przez tę chwilę? – Dystrybutor ma przepustowość 200 litrów na minutę – informuje Robert Woźniak.

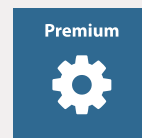
Pogoda się pogarsza. Zaczyna solidnie padać. – Jest sygnał od dyspozytora, lecimy. Niestety, nie możemy nikogo ze sobą zabrać. Pacjent jest zbyt ciężki, waży około 160 kg. Może następnym razem. Wracamy za około

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

– Nie akceptuję zakazów typu: nie wolno wzywać śmigłowca, bo to drogie. Drogie jest czekanie, gotowość, a nie sam lot. Podczas godziny lotu zostaje spalone paliwo za 450 zł, podczas gdy gotowość kosztuje ponad 90 proc. całego budżetu firmy. Chcielibyśmy latać jak najczęściej i ratować jak najwięcej ludzi – deklaruje dyrektor Gałązkowski.

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





3-4 godziny – mówi pilot. Rozlega się sygnał dźwiękowy. Członkowie załogi biorą kaski lotnicze i wychodzą w pośpiechu. Jako pierwszy wsiada pilot, odpala silniki. Tuż za nim lekarz. Ratownik medyczny stoi na płycie lotniska naprzeciwko pilota, czeka. Potem robi rundkę wokół śmigłowca i sprawdza, czy wszystkie drzwi są zamknięte. Startują.

Najgorsze jest czekanie

Wracamy do bazy. Pytam pilota nocnej zmiany, dlaczego z Okęcia nie polecili od razu do Łęcznej. – Tej nocy mieliśmy tylko jeden lot, jednak nie mogłem polecieć z poszkodowanym, ponieważ kończył się mój dyżurowy czas pracy. Nasze normy są przestrzegane bardzo rygorystycznie. Poza określonymi sytuacjami, nie mogę być na zmianie dłużej niż 12 godzin – tłumaczy Arkadiusz Chwastowski. Wpisuje w komputer swój raport. A co w sytuacji, gdy zmiana kończy się, kiedy są daleko od bazy? Załoga musi nocować w najbliższej bazie. Kiedy uziemi ich zła pogoda, jest podobnie. Kiedyś jedna z załóg spędziła trzy doby w innej bazie, gdyż pogoda była na tyle zła, że nie pozwalała na start. W przypadku usterek technicznych także trzeba skorzystać z gościny.

Przyglądam się pilotowi po kilkugodzinnej akcji i pytam, czy jest zmęczony. – Kiedy jestem w akcji, latam, nie odczuwam zmęczenia. Gorzej jest, kiedy muszę siedzieć i czekać na wezwanie – to bardzo męczące. Adrenalina uskrzydla – uśmiecha się. Myślę teraz o lekarzu, który właśnie poleciał i zastanawiam się, czy jego również ta adrenalina uskrzydla. – Ta praca ma sens – przerywa moje zamyślenie pan Arkadiusz. – Łączy dwie piękne, wspaniałe rzeczy: latanie i ratowanie życia – podsumowuje. A czy jest coś, na co mógłby pan narzekać w tej pracy? – Że za mało latam, a uwielbiam to robić – śmieje się. O 8:40 wraca do domu po dyżurze, który zaczął się o 18:00 dnia poprzedniego. Baza pustoszeje, robi się cicho. Jedynie ze stojącej na biurku radiostacji dobiega głos dyspozytora. Mam teraz chwilę, aby popatrzeć dłużej na mapę na monitorze.

9:30 – do lotów HEMS poleciały śmigłowce z Suwałk (R17) i Białegostoku (R1) – ich lot wyznacza czerwona kreska, która z każdym przebyłym kilometrem wydłuża się. Szukam R12. Jest już w miejscu docelowym.

10:10 – do zdarzenia poleciała Zielona Góra (R15). Sanok (R10) i Wrocław (R13) zaznaczone są na żółto, co oznacza warunkową możliwość startu. R12 bez zmian – nadal w Łęcznej.

10:50 – Dyspozytor pyta o R12, czy jest gotowy do lotu HEMS. Odmowa. R12 jest teraz w Lublinie. Zatkanuje i będzie wracać. W tym czasie mimo „żółtej pogody” wystartowała załoga z Sanoka (R10).

11:00 – do zdarzenia wyruszyły załogi HEMS z Płocka (R18) oraz z Suwałk (R17).

11:30 – R12 ląduje w bazie.

Jak przebiegała akcja? Członkowie załogi na razie nie chcą rozmawiać, muszą odtworzyć gotowość do kolejnej misji. Nadal leje. Dowiadujemy się tylko, że podczas lotu musieli omijać burzę. Pospiesznie przechodzą do budynku bazy. Znowu trzeba uzupełnić sprzęt i zatankować, a także wpisać kartę medyczną w system i utworzyć zlecenie. – Ta dokumentacja może być wykorzystywana w postępowaniach sądowych, musi więc być wypełniana rzetelnie. Nie jest bardzo rozbudowana, jednak trzeba poświęcić na jej uzupełnienie trochę czasu – tłumaczy doktor Mioduski.

Papiery, kanapka, lecimy!

Po dopełnieniu wszystkich obowiązków jest chwila oddechu i czas na zjedzenie posiłku. – Lecimy! – przerywa nagle pan Robert. Czołowe zderzenie samochodu osobowego z ciężarówką na północ od Warszawy. Dwóch poszkodowanych: kierowca i pasażer auta osobowego. Ten drugi, 17-latek, jest w gorszym stanie i to właśnie po niego wzywany jest helikopter. – Stan średnio ciężki, nieprzytomny, oddycha samodzielnie, ale ma krwiaka w klatce piersiowej, pękniętą śledzionę i podejrzenie odmy – relacjonuje dyspozytor, który zleca wylot. Komunikaty są krótkie, aby nie przedłużać momentu startu. Tym razem jedna z nas polecie...

13:16 – startujemy. Lot na odległość 36 km.

Maszyna wzbija się w powietrze. Patrę z podziwem, jak wszystko w kabinie wykonywane jest automatycznie, pełen spokój, a jednocześnie maksymalne skupienie. Załoga nie potrzebuje słów, aby się porozumieć. Procedury są znane i doskonałe wyuczone, co pozwala osiągnąć cel – dotrzeć do

Ta praca ma sens – przerywa moje zamyślenie pan Arkadiusz. – Łączy dwie piękne, wspaniałe rzeczy: latanie i ratowanie życia – podsumowuje. A czy jest coś, na co mógłby pan narzekać w tej pracy? – Że za mało latam, a uwielbiam to robić – śmieje się.



poszkodowanego w jak najkrótszym czasie i z zachowaniem najwyższej staranności. Podczas lotu doktor Mioduski komunikuje się z dyspozytorem i dopytuje o stan poszkodowanego. Pilotowi udaje się ominąć burzę. Po kilkunastu minutach jesteśmy na miejscu. Lądujemy dość blisko miejsca zdarzenia, mimo że w pobliżu znajduje się linia wysokiego napięcia. Ratownik medyczny otwiera swoje drzwi, zanim śmigłowiec usiądzie, by zwiększyć pole widzenia i bezpieczeństwo tego manewru.

Na miejscu są już strażacy i karetka, i oczywiście rzesza niezawodnych gapiów. Lekarz wyskakuje ze śmigłowca jako pierwszy i biegnie do poszkodowanych. Ratownik najpierw musi pomóc pilotowi, dopiero potem dołączy do niego. Na miejscu szczegółowe oględziny i decyzja: podwozimy pacjenta do śmigłowca karetką. Po chwili są już w kabinie. Krótka wymiana komunikatów z dyspozytorem i decyzja: chory będzie przyjęty do Szpitala Dziecięcego im. prof. Jana Bogdanowicza przy ul. Niekańskiej w Warszawie, ale placówka nie ma lądowiska, więc najpierw lot do warszawskiego Wojskowego Instytutu Medycznego na Szaserów, a stamtąd transport karetką do celu.

Wzbijamy się znowu w powietrze. Lądujemy na terenie WIM-u, gdzie czeka już karetka, która przejmie pacjenta. Wracamy do bazy na Bemowie.

– Chory, jak się okazało, nie miał odmy, ale krwiak w klatce piersiowej to spore zagrożenie – tłumaczy doktor Mioduski. – Zazwyczaj jednak latamy do poważniejszych wypadków. Poodrywane kończyny, ofiary wypadków komunikacyjnych, oparzenia niemal całego ciała, upadki z wysokości, zawały, udary to dla nas codzienność. W sezonie letnim często dochodzi do wypadków rolniczych, jak na przykład wciągnięcie przez rozrzutnik. Przypadki drastyczne to u nas norma, dlatego nie każdy nadaje się do tego zawodu. Z drugiej strony ta adrenalina i wyzwania, jakie przed nami stają, dają moc do działania – opowiada. Loty do porodów nie zdarzają się, bo na pokładzie śmigłowca są ograniczone możliwości manewru. Gdy jest taka potrzeba, można transportować noworodka w inkubatorze, jednak musi to być lot planowy, bo wymaga zamontowania tego urządzenia w miejsce standardowych noszy, co zajmuje czas.

Do zadań specjalnych

Śmigłowce Eurocopter EC 135, których używa LPR, są jednymi z najnowocześniejszych w Europie, a w ich ostatecznym kształcie swój udział mieli Polacy. Krok po kroku planowali z producentem, jak ma być wykonane wnętrze: np. kabina musi być odpowiednio wysoka, by można było na wyprostowanych rękach uciskać klatkę piersiową.

A jak układa się współpraca ze szpitalami, do których transportowani są pacjenci? – Z jednymi lepiej, z innymi gorzej – mówi doktor Mioduski. – Wybór placówki zależy często od stanu pacjenta i „obłożenia” pracą szpitala. Czasem lecimy z pacjentem do szpitala powiatowego, gdyż wiemy, że tam jest wolna sala operacyjna i szybko otrzyma pomoc. Są jednak przypadki, kiedy niezbędna jest pomoc wysokospecjalistycznej placówki medycznej i wówczas transport odbywa się według tego wskazania – tłumaczy. Właściwie nikt tu na nikogo nie narzeka. Wszyscy są bardzo pozytywnie nastawieni do swojej pracy i warunków, jakie panują. – Nasze działania mogłyby być usprawnione przez lepsze przygotowanie pacjenta do transportu, aby można go było bezpiecznie zabrać na pokład śmigłowca. Pozwala to zaoszczędzić cenne minuty, które decydują o życiu – opowiada doktor Mioduski.

Szczęściarze

Rekrutacja do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego odbywa się rzadko. Jeśli już jest, na jedno wolne miejsce przypada 16 chętnych lekarzy, a w przypadku wakatów ratowniczych jest to sto osób. Obecnie w LPR zatrudnionych jest 120 lekarzy, w bazie na warszawskim Bemowie sześciu. Kadra odbywa regularne szkolenia, zarówno merytoryczne, jak i fizyczne. Uczą się od najlepszych specjalistów medycznych, ćwiczą ze strażą pożarną, GOPR-em i pogotowiem wodnym. Nie boją się wyzwania i chcą ratować ludzi. – Leczenie wyrostka robaczkowego czy złamanego palca nie jest tym, co chciałbym robić. Największą radość daje mi wygrywanie z czasem i zagrożeniem utraty życia – mówi doktor Mioduski. Jest już mocno zmęczony, ale wciąż uśmiechnięty. Kiedy przyszliśmy, był na dyżurze. Teraz dobiega 18:00, przychodzi kolejna zmiana pilota i ratownika, my też wracamy do domu, a on zostaje. ■

Rekrutacja do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego odbywa się rzadko. Jeśli już jest, na jedno wolne miejsce przypada 16 chętnych lekarzy, a w przypadku wakatów ratowniczych jest to sto osób.

BIULETYN

Nr 2 (161) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IV 2015

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 10 kwietnia 2015 r.

UCHWAŁA Nr 5/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 10 kwietnia 2015 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 39 ust. 1, pkt 3, 6 i 8 i art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U.2009, nr 219, poz. 1708 ze zm.) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:

1) art. 32a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) – w zakresie, w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – z **art. 2, art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP**;

2) art. 32a ust. 9 – 11 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) – w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do osiągania minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – z **art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP**;

3) art. 32a ust. 12 – 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) – w zakresie, w jakim zakazują lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także nakładają na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – z **art. 2, art. 17 ust. 1, art. 31 ust. 3 w zw. z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP**;

4) art. 32a ust. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) – w zakresie, w jakim zawarte w tym przepisie wytyczne co do treści rozporządzenia są niewystarczające szczegółowe z punktu widzenia rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w akcie wykonawczym, a także w zakresie, w jakim upoważnienie ustawowe nie przewiduje udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – z **art. 92 ust. 1 oraz z art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**;

5) przepis art. 137 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) – w zakresie, w jakim pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanego dotąd w ramach jego konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawód zaufania publicznego i sprawowania pieczy nad

jego należytych wykonywaniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony – z **art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**.

§ 2.

Upoważnić:

- 1) Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.
- 2) radcę prawnego dra hab. Marcina Matczaka oraz radcę prawnego dra Tomasza Zalasieńskiego z Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka sp. k., Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, a także do udzielania substytucji.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 6/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 10 kwietnia 2015 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Rzecznika Praw Obywatelskich

Na podstawie art. 39 ust. 1, pkt 3, 6 i 8 oraz art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U.2009, nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz art. 9 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity Dz.U.2014, poz. 1648) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Rzecznika Praw Obywatelskich z wnioskiem o zbadanie wybranych przepisów:

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U.2008, nr 164, poz. 1027, dalej: Ustawa o świadczeniach),
- 2) ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014, poz. 1138, dalej: Nowelizacja ustawy o świadczeniach),

pod względem ich zgodności z Konstytucją RP oraz o rozważenie możliwości wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego, celem dokonania kontroli zgodności tych przepisów z Konstytucją RP.

§ 2.

Przekazać Rzecznikowi Praw Obywatelskich następujące wnioski z raportu regulacyjnego sporządzonego dla Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) prace legislacyjne dotyczące Nowelizacji ustawy o świadczeniach były prowadzone w trudnym do uzasadnienia pośpiechu, co pociągnęło za sobą niekorzystne skutki dla jakości i przejrzystości tej regulacji, a także trafności podejmowanych rozstrzygnięć legislacyjnych oraz możliwości ich realizacji w praktyce;
- 2) przepis art. 26 pkt 1 Nowelizacji ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim przewiduje wejście w życie art. 1 pkt 8 lit. c oraz pkt 10, a także art. 15 i art. 23 Nowelizacji ustawy o świadczeniach z dniem jej ogłoszenia w Dzienniku Ustaw jest sprzeczny z wywodzonym z art. 2 Konstytucji RP standardem prawidłowej legislacji, nakazującym dochowanie odpowiedniej *vacatio legis* między ogłoszeniem a wejściem w życie ustawy;
- 3) przepisy art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym także z uwagi na wpływ jaki zróżnicowanie to ma na sytuację pacjentów, są niezgodne z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Ponadto, ze względu na dysfunkcjonalność wyrażonych w tych przepisach norm prawnych w stosunku do celu regulacji, jakim jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, przepisy te są niezgodne z art. 68 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP;
- 4) przepisy art. 32a ust. 9 - 11 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do osiągania minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, są niezgodne z art. 32 w zw. z art. 2, z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, a także w zakresie, w jakim wpływa to na sytuację pacjentów, z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP;
- 5) przepisy art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zakazując lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego w sytuacji nieosiągnięcia przez nich ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, a także nakładając na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, są niezgodne z art. 2 i art. 32 Konstytucji RP. Przepisy te pozostają również w sprzeczności z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP ze względu na ograniczenia w równym dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku leczenia u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który nie osiągnął minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Ponadto, ze względu na dysfunkcjonalność wyrażonych w tych przepisach norm prawnych w stosunku do celu regulacji, jakim jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, przepisy te są niezgodne z art. 68 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP;
- 6) przepis art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach, w związku z nieokreślością wytycznych co do treści rozporządzenia, jest niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Ponadto przepis ten rodzi wątpliwości z punktu widzenia art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP, gdyż nie przewiduje on udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, co dla miarodajnego i obiektywnego określenia ich wartości byłoby uzasadnione. Wątpliwości te wzmacnia dodatkowo fakt, że wprowadzenie minimalnego i indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ogranicza swobodę wykonywania zawodu, w szczególności nieosiągnięcie pierwszego z tych wskaźników pozbawia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej uprawnienia do wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 7) przepisy art. 20 ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim tworzą odrębną listę oczekujących na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach tzw. „szybkiej ścieżki”, a także tworzą grupy pacjentów, z których jedna ma dostęp do nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a świadczenia należne drugiej grupie pacjentów są objęte limitami, tym samym przewidując brak równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, są niezgodne z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP;

- 8) przepisy art. 31lc ust. 1, 2 i 4 Ustawy o świadczeniach, z uwagi na brak określoności w zakresie danych świadczeniobiorców, których przetwarzanie jest niezbędne dla określenia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji taryfy świadczeń, a także podmiotów przekazujących te dane, są niezgodne z art. 2 oraz art. 51 ust. 2 Konstytucji RP;
- 9) przepis art. 137 ust. 2 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim pozbawia Naczelną Radę Lekarską i Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ich konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, narusza art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO NR 2/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 kwietnia 2015 r.**

**w sprawie: ustalania średniej ocen ze studiów przy kierowaniu
do odbycia stażu podyplomowego**

Mając na uwadze, że:

- zgodnie z art. § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. 2014, poz. 474), okręgowa rada lekarska, kierując lekarza, lekarza dentystry do odbycia stażu, uwzględniła w kolejności lekarzy i lekarzy dentystry, którzy ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną
 - uczelnie medyczne w sposób niejednolity obliczają średnią ocen ze studiów
 - wystąpienia Naczelnej Rady Lekarskiej do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz do Ministra Zdrowia w tej sprawie nie przyniosły spodziewanego skutku
- oraz
- uznając za konieczne podjęcie działań mających na celu zapewnienie równego traktowania lekarzy i lekarzy dentystry w zakresie dostępu do wykonywania zawodu,
- Naczelna Rada Lekarska zajmuje następujące stanowisko:

Kierując lekarzy i lekarzy dentystry do odbywania stażu podyplomowego należy uwzględnić średnią arytmetyczną ze wszystkich terminów egzaminów na studiach wskazaną na zaświadczeniu przedstawionym przez kandydata, która w sposób obiektywny obrazuje wyniki osiągnięte w czasie nauki. Zgodnie z art. § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, kierując lekarza, lekarza dentystry do odbycia stażu, okręgowa rada lekarska uwzględniła w kolejności lekarzy i lekarzy dentystry, którzy ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną. W świetle tego przepisu osoby o wyższej średniej ocen mają pierwszeństwo wyboru podmiotu szkolącego, a osoby o niższej średniej muszą liczyć się ze skierowaniem nawet do odległych od miejsca zamieszkania placówek medycznych. Wprowadzenie jednolitej metodologii obliczania średniej ocen ze studiów ma zatem istotne znaczenie, tylko w ten sposób można bowiem zapewnić sprawiedliwy podział miejsc szkoleniowych.

Stosowanie przez uczelnie medyczne niejednorodnych zasad obliczania średniej ocen ze studiów wykazywanej na dyplomie powoduje, że osiągnięte przez absolwentów wyniki na poszczególnych uczelniach nie są porównywalne. Prowadzi to do niesprawiedliwych rozstrzygnięć przy wyznaczaniu miejsc odbywania stażu i nierównego traktowania w zakresie dostępu do wykonywania zawodu.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej przy kierowaniu lekarzy i lekarzy dentystry do odbycia stażu podyplomowego miarodajnym wykładnikiem wyników osiągniętych na studiach na kierunku lekarskim i lekarsko – dentystrycznym będzie zaświadczenie o średniej arytmetycznej ze wszystkich

terminów egzaminów złożonych na studiach wydawane przez uczelnie medyczne. Zaświadczenie takie uczelnia medyczna wydaje na wniosek zainteresowanego absolwenta.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 6/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 kwietnia 2015 r.**

w sprawie podjęcia działań legislacyjnych dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o przywrócenie szpitalnym oddziałom ratunkowym ich właściwej, wskazanej w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, roli w systemie ratownictwa medycznego. Szpitalny oddział ratunkowy jest elementem systemu ratownictwa medycznego i funkcjonuje na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Szczegółowe wymagania dla tego oddziału określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że zarządzenie nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego, w sposób niedopuszczalny rozszerza ustawowy zakres obowiązkowych świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego, o wszelkie inne świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach. Regulacja ta wypacza zadania szpitalnego oddziału ratunkowego i narusza jego pozycję w systemie ratownictwa medycznego.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zarządzenie Prezesa NFZ 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. Naczelna Rada Lekarska po raz kolejny sprzeciwia się praktyce faktycznego modyfikowania regulacji ustawowych aktami niskiego rzędu, jakimi są zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, stwierdzając, że zakłóca to budowanie spójnego i stabilnego systemu ochrony zdrowia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL NR 7/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 kwietnia 2015 r.**

do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych w celu doprecyzowania przepisów dotyczących przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą

Naczelna Rada Lekarska, w związku z pojawiającymi się wątpliwościami co do interpretacji przepisów § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. poz. 182), apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych w celu doprecyzowania tych przepisów w sposób przedstawiony w załączniku.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że komisja konkursowa przeprowadzająca konkurs na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą powinna mieć możliwość powzięcia informacji w przedmiocie karalności kandydata

lekarza lub lekarza dentysty za przewinienia zawodowe. Dotyczy to w szczególności ukarania karą zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na skutek wyroku sądu lekarskiego. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej kandydat będący lekarzem lub lekarzem dentystą już na etapie zgłoszenia do konkursu powinien złożyć oświadczenie, że zakaz taki go nie dotyczy. Brak takiego oświadczenia powinien eliminować kandydata z konkursu.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska proponuje nałożenia na kandydata, będącego lekarzem lub lekarzem dentystą, obowiązku złożenia przed komisją konkursową oświadczenia w przedmiocie ukarania przez sąd lekarski karą, która nie uległa zatarciu. Informacja taka pozwoli komisji w pełni ocenić daną kandydaturę.

W związku z wątpliwościami dotyczącymi sposobu składania dokumentów określonymu w § 12 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia, Naczelna Rada Lekarska apeluje o uchylenie tego przepisu i doprecyzowanie tej kwestii w osobnym ustępie poprzez wskazanie, że kandydat składa kopie dokumentów poświadczające zgodność z oryginałem jego własnoręcznym podpisem. Na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany okazać oryginały tych dokumentów.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik

Projekt

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą

Na podstawie art. 49 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. poz. 182) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12:

a) ust. 1:

- uchyla się pkt 5,

- po pkt 6 dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) oświadczenie, że nie jest objęty zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na skutek wyroku sądu lekarskiego, w przypadku, gdy kandydat jest lekarzem lub lekarzem dentystą”;

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Kandydat składa kopie dokumentów, wymienionych w ust. 1 pkt 2 i 4 poświadczające zgodność z oryginałem jego własnoręcznym podpisem. Na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany okazać oryginały tych dokumentów.”;

2) w § 13 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Kandydat będący lekarzem lub lekarzem dentystą składa oświadczenie o niekaralności za przewinienie zawodowe bądź o ukaraniu orzeczoną przez sąd lekarski karą, która nie uległa zatarciu.”

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**APEL NR 8/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 kwietnia 2015 r.**

do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zmiany regulacji prawnych dotyczących zachowania przez lekarzy uprawnień wynikających z nabytych umiejętności

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu uchwały nr 15 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 roku w sprawie podjęcia działań zmierzających do zmiany regulacji prawnych i administracyjnych dotyczących nabytych przez lekarzy umiejętności, apeluje do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianę zarządzenia nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie, w jakim zawiera postanowienia ograniczające wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy posiadających stosowne uprawnienia.

Naczelna Rada Lekarska uznaje, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2013, poz. 1413) nie uszczuplają praw nabytych lekarzy, ponieważ określają wymagane od lekarzy kwalifikacje w sposób ogólny.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera postanowienia ograniczające wykonywanie niektórych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy posiadających stosowne uprawnienia i w tym zakresie Naczelna Rada Lekarska wnioskuje o dokonanie jego zmiany.

Postanowienia zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. wprowadzają obowiązek posiadania przez lekarzy dodatkowych kwalifikacji potwierdzonych ściśle określonymi certyfikatami w poszczególnych zakresach realizowanych przez nich świadczeń, jak również bezpodstawnie kwestionują umiejętności lekarzy nabyte we wcześniejszych latach w ramach obowiązującego wówczas systemu kształcenia podyplomowego. Stawianie przez Prezesa NFZ dodatkowych wymogów dotyczących kwalifikacji lekarzy, nie znajduje uzasadnienia prawnego, jak również narusza zasadę zachowania dotychczasowych uprawnień lekarzy wynikających z praw nabytych.

Proponowane przez Naczelna Radę Lekarską zmiany zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna mają na celu ujednolicenie sposobu nabycia umiejętności lekarzy poprzez wprowadzenie zapisu o ich uzyskaniu przez odbycie odpowiedniego szkolenia teoretycznego i praktycznego organizowanego przez podmiot spełniający określone w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów. Zapis ten dopuści do realizacji świadczeń ambulatoryjnych wszystkich lekarzy posiadających określone uprawnienia, co powinno istotnie zwiększyć dostępność pacjentów do określonych usług medycznych oraz skrócić czas oczekiwania na te procedury. Projekt zmiany przedmiotowego zarządzenia stanowi załącznik do niniejszego apelu.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

*Załącznik
do apelu nr 8/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 10 kwietnia 2015 r.*

Projekt zmiany zarządzenia:

**Zarządzenie Nr...../2015/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia2015 r.**

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm¹) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadza się następujące zmiany:

1. W załączniku nr 3 część b, w tabeli wymagania dotyczące realizacji ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) Lp. 4 w części 5 dot. kryteria szczegółowe - uzupełniające dotyczące warunków realizacji świadczeń, w odniesieniu do personelu otrzymuje brzmienie:

„Lp. 4 Personel:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii, lub
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub pediatrii, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych, który odbył odpowiednie szkolenie teoretyczne i praktyczne organizowane przez podmiot spełniający określone w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów,
- 3) pielęgniarka z ukończonym kursem z zakresu endoskopii.”

2. W załączniku nr 3 część b, w tabeli wymagania dotyczące realizacji ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) Lp. 5 w części 5 dot. kryteria szczegółowe - uzupełniające dotyczące warunków realizacji świadczeń, w odniesieniu do personelu otrzymuje brzmienie:

„Lp. 5 Personel:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii, lub
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub pediatrii, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych, który odbył odpowiednie szkolenie teoretyczne i praktyczne organizowane przez podmiot spełniający określone w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów,
- 3) pielęgniarka z ukończonym kursem z zakresu endoskopii.”

3. W załączniku nr 8 w tabeli warunków realizacji świadczeń Lp. 3-8 w części 5 dot. uwag, w tym kryteriów szczegółowo-upełniających dotyczących warunków realizacji świadczeń, w odniesieniu do personelu otrzymuje brzmienie:

„Lp.3-8 Personel:

- 1) lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą swoim programem nabycie umiejętności wykonywania badań ultrasonograficznych w określonym zakresie, lub
- 2) lekarz, który odbył odpowiednie szkolenie teoretyczne i praktyczne w zakresie badań ultrasonograficznych dopplerowskich organizowane przez podmiot spełniający określone w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów.”

4. W załączniku nr 8, w tabeli warunków realizacji świadczeń Lp. 16 -20 w części 5 dot. uwag, w tym kryteriów szczegółowo-upełniających dotyczących warunków realizacji świadczeń, w odniesieniu do personelu otrzymuje brzmienie:

„Lp.16-20 Personel:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc lub chirurgii klatki piersiowej, lub
 - 2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub chirurgii onkologicznej
- który odbył odpowiednie szkolenie teoretyczne i praktyczne organizowane przez podmiot spełniający określone w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów”.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Lucyna
Krysiak

Solidarni w potrzebie

Pomoc drugiemu człowiekowi to naturalny odruch, związany z umiejętnością współodczuwania. Pomoc niesiona w ramach solidarności zawodowej jest czymś więcej, bo oznacza dzielenie się z kolegami, z którymi na co dzień współpracujemy, przyjaźnimy się, rywalizujemy.

Los bywa nieprzewidywalny i nigdy nie wiadomo, co komu przyniesie. Dziś wszystko idzie dobrze – jest praca i pieniądze, rodzina. Jutro ktoś z najbliższych ciężko zachoruje, umiera, urodzi się niepełnosprawne dziecko, spłonie dom lub okolicę nawiedzi powódź, za sprawą nieszczęśliwego wypadku w jednej chwili ktoś zostaje inwalidą. Dla lekarza, tego rodzaju zdarzenia są szczególnie traumatyczne, ponieważ wykonywanie tego zawodu wymaga zarówno sprawności fizycznej, jak i odporności psychicznej, ciągłego dokształcania się, a na to potrzeba sił i środków. Jest także grupa lekarzy, którzy z różnych przyczyn są zupełnie sami, nie mają rodziny i mogą liczyć na wsparcie wyłącznie innych osób. Prawdziwym dowodem solidarności zawodowej byłoby, gdyby mogli liczyć na innych lekarzy. W poszczególnych okręgowych izbach lekarskich działają komisje socjalne, które niosą pomoc w różnych sytuacjach losowych, ale do komisji trzeba się zgłosić, a wielu lekarzy nawet nie wie, że jest taka możliwość. Inni uważają, że to dyshonor. Zawsze wpajano im, że lekarz to ten, który niesie pomoc, a nie ten, który jej potrzebuje. A jednak...

Lekarze Lekarzom

W maju 2011 r. Naczelna Rada Lekarska powołała Fundację Lekarze Lekarzom, która w 2015 r. uzyskała status organizacji pożytku publicznego. Zgodnie z założeniami, ma za zadanie udzielać pomocy finansowej lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, przede wszystkim z powodu następstw klęsk żywiołowych i innych nadzwyczajnych okoliczności, w szczególności jej zadaniem jest niesienie pomocy materialnej owidowiałym małżonkom lekarzy, organizowanie wsparcia dla szczególnie uzdolnionych dzieci lekarzy niewydolnych materialnie, prowadzenie działalności w zakresie pomocy socjalnej dla lekarzy emerytów rencistów i innych osób, które z przyczyn obiektywnych nie mogą wykonywać swojego zawodu. Dotąd z tej formy pomocy skorzystało kilkanaście osób. To dużo, czy mało? – Zależy, jak na to spojrzemy. Fundacja jest tworem nowym i młodym, nie zdążyła więc zaistnieć w świadomości środowiska, na razie zdołała dotrzeć ze swoim przesłaniem do garstki lekarzy – tłumaczy Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom. Zaznacza, że fundacja działa na innych zasadach niż komisje socjalne, które dysponują pulą pieniędzy przyznawaną przez Rady Okręgowe w izbach. Środki, któ-

re ma do dyspozycji, to darowizny przekazywane przez lekarzy indywidualnie, pochodzą więc od nich bezpośrednio, a nie z odprowadzanych składek. – Jestem zbudowany przekazywanymi darowiznami, a jeszcze bardziej dyskrecją darczyńców. Pomoc koledze po fachu to kwestia delikatna, nie chcę więc, by potrzebujący wiedzieli, od kogo ją otrzymują, nie chcę naruszać niczyjej godności – mówi Mariusz Janikowski. Wśród darczyńców są osoby, które otwierają w banku stałe zlecenia i regularnie co miesiąc odprowadzają pieniądze na konto fundacji. Za ich sprawą konto nigdy nie jest puste.

Pomoc to temat nietławy

Fundację Lekarze Lekarzom powołano pierwotnie z myślą o stworzeniu narzędzia, które pozwoliłoby przekazać środki dla lekarzy, którzy ucierpieli podczas powodzi w 2010 r. Z czasem zarząd fundacji dostrzegł, że krąg potrzebujących jest szerszy. Wprawdzie lekarzom powodzi się materialnie coraz lepiej, często jednak ma to swoją cenę. Pracują na kilku etatach, biorą wiele dyżurów, a jeśli prowadzą firmy, dzieje się to kosztem urlopu, czasu wolnego i własnego zdrowia. Podkreślić trzeba, że wielu lekarzy starszego pokolenia ma zenująco niskie emerytury i potrzebuje podstawowej pomocy w zakresie opieki zdrowotnej czy społecznej. Wymagają rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego. Jest wiele kontrastów. Obok zamożnych lekarzy, którzy żyją na wysokim poziomie, są i tacy, którzy z trudem wiążą koniec z końcem. Fundacja Lekarze Lekarzom planuje wspierać finansowo inicjatywy samorządu w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej skierowanej do tej grupy. Przewiduje również organizowanie i dofinansowywanie przedsięwzięć edukacyjnych i cele te chce realizować poprzez udzielanie wsparcia finansowego w formie zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych oraz stypendiów, dofinansowywać zabiegi medyczne i rehabilitacyjne, pobyt w sanatoriach lub domach opieki społecznej, organizować pomoc rzeczową. Przykładem takiej pomocy jest doktor z Łodzi (imię i nazwisko utajniono na prośbę rozmówcy), który znalazł się w dramatycznej sytuacji, kiedy jednocześnie stracił pracę, doznał skomplikowanego złamania ręki, a jego żona w tym czasie przebywała na urlopie wychowawczym. Mógłby pracować na umowę zlecenie, mógłby też brać więcej dyżurów, ale złamana ręka to uniemożliwiła. Cała rodzina przez trzy miesiące żyła więc z zasiłku chorobowego, który otrzymywał z ZUS. Gdyby nie

Fundację
Lekarze
Lekarzom
powołano
pierwotnie
z myślą
o stworzeniu
narzędzia, które
pozwoliłoby
przekazać
środki dla
lekarzy, którzy
ucierpieli
podczas
powodzi
w 2010 r.
Z czasem
zarząd fundacji
dostrzegł,
że krąg
potrzebujących
jest szerszy.

pomoc finansowa z własnej okręgowej izby, a później z fundacji, trudno byłoby przeżyć całej rodzinie. – To nie były duże pieniądze, ale na tyle istotne, że mogliśmy przetrwać ten trudny czas, a później stanąć na nogi – wspomina doktor. Dziś ma nową pracę i wszystko powoli wraca do normy. Bardzo sobie ceni pomoc izby i fundacji, która – jak zaznacza – była dla niego i jego rodziny także moralnym wsparciem. – Byłem poruszony solidarnością kolegów lekarzy – mówi. To solidaryzowanie się w potrzebie jest budujące, szczególnie w naszym zawodzie, gdzie często – nadrabiając „chude lata” w pogoni za pieniędzmi mało kto widzi potrzeby i nieszczęścia innych – dodaje doktor.

Złotówka od lekarza

Pomoc ma różne oblicza, często liczy się pomysł, za którym idą konkretne pieniądze. Niektóre izby lekarskie zdecydowały, że raz w roku na konto fundacji będą odprowadzały złotówkę od każdego lekarza. – Byłoby ideałem, aby każda izba podjęła taką inicjatywę, na razie przoduje w tych działaniach izba plocka, wówczas fundacja miałaby zapewnione stałe wpływy i mogłaby lepiej planować działalność – przekonuje do tego pomysłu Mariusz Janikowski. Tłumaczy, że nieszczęścia losowe, które pozbawiają lekarza dobytku i dachu nad głową to jedno, ale są przecież lekarze, którzy rzetelnie wykonują swój zawód, ale zwyczajnie nie mają talentu do zarabiania pieniędzy. Potrafią zarobić na bieżące życie, ale kiedy przychodzi starość lub choroba – a zwykle jedno i drugie – to zwyczajnie sobie nie radzą. – W dzisiejszych czasach, aby zapewnić sobie i swojej rodzinie wysoki status materialny, trzeba być przedsiębiorczym, tego wymaga rynek usług medycznych. Znam lekarzy, którzy tego nie potrafią i w razie nagłych, nieprzewidzianych zdarzeń nie mają środków do życia – mówi Mariusz Janikowski. Fundacja bardzo liczy na empatię tych lekarzy, którym się lepiej powodzi,

wobec potrzeb osób, które boleśnie zostały doświadczone przez życie, a jednocześnie serdecznie dziękują tym, którzy już otworzyli swoje serca na potrzeby innych. Są to ofiarodawcy z całej Polski, a ostatnio fundacja odnotowała stałe wpłaty z Wrocławia, Warszawy, Łodzi, Inowrocławia. Piękną akcję podjęli członkowie motocyklowego klubu DoctoRRiders, którzy wsparli jednego z kolegów, który znalazł się w trudnej sytuacji życiowej. Takie celowane wsparcie to jedna z form pomocy, które fundacja także może rozwijać. Cenna jest każda, nawet symboliczna kwota. – Gdyby oprócz działania fundacji również na crowdfundingu – siłę wielu osób dających nawet niewielkie kwoty (kilkadziesiąt złotych), ale regularnie – np. raz w miesiącu, to daje większe możliwości pomocy, niż znaczne kwoty wpłacane przez niewielu. Może nie mniej ważne byłoby przy tym poczucie, że rzeczywiście jesteśmy prawdziwą zawodową wspólnotą, środowiskiem, które potrafi dbać o siebie nawzajem. Jest blisko 170 tys. lekarzy i lekarzy dentystów. 5 zł miesięcznie wpłacone tylko przez połowę z nas stwarza niewiarygodne możliwości i proszę o takie wsparcie – mówi Mariusz Janikowski. Prezes podkreśla, że działalność fundacji to nie tylko pomoc materialna, to również działalność informacyjna. Wielu lekarzy szuka pomocy w fundacji, nie wiedząc o innych jej formach, w tym z komisji socjalnych okręgowych izb lekarskich. W zależności od rodzaju sprawy, potrzebujący są kierowani do swojej izby – pierwszej instytucji, która może udzielić pomocy. Przykładowo: do fundacji zgłosiła się osoba potrzebująca środków na zakup wskazanego przez siebie elektrycznego wózka inwalidzkiego. Po zapoznaniu się ze sprawą fundacja udzieliła kompletnej informacji, jak uzyskać odpowiedni wózek w centrali sprzętu ortopedycznego, jak należy załatwić dofinansowanie na ten cel, poleciła konsultanta, który zaoferował swoją pomoc, no i.... udało się. ■

Fundacja bardzo liczy na empatię tych lekarzy, którym się lepiej powodzi, wobec potrzeb osób, które boleśnie zostały doświadczone przez życie, a jednocześnie serdecznie dziękują tym, którzy już otworzyli swoje serca na potrzeby innych. Są to ofiarodawcy z całej Polski.



Fundacja jest otwarta i zachęca – jeśli los potrzebujących pomocy Koleżanek i Kolegów nie jest Ci obcy, skontaktuj się z nami: fundacja@hipokrates.org.

Wpłat darowizny można dokonywać na konto Fundacji:

Fundacja Lekarze Lekarzom

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

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

Komornik sądowy przychodzi do lekarza

**Mariusz
Tomczak**

Pani Anna prowadzi indywidualną praktykę lekarską. Na wyposażenie gabinetu zaciągnęła kredyt i choć minęło kilka lat, wciąż ma pokaźny dług, którego nie jest w stanie spłacić. Czy może zapukać do niej komornik?

Kiedy dochodzi do egzekucji?

Nic nie dzieje się z dnia na dzień. Zanim firma lub bank zdecydują się na drogę sądową, z reguły wysyłają wezwanie do zapłaty, choć – o czym warto pamiętać – od kilku lat taki monit nie jest już obowiązkowy w przypadku chęci wejścia w spór sądowy. Żaden komornik sądowy nic nie robi, póki do jego kancelarii nie trafi prawomocny wyrok lub nakaz zapłaty opatrzony przez sąd klauzulą wykonalności. Jego wizyty można spodziewać się nie tylko wtedy, gdy przestajemy spłacać zadłużenie należącej do nas praktyki lekarskiej lub spółki. Komornik czasami zjawia się u osób przejmujących, zwykle nieświadomie, dług w spadku (np. rodzic w chwili śmierci miał niespłaconą pożyczkę lub zalegał z zapłatą czynszu).

Mając w ręku tytuł wykonawczy, komornik może wejść do mieszkania lub innego lokalu dłużnika (np. gabinetu lekarskiego) i przeszukać je nawet wbrew jego woli, np. rozwiercając zamek lub wyważając drzwi. Robi to ślusarz na polecenie komornika i to na jego żądanie może się to odbyć w obecności policjantów. Czynności komornicze są wykonywane w dni robocze i soboty w godz. 7.00-21.00, z tym że rozpoczęte przed 21.00 mogą być kontynuowane, gdyby ich przerwanie utrudniło egzekucję (decyduje o tym komornik). Egzekucja w nocy albo w dni wolne od pracy jest dopuszczalna po uzyskaniu zgody od prezesa sądu rejonowego, pod który podlega komornik.

Dlaczego warto uczestniczyć w postępowaniu sądowym?

Co do zasady, zanim dojdzie do egzekucji i spotkamy się z komornikiem, wcześniej następuje etap sądowy. To przed sądem dłużnik może podnosić wszelkie argumenty na swoją korzyść, przykładowo: że obowiązek nigdy nie powstał, że został wcześniej spłacony, że wierzyciel udzielił mu zwłoki. Czasami bywa i tak, że dług jest przedawniony (w przypadku spraw telekomunikacyjnych przedawnienie upływa już po 3 latach od daty wymagalności faktury). Jest to możliwe, póki postępowanie sądowe trwa, a dłużnik bierze w nim czynny udział. Po zakończeniu postępowania i wydaniu tytułu wykonawczego takiej możliwości już nie będzie.

Komornik nie bada zasadności długu (wniosek sprawdza wyłącznie pod względem formalnym), lecz wykonuje orzeczenie sądowe. W praktyce oznacza to, że nawet jeśli komornik – np. na skutek błędnej decyzji sądu – dokona zajęcia wyposażenia gabinetu, lekarz może wystą-

pić do sądu w ramach tzw. powództwa przeciwegzekucyjnego, ale u samego komornika niewiele wskóra. Za utrudnianie prowadzenia czynności komorniczych grozi grzywna w wysokości nawet 1000 zł.

Jak prowadzona jest egzekucja?

Egzekucja komornicza może być prowadzona z rachunku bankowego (zarówno prywatnego, jak i firmowego), wynagrodzenia za pracę, emerytury czy renty, ruchomości (np. samochody prywatne i firmowe, meble, sprzęt RTV i AGD), nieruchomości (domy i mieszkania) oraz różnych wierzytelności i składników majątku, takich jak akcje czy udziały w spółkach. Mało kto sobie zdaje sprawę z tego, że to wierzyciel, a nie komornik, decyduje, z czego mają być ściągnięte należności, i że to właśnie z wierzycielem, a nie komornikiem, należy negocjować ewentualne umorzenie odsetek czy rozłożenie długu na raty.

Egzekucji podlegają wszystkie rzeczy znajdujące się we władaniu dłużnika i, co ważne, nie musi być on ich właścicielem. Jeżeli jeździ samochodem swoich rodziców, którzy mieszkają w zupełnie innej miejscowości – taki pojazd może zostać zajęty. Również jeśli używa auta swojej żony i to nawet mimo posiadania odrębnej własności. Jeśli zakup sfinansowano za pośrednictwem kredytu czy leasingu – też. Tym niemniej komornik nie może zająć pojazdu, jeżeli jest niezbędny w osobistej pracy dłużnika. W tym miejscu trzeba jednak mocno podkreślić, że zajęcie ruchomości nie jest równoznaczne z jej zabraniem, a od zajęcia do późniejszej ewentualnej licytacji jeszcze dosyć daleka droga.

Podobna sytuacja może się przydarzyć rodzicowi dorosłego syna lub dorosłej córki. Załóżmy, że 25-letni niepracujący obecnie student mieszka z rodzicami i ma niespłaconą pożyczkę. Jeśli dłużnik wskazał taki adres swojego zamieszkania, to komornik może zjawiać się w tym mieszkaniu i, przynajmniej teoretycznie, może coś zająć, mimo że w mieszkaniu nic nie należy do niego.

Zajęte ruchomości i nieruchomości sprzedaje się w drodze licytacji publicznej, aby zaspokoić żądania wierzyciela. Podczas pierwszej licytacji ruchomości daną rzecz można sprzedać za 75 proc. ceny oszacowania, a na kolejnej – za 50 proc. W przypadku zajęcia lokalu określana przez rzeczoznawcę majątkowego cena wywołania wynosi odpowiednio 3/4 i 2/3 sumy oszacowania.

Żaden komornik sądowy nic nie robi, póki do jego kancelarii nie trafi prawomocny wyrok lub nakaz zapłaty opatrzony przez sąd klauzulą wykonalności.

Ile zostanie potrącone z pensji, a ile z emerytury?

W przypadku egzekucji z wynagrodzenia osoby zatrudnionej na umowę o pracę, komornik może potrącić maksymalnie 50 proc. wielkości wynagrodzenia (od zajęcia zwolniona jest równowartość najniższego krajowego wynagrodzenia – obecnie wynosi 1750 zł brutto), po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne i zaliczki na podatek dochodowy. Jeżeli ktoś pracuje na część etatu, to kwota wolna od potrąceń ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu (nawet gdy wynosi mniej niż najniższa krajowa). Więcej, bo aż 60 proc. wynagrodzenia, i to niezależnie od jego wysokości, można zajmować dłużnikom alimentacyjnym. Natomiast w przypadku umów cywilnoprawnych komornik może potrącić nawet całą kwotę (jednak jeśli umowa zlecenia lub o dzieło stanowi wyłączone źródło dochodu dłużnika, wtedy zajęciu podlegają te same kwoty jak w przypadku etatu).

W razie egzekucji z renty lub emerytury komornik zajmie 25 proc. dochodu (po odliczeniu składki na ubezpieczenie zdrowotne i zaliczki na podatek). Wolna od egzekucji jest równowartość 50 proc. najniższej emerytury lub renty. Jeśli chodzi o alimenty, emerytom i rencistom można zająć również 60 proc. otrzymywanego świadczenia. Przy prowadzeniu egzekucji z wynagrodzenia lub świadczeń emerytalno-rentowych komornik zawiadamia zakład pracy, bank, Zakład Ubezpieczeń Społecznych bądź podmiot, na rzecz którego dłużnik świadczy usługi, wzywając do niewypłacania dłużnikowi należnej kwoty, tylko przekazywania jej bezpośrednio do komornika.

Co zrobić, kiedy przyszło pismo od komornika, a chodzi o rzekomo niezapłacony mandat sprzed kilku lat?

Na pewno nie wyrzucać przesyłki do kosza. Należy sprawdzić numer telefonu do kancelarii komorniczej, z której przyszła, i zapytać o tytuł wykonawczy (jest

to orzeczenie sądu, na mocy którego wszczęto egzekucję, wydawane na posiedzeniach niejawnych bez udziału stron). Jeżeli wcześniej nie dotarło żadne zawiadomienie z sądu, to w ciągu 7 dni od odebrania pierwszego listu od komornika należy złożyć osobiście w sądzie lub wysłać listem poleconym: wniosek o przywrócenie terminu do złożenia sprzeciwu, sprzeciw oraz wniosek o uchylenie postanowienia o nadaniu klauzuli wykonalności (można skorzystać z pomocy prawnika albo wypełnić je samodzielnie, korzystając z wzorów formularzy dostępnych w internecie).

W uzasadnieniu trzeba przedstawić wiarygodne dowody świadczące o tym, że to pomyłka, bądź że to nie z naszej winy nakaz zapłaty nigdy nie dotarł. Pamiętajmy, że nieodebranie listu nie oznacza wstrzymania biegu sprawy – doręczenie uważa się za dokonane z upływem ostatniego dnia 14-dniowego okresu, w którym był możliwy odbiór przesyłki na placówce pocztowej, a dwukrotna awizacja wywołuje takie same skutki prawne, jak pismo odebrane.

Kiedy postępowanie egzekucyjne zostaje umorzone?

Na wniosek wierzyciela – zawsze, a przez komornika wtedy, gdy stwierdzi, że dłużnik nie pracuje i nie dysponuje żadnym majątkiem (np. miał poważny wypadek i leży w szpitalu) i w danym momencie nie da się egzekwować żadnych należności. Umorzenie jednak nie oznacza, że dług znika. Termin przedawnienia mija dopiero po 10 latach i przez cały ten okres postępowanie można wszcząć na nowo, a odsetki przez cały ten czas rosną. Wierzycielowi zawsze wolno upomnieć się o swoje pieniądze, a ponowne wszczęcie postępowania egzekucyjnego sprawia, że 10-letni termin przedawnienia zaczyna biec od nowa. Warto o tym pamiętać, bo praca komornika sądowego polega przede wszystkim na tym, że – nie jak często mylnie się sądzi – komuś coś zabiera, lecz, że oddaje. ■

Egzekucji podlegają wszystkie rzeczy znajdujące się we władaniu dłużnika i, co ważne, nie musi być on ich właścicielem. Jeżeli jeździ samochodem swoich rodziców, którzy mieszkają w zupełnie innej miejscowości – taki pojazd może zostać zajęty.

Kiedy komornik może zająć unit dentystyczny?

Załóżmy, że zadłużony lekarz dentysta prowadzi praktykę w miejscu nienależącym do niego. Sprawy zaszyły na tyle daleko, że komornik najpierw zajął jego rachunek bankowy, a następnie pojawił się w miejscu pracy dłużnika, gdzie – jako jedna z kilku osób – ma zarejestrowaną działalność leczniczą i gdzie – razem z innymi lekarzami – przyjmuje pacjentów. Czy w świetle obowiązujących przepisów komornik może zająć unit dentystyczny, przy którym zastał stomatologa, oraz inne mienie znajdujące się w gabinecie (np. narzędzia), a nienależące do zadłużonego? Odpowiada Monika Janus, rzecznik prasowy Krajowej Rady Komorniczej, komornik sądowy przy Sądzie Rejonowym w Wałbrzychu.

– Przede wszystkim zwracam uwagę na to, iż zajęcie ruchomości nie oznacza jej zabrania czy odebrania. Komornik dokonuje zajęcia przez wpisanie do protokołu zajęcia, naklejenie nalepki ujawniającej fakt dokonania czynności oraz oddanie pod dozór u osoby, u której nastąpiło zajęcie.

Tylko z ważnych przyczyn komornik może powierzyć sprawowanie dozoru innej osobie, np. gdy dłużnik grozi, że usunie ruchomość spod zajęcia. Co do samej czynności to komornik, stosownie do przepisu art. 845 kpc, co do zasady, dokonuje zajęcia ruchomości u osoby, która tą ruchomością włada, przy czym komornik nie ma uprawnienia do badania i oceny własności zajętej ruchomości. Na podstawie stwierdzenia władania, może ruchomość zająć.

Dłużnik przy zajęciu lub niezwłocznie po nim, w celu zabezpieczenia interesów właściciela musi podać komornikowi, do kogo należy zajęta ruchomość, ze wskazaniem danych personalnych i adresowych. Następnie komornik zawiadamia tę osobę trzecią o zajęciu, poczynając, że służy jej prawo do wniesienia środka do sądu w postaci powództwa o zwolnienie. W powództwie tym sąd dopiero bada status własności ruchomości i w zależności od oceny zwalnia rzecz spod zajęcia lub czynność komornika utrzymuje. ■





**Alicja
Romaszek**



**prof. dr
hab. n. med.
Roman Nowicki**

Kierownik
Katedry i Kliniki
Dermatologii,
Wenerologii
i Alergologii
Gdańskiego
Uniwersytetu
Medycznego

Sponsorem
serwisu jest



Terbinafina w leczeniu grzybicy paznokci

Najczęstszą infekcją grzybiczą skóry i jej przydatków jest grzybica paznokci. W badaniu przeprowadzonym w Gdańsku w 2010 roku wykazano, iż najczęstszą postacią kliniczną zakażenia jest grzybica płytek paznokciowych stóp (54%), następnie grzybica paznokci rąk (21%) oraz grzybica skóry gładkiej (8%).

EPIDEMIOLOGIA

Najczęstszą przyczyną grzybic paznokci są grzyby dermatofitowe, wśród nich głównie *Trichophyton rubrum* i *Trichophyton mentagrophytes varietas interdigitale*, które stanowią ponad 80% wszystkich czynników etiologicznych grzybicy paznokci. Grzyby drożdżopodobne są zwykle rozpoznawane w obrębie paznokci rąk. We wspomnianym badaniu przeprowadzonym w Gdańsku stwierdzono, że *Candida albicans* jest patogenem w 24% przypadków grzybic, z czego 47,9% stanowi aparat paznokciowy rąk, 26,8% aparat paznokciowy stóp, 7,4% śluzówki jamy ustnej, 7,4% skóra stóp. Grzyby pleśniowe zaś wyhodowano głównie z paznokci stóp i stanowiły one 2,8% wszystkich stwierdzonych grzybic. Najczęściej stwierdza się *Scytalidium (Hendersoniella) dymidatum* (nie w Europie) i *Scopulariopsis brevicaulis*.

OBRAZ KLINICZNY

Obraz kliniczny zakażeń grzybiczych możemy podzielić ze względu od miejsca, w którym rozpoczął się proces chorobowy. Wyróżniamy: dystalną i boczną podpaznokciową onychomikozę (DSLO – Distal and Lateral Subungual Onychomycosis), proksymalną onychomikozę podpaznokciową (PSO – Proximal Subungual Onychomycosis), powierzchowną białą onychomikozę (SWO – Superficial White Onychomycosis), wewnątrzpaznokciową onychomikozę (EO – Endonyx Onychomycosis) oraz całkowitą dystroficzną onychomikozę (TDO – Total Dystrophic Onychomycosis). Jeżeli zostanie wysnute podejrzenie wystąpienia grzybicy paznokci, należy wykonać badanie mikologiczne. Nie można kierować się jedynie obrazem klinicznym, gdyż może on zależeć od wieku pacjenta, stanu jego zdrowia, pracy zawodowej oraz od stosowanych leków. Tylko zidentyfikowany czynnik etiologiczny umożliwi wdrożenie odpowiedniej terapii.

LECZENIE

Ogólnie uznanym sposobem leczenia grzybic jest terapia systemowa. Jednakże przy minimalnym zajęciu płytki paznokciowej oraz przy przeciwwskazaniach do leczenia ogólnego możemy zastosować jedynie terapię miejscową. Do miejscowych preparatów zaliczamy: cyklopiroks, amorolfinę, bifonazol i 40% mocznik. W leczeniu doustnym stosuje się: terbinafinę, itakonazol i flukonazol. Terbinafinę stosuje się przez 6 tygodni w dawce 250 mg/dobę w grzybicy paznokci rąk, przy zajętych paznokciach stóp, dawkę się utrzymuje przez 12 tygodni. Itakonazol może być stosowany w terapii pulsowej i ciągłej. Możemy podawać lek w dawce 200 mg/dobę przez 6 tygodni w grzybicy paznokci rąk i 12 tygodni w grzybicy stóp. W terapii pulsowej podajemy lek w dawce 2 razy dziennie 200 mg przez 7 dni w ty-

godniu. W przypadku grzybicy paznokci rąk stosuje się 2 pulsy, w grzybicy paznokci stóp – 3 pulsy. Flukonazol stosowany jest w dawce 150 mg/tydz. przez 3 miesiące dla grzybicy paznokci rąk, a przez 6 miesięcy dla grzybicy paznokci stóp. Zaleca się łączenie terapii miejscowej z terapią systemową, wówczas leki doustne stosuje się krócej, np. terbinafinę stosujemy przez 8 tygodni, a nie jak w monoterapii przez 12 tygodni.

TERBINAFINA – SKUTECZNY LEK

Terbinafina to aliloamina cechująca się działaniem grzybobójczym, w przeciwieństwie do pochodnych azolowych (m.in. itakonazolu, ketokonazolu, flukonazolu) i gryzeofulwiny, które mają działanie grzybostatyczne. Wykazano, iż w badaniach in vitro terbinafina cechuje się szerokim spektrum działania. Lek ten wykazuje silne działanie grzybobójcze w stosunku do wszystkich patogennych dla człowieka gatunków dermatofitów oraz wielu grzybów pleśniowych i grzybów drożdżopodobnych. W badaniu Ellisa i wsp. zaobserwowano, że w przypadku zakażeń mieszanych najważniejsza jest eradykacja dermatofitu, gdyż grzyby niedermatofitowe zazwyczaj stanowiły florę dodatkową, nie mającą większego znaczenia. Przy stosowaniu terbinafiny odsetek wyleczeń mikologicznych stanowił 94%.

Havu i wsp. przeprowadzili porównawcze badanie terbinafiny i flukonazolu. Przeanalizowano 3 grupy chorych: grupa I otrzymywała terbinafinę w dawce 250 mg/dzień przez 12 tygodni, grupa II leczona była flukonazolem raz w tygodniu w dawce 150 mg przez 12 tygodni, w grupie III zaś leczenie flukonazolem utrzymowano do 24 tygodni. W grupie osób leczonych terbinafiną odsetek wyleczeń mikologicznych stanowił 89% chorych, w grupie II i III leczonych flukonazolem odsetek wyleczeń stanowił 51% i 49%. Różnica pomiędzy pacjentami leczonymi terbinafiną a chorymi, u których stosowano flukonazol, była istotna statystycznie ($p < 0,001$). Obecnie uważa się, że skuteczność działania terbinafiny i itakonazolu w przypadku dermatofitowej onychomikozy jest podobna. Nie mniej w 2004 roku została przeprowadzona meta-analiza, w której wykazano, iż średni odsetek wyleczeń po terbinafinie stanowi 76%, w porównaniu z 63% wyleczeń po stosowaniu terapii pulsowej itakonazolem. Należy również podkreślić, że terbinafina może być stosowana przez dzieci oraz przez osoby starsze. Poprzez minimalne działanie na układ cytochromu P450, terbinafina (w przeciwieństwie do itakonazolu) w zasadzie nie wchodzi w interakcje z innymi lekami, z wyjątkiem ryfampicyny i cymetydyny.

WNIOSKI

Terbinafina to skuteczny preparat w leczeniu zakażeń dermatofitowych, niedermatofitowych oraz w przypadku flory mieszanej. Jest to substancja dobrze tolerowana przez pacjentów, rzadko wchodzi w interakcje z lekami, dzięki czemu może być bezpiecznie stosowana w grupie osób starszych, których najczęściej dotyka problem zakażeń grzybiczych paznokci.

Piśmiennictwo u autorów.

Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści w roku 2015

**Romuald
Krajewski**

Od co najmniej kilku lat mówi się w mediach, że w Polsce jest mało lekarzy, jeszcze mniej lekarzy specjalistów i bardzo mało lekarzy dentyistów specjalistów, a pielęgniarek bardzo mało. Badania przeprowadzone przez okręgowe izby lekarskie wskazywały, że w licznych specjalnościach większość to lekarze starsi i że po zaprzestaniu wykonywania przez nich zawodu specjalistów będzie jeszcze mniej.

Czy tak jest rzeczywiście? Czy demografia specjalistów rzeczywiście daje powody do niepokoju? Czy problemem jest tylko ograniczony przez publiczny system dostęp do świadczeń? Aby na takie pytania odpowiedzieć, trzeba przyrzeć się, jak wygląda demografia lekarzy i lekarzy dentyistów obecnie wykonujących zawód, ilu ich przybywa, ilu ubywa i na tej podstawie można przewidywać, co czeka nas w następnych latach.

Takie analizy nie odpowiedzą na pytanie, ilu specjalistów „powinno być”. Tego po prostu nie wiemy, bo zapotrzebowanie zależy od podziału kompetencji pomiędzy specjalnościami i zawodami, organizacji pracy, zwyczajów, kontraktów. Można porównywać nasze wskaźniki z innymi krajami, ale nadal bardzo dużo będzie zależało od organizacji ochrony zdrowia. Badania potwierdzają jednak, że polscy pacjenci zdecydowanie oczekują, że będą leczeni przez specjalistów. Wiemy też o zmianach demograficznych społeczeństwa, które będą powodowały szybki wzrost zapotrzebowania na opiekę medyczną. Nawet jeżeli nie wiemy, ilu specjalistów potrzebujemy w poszczególnych dziedzinach, ogólnie już jest ich za mało, wkrótce będziemy potrzebowali ich więcej i jeżeli nic się nie zmieni, brak będzie coraz bardziej dotkliwy. Przede wszystkim dla pacjentów, ale i dla lekarzy, którzy już pracują bardzo dużo, często zdecydowanie za dużo.

Brak personelu to bardzo ważny problem systemu ochrony zdrowia. Wbrew medialnym sensacjom o tym, jak znakomicie powodzi się lekarzom i lekarzom dentyistom, Polska nie jest atrakcyjnym miejscem pracy w tych zawodach i prawo wykonywania zawodu w Polsce otrzymuje tylko około 90 lekarzy z zagranicy rocznie, w tym kilka osób z krajów UE. Za to wyjeżdża do pracy za granicą około 10 razy więcej. Musimy więc liczyć na siebie, na polskich lekarzy. Tym bardziej, że braki lekarzy występują już w licznych krajach, nawet w tych, które wydają się

nam bardzo atrakcyjnym miejscem pracy. Te kraje będą łatwo przyciągały lekarzy z krajów, w których praca nie jest atrakcyjna z jakiegokolwiek powodu (np. niezadowalające wynagrodzenia, biurokracja, trudności w rozwoju zawodowym, złe warunki pracy, roszczeniowość i obwinianie lekarzy za błędy źle zorganizowanego i niedofinansowanego systemu).

W dyskusjach o demografii środowiska lekarskiego zwraca się też uwagę na problemy związane z czasem pracy. W Polsce, podobnie do innych krajów Unii Europejskiej, zabezpieczenie potrzeb pacjentów byłoby niemożliwe, gdyby uczciwie stosować się do obowiązujących przepisów. Ale dla bezpieczeństwa chorych i pracowników normy czasu pracy na pewno będą coraz ściślej przestrzegane. W Polsce, tak samo jak w innych krajach, lekarze coraz mniej będą chętni pracować po 80-100 godzin tygodniowo. Duży udział kobiet i osób starszych wśród specjalistów także spowoduje skrócenie czasu pracy. W efekcie odczuwany brak specjalistów nasili się jeszcze bardziej.

OECD podaje, że w Polsce lekarzy jest 2,2 na 1000 osób przy średniej OECD wynoszącej 3,2. Czesi mają 3,6 a z krajów, w których pracuje dużo lekarzy z Polski w Niemczech wskaźnik ten wynosi 3,8, a w Wielkiej Brytanii 2,8. W obu tych krajach od 2000 r. lekarzy znacznie przybyło (w Niemczech 18%, w UK 43%), w Polsce według OECD nie przybyło i dane z rejestru dotyczące lekarzy wykonujących zawód to potwierdzają. OECD podaje, że w roku 2007 lekarzy dentyistów było w Polsce 0,35 na 1000 osób i również ta liczba jest znacznie mniejsza niż średnia OECD wynosząca 0,61.

Dane OECD wskazują na znany problem polegający na trudności w ustaleniu, na jakich danych należy się oprzeć. Polski samorząd lekarzy dysponuje bardzo dobrym rejestrem lekarzy i lekarzy dentyistów i na tych danych oparte są nasze opracowania. Wykazują one jednak stan rejestru, a nie

Różnice średniego wieku lekarzy specjalistów pomiędzy poszczególnymi specjalnościami są bardzo duże. Dlatego sytuację każdej specjalności należy rozpatrywać oddzielnie.

to, co członkowie izb lekarskich rzeczywiście robią. Na przykład nie mamy informacji, w jakiej specjalności pracują, jeżeli posiadają ich więcej niż jedną, czy udzielają świadczeń finansowanych przez NFZ, czy praktykują prywatnie, czy pracują w obu systemach, w jakim wymiarze czasowym. Takie dane są łatwiej dostępne na szczeblu lokalnym i na przykład Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku regularnie je publikuje. Różnice pomiędzy danymi z różnych źródeł mogą być znaczne, a dane pozornie sprzeczne, ale najczęściej wynikają z odmiennego charakteru gromadzonych informacji.

Lekarzy, którzy są specjalistami (czyli posiadają przynajmniej jedną specjalizację 2. stopnia albo tytuł specjalisty) albo posiadają specjalizację 1. stopnia, jest 102 437 i stanowią oni 79% wśród 128 906 lekarzy wykonujących zawód. Wśród lekarzy dentystów jest to odpowiednio 15 162 i stanowią oni 44% z 34 850 lekarzy dentystów wykonujących zawód. Lekarzy posiadających jedynie jedną lub więcej specjalizacji 1. stopnia jest 16 841, zaś lekarzy dentystów 8871. Zgodnie z przyjętą powyżej definicją specjalisty nieobejmującą osób posiadających tylko specjalizację 1. stopnia, lekarzy specjalistów jest 85 596, zaś lekarzy dentystów specjalistów jest 6291. 18 403 lekarzy posiada specjalizację 1. stopnia w jednej z dziedzin i specjalizację w innej (jednej lub więcej). Wśród lekarzy dentystów takich osób jest 2828. Specjalizacji dwustopniowych od 2000 r. już nie ma i liczba specjalistów 1. stopnia będzie stale malała.

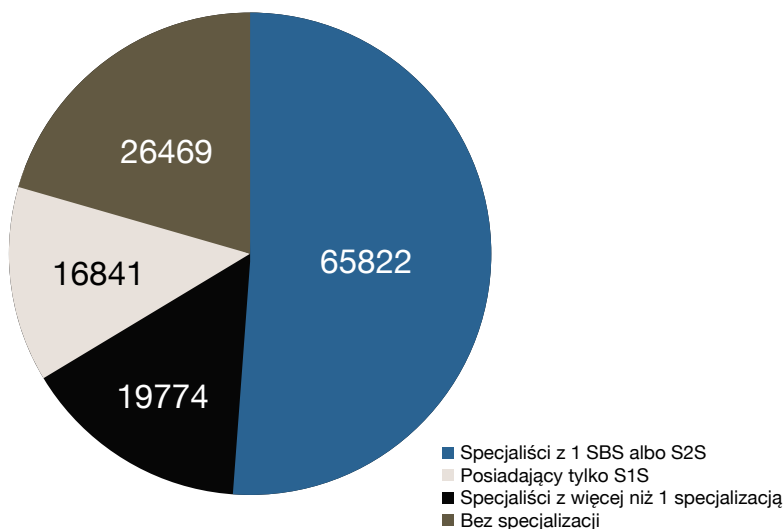
Część lekarzy i lekarzy dentystów posiada więcej niż 1 specjalizację. Dlatego liczba posiadanych przez lekarzy specjalizacji i specjalizacji 1. stopnia wynosi 141 190, a przez lekarzy dentystów 18 070. Wśród 85 596 lekarzy specjalistów 65 822 posiada tylko 1 specjalizację, a wśród 6291 lekarzy dentystów specjalistów posiadających tylko 1 specjalizację jest 6034.

Ryciny 1 i 2 przedstawiają udział specjalistów i osób posiadających tylko specjalizację 1. stopnia w ogólnej liczbie wykonujących zawód. Wskazują one, że większość lekarzy posiada specjalizację podczas gdy wśród lekarzy dentystów przeważają osoby bez specjalizacji. Zapewne wynika to przede wszystkim ze wspomnianego dużego zapotrzebowania na lekarzy specjalistów i z mniejszego znaczenia specjalizacji w praktyce stomatologicznej.

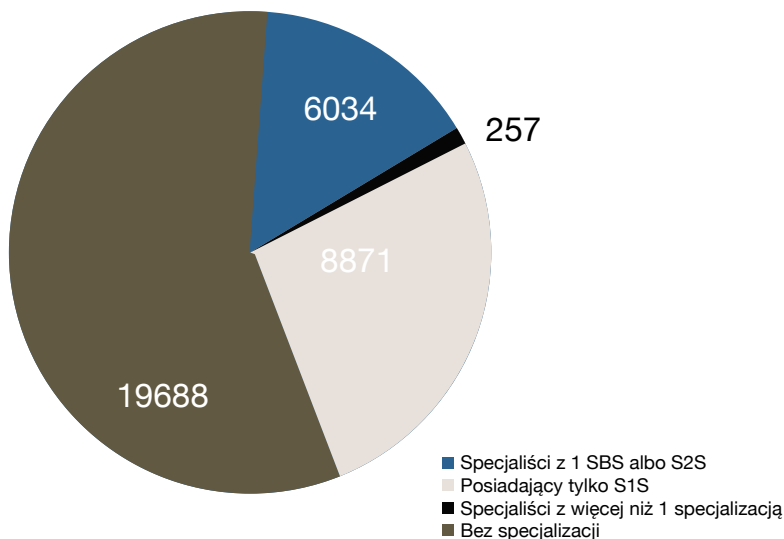
Średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi 49,5 lat, zaś lekarza dentysty 47,1 lat. Dla specjalistów wynosi on 54,5 lat zarówno wśród lekarzy, jak i lekarzy dentystów. Orientacyjne porównanie wieku lekarzy wykonujących zawód z wiekiem społeczeństwa jest możliwe tylko dla grup wiekowych 25-70 lat i wskazuje, że lekarze są średnio o 2 lata starsi, a lekarze dentyści są średnio w takim samym wieku jak odpowiadająca tym grupom wiekowym populacja Polski. Różnice średniego wieku lekarzy specjalistów pomiędzy poszczególnymi specjalnościami są bardzo duże. Dlatego sytuację każdej specjalności należy rozpatrywać oddzielnie.

W następnych artykułach zostaną przedstawione dane o zmianach liczby lekarzy, lekarzy dentystów i specjalistów oraz zmiany przewidywane w ciągu najbliższych 10-20 lat. Bardzo dobrze byłoby rozpocząć już teraz dyskusję o działaniach, które trzeba podjąć, aby odczuwany brak lekarzy i specjalistów przynajmniej nie zwiększał się. Demografia jest nieubłagana. Jeżeli nie podejmie się szybko działań, nie da się uniknąć efektów niekorzystnego profilu demograficznego, a każde podjęte działanie da efekty dopiero za 10-15 lat. Już przedstawione powyżej ogólne dane wskazują, że demografia środowiska lekarzy jest niekorzystna. Analizy zmian liczby lekarzy, które będą tematem następnego artykułu, potwierdzają to. Obawy o dostępność opieki lekarskiej i stomatologicznej oraz o bezpieczeństwo pacjentów są uzasadnione. ■

Ryc. 1. Lekarze wykonujący zawód



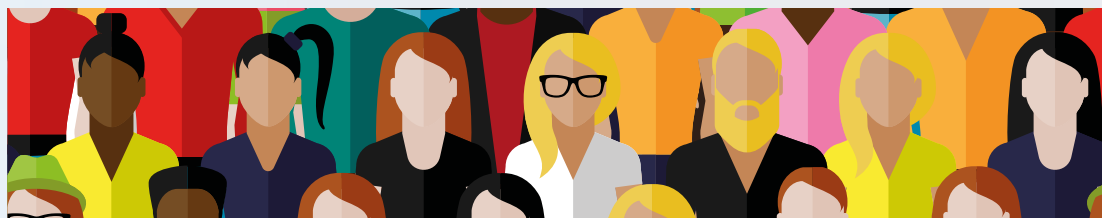
Ryc. 2. Lekarze dentyści wykonujący zawód





**Maria
Domagała**

Zdrowie publiczne – priorytety XXI wieku



Zdrowotna edukacja i promocja, prewencja wtórna, medycyna pracy, a także wyrównywanie różnic ekonomicznych – gdyż mniej biedy, bezrobocia i lepsza edukacja to lepsze zdrowie – takie obok walki z chorobami i starań o bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne* są priorytety zdrowia publicznego w XXI w. W różnych krajach akcenty rozkładają się różnie, ale w sumie cele są takie same.

Cele zdrowia publicznego wytyczają we Francji 5-letnie narodowe programy, dedykowane np. nowotworom, przemocy, uzależnieniom, ryzykowym zachowaniom, jakości życia w chorobach przewlekłych i rzadkich (aż 100 szczegółowych celów). Programy edukacyjne inicjują władze centralne, uczestniczą regiony, wykonawcami usług są różne podmioty. Pomaga im prawo.

W Niemczech edukację zdrowotną i promocję zdrowia finansują kasy chorych; przeznaczają na to 4,33 euro rocznie na ubezpieczonego. Ze świadczeń korzystają głównie przedszkola i szkoły (promocja aktywności fizycznej i zdrowej diety), w sumie 12 mln osób i 30 tys. instytucji. Za kampanie na rzecz zmiany stylu życia, prewencji uzależnień, chorób przewlekłych (w tym HIV), edukacji seksualnej, planowania rodziny, pomocy w radzeniu sobie ze stresem odpowiada federalne centrum edukacji zdrowotnej.

W Anglii narodowe programy zdrowia obligują lokalne władze do prewencji chorób, promocji zdrowia, redukcji nierówności w zdrowiu. Cel: zdrowsze życie i jak najdłużej trwająca sprawność. Priorytety: redukcja chorób odalkoholowych, otyłości dzieci, śmiertelności niemowląt, nierówności w zdrowiu, ciężkich chorób, poprawa zdrowia reprodukcyjnego, lepsza reakcja na przemoc, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Ocenie skuteczności działań służą wskaźniki: oczekiwana długość życia, liczba palących, niezależność niepełnosprawnych, dostęp do terapii psychologicznych.

W Danii 10-letni narodowy program zdrowia publicznego „Zdrowo przez całe życie” z 1999 r. zakładał redukcję cukrzycy typu 2, raka, POChP, osteoporozy, chorób serca i psychicznych – głównie przez zapobieganie. Narodowa strategia (2009) akcentuje rolę gmin w profilaktyce. Dzięki edukacji zdrowotnej każdy umie lepiej troszczyć się o zdrowie sam, o czym świadczy poprawa wskaźników: wzrosła oczekiwana długość życia i liczba lat w zdrowiu, spadła liczba palących, otyłych, ofiar wypadków śmiertelnych.

Cele zdrowia publicznego wytyczają we Francji 5-letnie narodowe programy, dedykowane np. nowotworom, przemocy, uzależnieniom, ryzykowym zachowaniom, jakości życia w chorobach przewlekłych i rzadkich (aż 100 szczegółowych celów). Programy edukacyjne inicjują władze centralne, uczestniczą regiony, wykonawcami usług są różne podmioty. Pomaga im prawo: w 2009 r. ustawowo ograniczono dostęp młodzieży do alkoholu i tytoniu, wprowadzono edukację terapeutyczną dla chorych przewlekle.

W Hiszpanii usługi tego typu włączono do zadań lekarzy rodzinnych i pielęgniarek. Strategie opracowuje krajowa grupa robocza ds. promocji zdrowia. Na przykład strategia edukacyjna „Więcej zdrowia dla młodych” obejmuje wszystkie lata szkolne. W podstawówkach tematy promocji zdrowia to odżywianie, zdrowie stomatologiczne, w szkołach średnich – edukacja seksualna, używki, narkotyki. Krajowe kampanie na rzecz ograniczenia spożycia alkoholu i tytoniu to domena urzędu zdrowia publicznego w MZ, za bezpieczeństwo drogowe odpowiada MSW. Efekty pierwsze z brzegu: wyraźny spadek liczby palaczy i śmiertelnych ofiar wypadków drogowych (z 5400 do 2800 w latach 2003–2008).

W Estonii w latach 90. programy promocji zdrowia finansowało powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowano ok. 2 tys. projektów. Obecnie ich finansowanie przejęło państwo i przekształciło w krajowe strategie – np. profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, HIV/AIDS, raka, gruźlicy, uzależnień.

Na Węgrzech działania z zakresu zdrowotnej prewencji pierwotnej i edukacji dla rodzin i szkół koordynuje naczelna pielęgniarka państwowej

agencji zdrowia publicznego. Organizuje się też akcje typu „piknik zdrowia” oferujące różne badania. Nie są skoordynowane, toteż efekty nie zadowalają.

Prewencja wtórna i skринing

W Niemczech badania przesiewowe wchodzą w zakres pakietu świadczeń GP finansowanych przez kasy chorych. Przed 1989 r. obejmowały opiekę prenatalną i okresowe badania dzieci i młodzieży, potem włączono skринing dla dorosłych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych, nerek, cukrzycy, nowotworów. Skринing rakowe w ramach ubezpieczenia należą także do zadań lekarzy POZ, ale są finansowane z puli federalnej.

W Anglii badania przesiewowe na ogół oferuje NHS. Narodowy komitet nadzoruje 105 skринingów w kierunku 27 problemów we wszystkich grupach wiekowych. Programy populacyjne – i te nowe, i kontynuowane – są dokumentowane, ocenia się ich skuteczność i wyniki.

Dania od lat prowadzi regionalne programy przesiewowe w kierunku raka (szyjki macicy, sutka, jelita); programy narodowe obejmują zdrowie prokreacyjne, wady słuchu u niemowląt i wrodzone dysfunkcje metaboliczne. Badania kontrolne niemowląt i dzieci prowadzi GP. Uczniowie poddawani są przeglądowi zdrowotnym co najmniej dwukrotnie.

We Francji ogólnokrajowe programy obejmują skринing rakowe (piersi i jelita grubego), zaś w 13 departamentach – raka szyjki macicy. Finansują je PUZ i budżet mniej więcej jak 1:3, od 2005 r. wzrost nakładów blisko 3-krotny. Państwo nadzoruje prewencję HIV.

W Hiszpanii przesiewy rakowe należą do regionalnych programów zdrowia kobiet lub onkologicznych. Skринing piersi i szyjki macicy obejmują 100 proc. kobiet. Efekt narodowego planu HIV/AIDS: w latach 2006-2008 liczba zdiagnozowanych przypadków spadła o połowę.

Na Węgrzech obowiązkowe programy przesiewowe obejmują obecnie jedynie noworodki i dzieci. Na profilaktykę, przesiewy i poprawę usług medycznych jest coraz mniej środków (np. w 2007 r. spadek o 1/3 względem 2003). Badania przesiewowe w kierunku raka piersi obejmują ok. 50 proc. kobiet, raka szyjki macicy – 5 proc.

W Estonii ogólnokrajowe badania przesiewowe mieszczą się w narodowych strategiach zdrowia. Skринing piersi (76% uprawnionych) i szyjki macicy finansują PUZ i fundacja przesiewów rakowych. Świadczenia medycyny szkolnej, profilaktyka w chorobach serca, osteoporozie, diagnostyka prenatalna, obejmują tylko ubezpieczonych.

Zdrowie pracowników i nierówność dostępu

W Niemczech opiekę nad zdrowiem pracowników finansują kasy chorych. W Anglii płacą

za nią pracodawcy (choć nie muszą prowadzić usług); dostęp do tych usług w miejscu pracy ma ok. 50% pracowników. Wytyczne ochrony pracowników i kształcenia specjalistów medycyny pracy oraz doradztwo dla pracodawców zapewnia urząd zdrowia i bezpieczeństwa. Także we Francji pracodawcy muszą zadbać o bezpieczne warunki pracy oraz usługi medycyny pracy – zgodnie ze standardami pracowniczego komitetu higieny i bezpieczeństwa pracy. W Danii wdrażanie standardów BHP przez pracodawców nadzoruje państwowy urząd środowiska pracy. W Hiszpanii ochrona zdrowia pracowników jest słabo rozwinięta. Prowadzą ją same zakłady, urzędowego nadzoru brak, a niskie kwalifikacje pracowników i krótkie kontrakty zwiększają ryzyko wypadków w pracy. Wytyczne prewencji i kontroli zagrożeń, rejestr ryzyk, wypadków i chorób oraz model kształcenia specjalistów dopiero powstają. W Estonii pracodawcy muszą zapewnić odpowiednie warunki pracy, kontroluje je inspektorat pracy. System jest nieszczelny, bo zgłaszalność zdarzeń jest niska i słabe zaangażowanie w promocję zdrowia.

W Niemczech prowadzone są specjalne projekty poprawy zdrowia w obszarach biedy; dokumentuje je federalne centrum edukacji zdrowotnej. W Anglii tam, gdzie wskaźniki zdrowotne są gorsze, trusty POZ i władze lokalne tworzą strefy działań zdrowotnych. Ich działalność pozwala osiągnąć np. takie cele: w ciągu 10 lat zmniejszyć o 10% różnice w śmiertelności niemowląt lub w oczekiwanej długości życia biednych i reszty populacji. We Francji zmniejszaniu nierówności służą programy rozszerzania podstawowej opieki medycznej i pomocy ludności w trudnych warunkach.

W Polsce trwają prace

Ogólnokrajowe programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wynikają z celów Narodowego Programu Zdrowia. Jak wszędzie, dotyczą głównych zagrożeń: ChUK, raka, spożycia alkoholu, braku aktywności fizycznej i złej diety. Obecnie trwają prace nad NPZ na lata 2015-2020. O nim i o przygotowywanej ustawie o zdrowiu publicznym była mowa podczas VII międzynarodowego kongresu w Warszawie w końcu maja br. Akcentowano nowe problemy zdrowia publicznego, np. jakość życia w starości, nadwaga i otyłość dzieci, nowe czynniki ryzyka dla zdrowia: stres, tempo życia, dopalacze, które będą ujęte w przygotowywanych dokumentach. Zakładają one wzmocnienie edukacji zdrowotnej i roli samorządów, a także organizacji pozarządowych oraz współpracy wszystkich resortów w realizacji zadań zdrowia publicznego. Słusznie, gdyż jak szacuje MZ**, stawka na profilaktykę i promocję zdrowia to ok. 7 zł na obywatela, a przeciętny koszt hospitalizacji wynosi 3,5 tys. zł. ■

Ogólnokrajowe programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wynikają z celów Narodowego Programu Zdrowia. Jak wszędzie, dotyczą głównych zagrożeń: ChUK, raka, spożycia alkoholu, braku aktywności fizycznej i złej diety. Obecnie trwają prace nad NPZ na lata 2015-2020.

* O walce z chorobami i bezpieczeństwie sanitarno-epidemiologicznym w ramach zdrowia publicznego pisaliśmy w „GL” nr 5/2015.

** Z wystąpienia wiceminister zdrowia Beata Libery-Maleckiej podczas VII Międzynarodowego Kongresu Zdrowia Publicznego w Warszawie w dniu 28 maja br.

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



**Joanna
Sokołowska**



FOTO: Shutterstock

Straszny kaszel, a poza tym wszystko w porządku...

To nie będzie felieton o kaszlu. O nim już chyba wszystko zostało napisane. Najpopularniejsza wyszukiwarka internetowa podpowiada ponad milion stron zawierających to hasło.

Oczywiście najwyższą czujność trzeba zachować wówczas, gdy „nietypową sprawą” jest „straszny kaszel” – wówczas w medycynie, jak w życiu: wszystko, co się dobrze zaczyna, może skończyć się w sposób nieprzewidywalny. Nic więc dziwnego, że część z „nietypowych spraw” łąduje na łbie Przyjęć ze skierowaniem z „nietypowym rozpoznaniem”...

Tytułowy kaszel to nie tylko objaw, to słowo wytrych. Dzięki niemu moich małych i jakże sympatycznych pacjentów w przychodni – w dużym uproszczeniu – mogę podzielić na dwie grupy. Pierwsza – to ci, którzy mają straszny kaszel, druga – ci, którzy przychodzą w nietypowej sprawie.

„Mamy straszny kaszel” – taką deklarację, koniecznie wygłoszoną w liczbie mnogiej, słyszy codziennie, zwłaszcza słotną jesienią lub kapryśną wiosną, każdy pediatra. Straszny kaszel to objaw demoniczny. Atakuje zwłaszcza w nocy, trwa od niepamiętnych czasów, najczęściej od października do maja i nie poddaje się leczeniu. Wprawdzie dotknięty nim malec swoją vitalność i dobre samopoczucie udowadnia już w poczekalni przychodni, zamieniając, ku radości opiekunów i udręce innych pacjentów, to miejsce w tor do parkouru – ale kaszele straszenie... Za sprawą tajemnych sił, w gabinecie lekarskim nie prezentuje żadnych niepokojących objawów. Nie ma zmian osłuchowych. Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, podczas wizyty nie zakasze ani razu – niezależnie od tego, czy trwa ona piętnaście czy pięćdziesiąt minut. Historia strasznego kaszlu, przedstawiana przez rodziców, jest długa i zawiła – oprócz utytułowanych autorytetów medycznych, angażowani są w nią również homeopaci, zielarze i seniorat rodziny, dysponujący

wiedzą i umiejętnościami przygotowania naparów, nalewek i stawiania baniek. Nie ma się co oszukiwać – na polu walki ze strasznym kaszlem poległ już nie jeden doktor! Alergolog wykluczył astmę, laryngolog przerost migdałka gardłowego, immunolog nie znalazł defektu odporności, gastrolog – refluksu żołądkowo-przełykowego. Wykonano dziesiątki badań – biochemicznych, bakteriologicznych, obrazowych i takich z pogranicza magii dla niepoznaki zwanej medycyną niekonwencjonalną. Inhalowano, nacierano, pojono czystkiem z miodem. „Może pani coś wymyśli, pani doktor?”...

Wszystko, co nie jest strasznym kaszlem, jest sprawą nietypową. Zazwyczaj opowieść zaczyna się od magicznego zwrotu (oczywiście obowiązko-wo w liczbie mnogiej): „Zasadniczo, jesteśmy zdrowi, ale...”. Po tym „ale” następuje opis pozornie niewinnej lub niespotykanej dolegliwości, która może zmienić naszą rutynową poradę w tak zwany ciekawy przypadek medyczny. Pacjenci z tej grupy zwyczajnymi – „typowymi sprawami” – nie odważyliby się przecież zakłócać spokoju naszego gabinetu. Inspirowani jednak namową rodziny lub znajomych, nie znajdując wyjaśnienia w internecie i nie chcąc być posądzeni o zaniedbanie, postanowili podzielić się z nami swoimi troskami. To w tej grupie są dzieci, które „nic nie jedzą”, „w ogóle nie śpią” i „nie

mrugają oczami podczas oglądania telewizji”. I co ty na to, drogi Watsonie?! Oczywiście najwyższą czujność trzeba zachować wówczas, gdy „nietypową sprawą” jest „straszny kaszel” – wówczas w medycynie, jak w życiu: wszystko, co się dobrze zaczyna, może skończyć się w sposób nieprzewidywalny. Nic więc dziwnego, że część z „nietypowych spraw” łąduje na Izbie Przyjęć ze skierowaniem z „nietypowym rozpoznaniem”...

W oddziale szpitalnym rzecz ma się nieco inaczej. Pacjent jest chory – to nie podlega już dyskusji. Im jednak bardziej jest chory, im poważniejszy jest jego stan, im dłuższa lista leków, które podajemy i procedur medycznych, jakie wykonujemy, tym bardziej jest pewne, że po udzieleniu informacji lekarz usłyszy przysłowiowe i wyśmiewane: „ale poza tym, wszystko w porządku?”. Dalszy przebieg rozmowy jest dość przewidywalny, choć zazwyczaj prowadzi do ślepego zaułka nieporozumień i niedopowiedzeń. Każdy radzi sobie, jak umie – od zawierającego pierwiastek nadprzyrodzony: „robimy wszystko, co w naszej mocy, by było lepiej”, poprzez cierpliwe „cofnięcie taśmy” i wierne powtórzenie informacji, do noszącego znamiona samobójczej kapitulacji przyznania, że „poza tym wszystko w porządku”. I możecie być pewni – wasza opinia zostanie w ciągu najbliższej doby zweryfikowana o informacje pochodzące od każdego, chętnego do rozmowy pracownika medycznego, nie wykluczając sympatycznej pani salowej.

Pewnie każda specjalność lekarska ma swój „straszny kaszel” i galerię „nietypowych spraw”. Być może (choć mnie samej trudno w to uwierzyć) nie są to wcale formy nękania medyka przez hipochondrycznego pacjenta. Może jest to wyrażona między wierszami prośba – o szczególną uwagę, uważną diagnozę, indywidualne potraktowanie. A może zwyczajna potrzeba upewnienia się, że nie taki diabeł/kaszel straszny, jak go malują? Może powierzający nam swoje straszne i nietypowe sprawy potencjalni pacjenci dają nam tym samym kredyt swojego zaufania? Czy można go wyśmiać i zbagatelizować?

Zakłęcie „wszystko w porządku?” usłyszał każdy, kto choć raz pełnił dyżur lekarski i stanął wobec konieczności udzielenia informacji o stanie chorego. Bo tak naprawdę zadanie tego pytania to próba odczarowania budzącej lęk szpitalnej rzeczywistości i prośba o danie nadziei. Lub o jej nieodbieranie.

Wiedzieli to starzy doktorzy, obdarzeni umiejętnością konwersacji. I choć z lekarskiego pokolenia na pokolenie wiemy coraz więcej, umiemy zajrzeć w miejsca dotychczas niezbadane i wpłynąć na procesy jeszcze niedawno nieodwracalne, z jakiegoś powodu tę właśnie – humanistyczną – zdolność porozumiewania tracimy. Już nawet między sobą nie mówimy o sztuce rozmowy, a o „umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem”. Szukamy winnych – w systemie, w braku czasu, w roszczeniowości pacjentów. Ale czy z nami, poza tym, na pewno wszystko jest w porządku? ■

Zakłęcie „wszystko w porządku?” usłyszał każdy, kto choć raz pełnił dyżur lekarski i stanął wobec konieczności udzielenia informacji o stanie chorego. Bo tak naprawdę zadanie tego pytania to próba odczarowania budzącej lęk szpitalnej rzeczywistości i prośba o danie nadziei. Lub o jej nieodbieranie.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Wdzięczność okazana obecnością

Poczucie wdzięczności dla lekarza nie zawsze przejawia się w postaci koperty, koniaku, kwiatów lub innych upominków.

Człowiek otoczony lekarską opieką i po przejściu wszystkich etapów wreszcie uzdrowiony, odczuwa zwykle wobec swego lekarza coś więcej niż wdzięczność, zobowiązanie czy niełatwy do spłacenia dług moralny. Nie zawsze wiemy, jak to okazać.

Niedawno przeżyłem następującą historię: chcąc usunąć pewien niewielki zdrowotny mankament, udałem się do dr. Piotra Nowakowskiego ordynującego w Szpitalu św. Rodziny na poznańskim Łazarzu. Zastałem olbrzymią kolejkę oczekujących, ale doktor dostrzegłszy mnie na korytarzu, zaprosił do pustego pokoju pielęgniarek obok gabinetu, gdzie czytając „Gazetę Lekarską”, czekałem na wezwanie. Tę uprzejmość z jego strony potraktowałem jako wyraz wdzięczności za spektakle Teatru Wielkiego, na których często bywałem za mojej dyrekcji. Czekałem tak od południa aż do późnego wieczora. Wreszcie na korytarzu zapanowała cisza i tylko słychać było, jak mój lekarz szykuje się do wyjścia, bo o mnie po prostu zapomniał.

Gdy odważyłem się wejść do gabinetu, zastałem tam człowieka krańcowo zmęczonego, tępych wzrokiem ogarniającego tylko jeszcze jednego, zapomnianego pacjenta. Zrozumiałem tę sytuację. Nie pozwoliłem się badać i umówiłem inny termin. Podczas następnej wizyty doktor usunął mój niewielki zdrowotny mankament, przy okazji wspominając pacjentów, którymi zajmował się na skutek moich prośb i interwencji. Córkę teatralnej pracownicy z młodzieńczymi powikłaniami urologicznymi, śpiewaczkę z kłopotami nerkowymi, niedyspozycję sędziwego mistrza opery polskiej, któremu podczas turnieju tenorów w Poznaniu odmówił posłuszeństwa nie głos (!), a pęcherz, oraz tancerza wymagającego subtelnej interwencji chirurgicznej w miejscu raczej skrywanym przed wielbicielkami. Było tych operowych pacjen-

tów jeszcze więcej. Wszystkich dobrze pamiętałem, wraz z ich zdrowotnymi problemami.

Doktor Piotr Nowakowski, ordynator Urologii i Onkologii Urologicznej Szpitala św. Rodziny, słynął w Poznaniu nie tylko z profesjonalizmu najwyższej próby. Uważany był za lekarza nieodmawiającego nigdy i nikomu pomocy nie dlatego, że nie umiał odmawiać. On po prostu nie potrafił kogokolwiek zostawić bez pomocy. Był w sile wieku, u szczytu zawodowych sukcesów, popularności, osobistego powodzenia, okupionego wprawdzie przepracowaniem, ale również pasją, oddaniem ludziom i swoistym, jakże szlachetnym pracoholizmem.

W atmosferze budzącej się wiosny gruchnęła po Poznaniu wiadomość, w którą nikt nie chciał wierzyć. Doktor Piotr, jadąc samochodem ul. Niestachowską, doznał nagle silnego wylewu, staranował kilka innych pojazdów i ratowany na wszystkie sposoby, po dwóch tygodniach nie odzyskawszy przytomności, rozstał się ze swymi pacjentami, uskrzydłającą pracą, wieloma przyjaciółmi i kochającą rodziną – już na zawsze!

Kupiłem białe kalie i pojechałem pożegnać go na junikowską nekropolię. Spodziewałem się spotkać tam zgnębione – podobnie jak ja – grono przyjaciół, bezradną obecnością manifestującą swój żal i ból. Zastałem tłumy, jakich nikt dotąd nie oglądał na Junikowie, a odprowadzaliśmy tam nieraz wielu niezapomnianych, wspaniałych, wybitnych i zasłużonych poznaniaków. Idąc w niekończącym się kondukcje, rozmyślałem, że tłumy te przywiodło tu jeszcze coś więcej niż zwykła ludzka wdzięczność, zobowiązanie czy trudny do spłacenia dług moralny. Oni chcieli być obecni, aby okazać, jak wielka to dla nich strata. W takich momentach szczególnie odczuwa się, że być z prawdziwego zdarzenia lekarzem to piękna droga życia i zaiste wspaniała profesja. ■

List do
redakcji

**Młody lekarz
planujący
emigrację**

Jedyną szansą jest...

Piszę do Państwa, gdyż jako młody lekarz popełniłem błąd w wyborze specjalizacji.

Opisując moją historię, chciałbym się z Państwem podzielić moimi przemyśleniami dotyczącymi zakazu zmiany rezydentury – regulacji, która weszła w życie 1 stycznia 2015 r. w ramach tzw. ustawy o budżetowej.

Wprowadzenie po raz pierwszy specjalizacji modułowych, a następnie krótko po tym, obecnych przepisów zakazujących zmiany rodzaju specjalizacji sprawiło, że

decyzja, którą podjąłem, składając wniosek o rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie zabiegowej (specjalizacja modułowa), w trybie rezydentury, we wrześniu 2014 r. nie mogła być decyzją w pełni świadomą. Po wprowadzeniu nowych programów specjalizacji w październiku 2014 r., często z wąskich specjalności, w jesiennym rozdaniu zastąpiły one prawie całkowicie specjalności starego typu.

Wybór w zakresie z dyscyplin zabiegowych, w postępowaniu jesiennym, ograniczał się niemal wyłącznie do nowych programów specjalizacji. Jako młody lekarz pragnący rozpocząć szkolenie w trybie rezydentury, czyniąc pewien kompromis między marzeniami a rzeczywi-

Wszechobecne jury

Przy każdej okazji zachęcam przedstawicieli różnych profesji do międzyśrodkowej wymiany doświadczeń. Niech dziennikarze ucą się od hutników, stewardesy od ogrodników, jubilerzy od kucharzy.

Każdy od każdego może się czegoś ciekawego dowiedzieć. Wystarczy się tylko uważnie przyrzeć, zapytać i czerpać. A wszyscy mogą się uczyć z telewizji. Kiedyś promowano takie hasło „Telewizja – uczy, bawi, wychowuje”... Chociaż może to było: „Książka – uczy, bawi, wychowuje”? Postanowiłem sprawdzić. Oczywiście w internecie, bo przecież internet też „uczy, bawi, wychowuje”. Wpisałem ten ciąg wyrazów do wyszukiwarki i okazało się, że książka owszem, ale również: teatr, bajka, unihokey, baseball, przyroda, OHP, ZOO, prezes, szkoła, zabawka ludowa... Po przejrzeniu dwunastu stron wyników już mi się odechciało dalszych poszukiwań, bo na pewno okaże się, że i tak „Wszystko – uczy, bawi, wychowuje”.

Jeśli chodzi o wpływ telewizji na moją osobowość, to zauważyłem, że bawi mnie coraz mniej, jako tako wychowali mnie rodzice, zostaje tylko nauka. No to oglądam i się uczę. I co zauważyłem? Wszechobecne jury. Jest już w prawie każdym programie telewizyjnym. Ocenia, jak oni tańczą, śpiewają, skaczą do wody, szukają żony. Tylko czekać, kiedy jury będzie podawało wiadomości, prognozę pogody i oceniało jazdę figurą na lodzie. A nie – to ostatnie już od dawna robi. Skoro w telewizji się sprawdza, to dlaczego nie wprowadzić jury gdzie indziej? Na przykład w medycynie? Wiem, że podobne gremia już w tym środowisku istnieją – konsylia albo komisje orzekające. Ale to jednak nie to samo. Co to za jury, w którym siedzą tylko tacy, którzy się znają na tym, o czym mówią? W każdym konsylium, zbierającym się w sprawie jakiegoś trudnego medycznego przypadku, powinna zasiadać jakaś aktorka. Albo sportowiec. Powinni mówić,

co czują, że są zachwyceni, że z wizyty na wizytę dają się zaobserwować postęp i w ogóle wszyscy są cudowni, a świat jest piękny, tylko trzeba kochać ludzi. Takie leczenie, w którego planowaniu uczestniczyłaby odtwórczyni jednej z głównych ról w serialu „Dreszcze niespokojne” albo piłkarz tak często kontuzjowany, że jego transfer z zagranicznego klubu został w połowie opłacony z polisy ubezpieczeniowej, znacznie podnosiłoby atrakcyjność choroby. Opinie jury medycznego buczeniem lub oklaskami powinna oceniać publiczność wymachująca transparentami z napisami typu: „Nie bój się Kazik! To lekki urazik!”. Oczywiście opinie jury nie powinny mieć żadnego znaczenia, ostateczną diagnozę stawialiby i zestaw leków wybieraliby inni pacjenci tego samego szpitala, wysyłając sms o treści „POWODZENIA” pod numer pielęgniarki oddziałowej.

I na zakończenie coś z cyklu „Codzienne radości Słowian”. Autentyk. Dowód na to, że internet, tak często oskarżany o promowanie zła i destrukcyjny wpływ na ludzką psychikę ma też dobre oblicze, może nieść swojemu użytkownikowi niespodziewane pocieszenie. Słuchacz mojej radiowej audycji opisał sytuację, w której się niedawno znalazł. Otóż zalogował się na forum internetowym. Dokładnie było to „Forum psychologiczne – Depresja – Nerwica”. Po stworzeniu swojego konta otrzymał automatyczną wiadomość powitalną o następującej treści: „Witaj, dziękujemy za rejestrację w serwisie www.nerwica.com. Cieszymy się, że zechciałeś dołączyć do naszej społeczności...”. Jak widać, niewyczerpane są pokłady, z których człowiek może czerpać radość. Czego sobie i Państwu... Nie, tego to raczej nie życzę. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

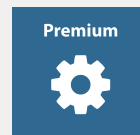
stością, dokonałem wyboru spośród tych dostępnych, tj. przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia. W praktyce jednak oznaczało to, że nie będzie możliwości odbycia szkolenia w jednostce, w której planowałem, gdyż akredytację do szkolenia w nowym trybie otrzymały tylko największe ośrodki. W związku z tym wybór najbardziej optymalnego miejsca szkoleniowego, z mojego punktu widzenia, został mi odebrany.

Od 6 miesięcy w Szpitalu Akademickim, gdzie odbywam dwuletni staż w zakresie modułu podstawowego, z przyczyn ode mnie niezależnych, nie realizuję należycie programu szkolenia. Dostęp do części zabiegowej jest bardzo ograniczony i polega wyłącznie na biernej obser-

wacji wykonywanych operacji. W klinice szpitala, do którego zostałem oddelegowany na staż, pracuje kilkunastu lekarzy akademickich, równie liczne grono lekarzy rezydentów oraz kilku lekarzy odbywających staże cząstkowe z innych dyscyplin, w tym lekarze na stażu podyplomowym. Wobec stosunkowo niewielkiej ilości zabiegów i pacjentów w odniesieniu do przypadającej na to liczby lekarzy, moje obowiązki oraz czynności lekarskie są bardzo nieliczne. Dotyczy to również innych lekarzy na stażach cząstkowych, które są jednak o wiele krótsze od mojego.

Szpital ponadto nie realizuje obowiązku zapewnienia mi minimalnej, przewidzianej w programie liczby dyżurów lekarskich. (...)

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





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Linia ciała
dziewczyny
odbija się
echem w zarysie
horyzontu,
Cosimo
zamyka smutek
w poziomach,
tworząc obraz
przejmujący
w swoim
statycznym
zamyśleniu.

Na ostrzu

Nie ma mistrza miłosnych gier ponad greckich bogów. Zazdrość, tęsknota, ogień rządzą Olimpem i relacjami z ludzkimi śmiertelnikami, zapalają się i gasną, przynosząc czasem ciepło, czasem zgłiszcza. To ogień potężny i próżno się mu opierać, zgina kolana wojownikom i burzy porządek całych światów. Gdzieś właśnie między słodczą zbytku a ostrzem braku rozgrywa się historia Kefalosa i Prokris.

Ta szczęśliwa początkowo para rozstaje się z powodu zazdrości, zdrady i nieporozumień. Gdy wreszcie znajdują się na nowo, Kefalos przypadkowo zabija Prokris, która, powodowana zazdrością, idzie za nim na łowy. Kefalos, słysząc szelest liści za sobą, rzuca włócznię, przekonany, że podąża za nim dzikie zwierzę. Ostrze wbija się w szyję nimfy i Prokris umiera w jego ramionach.

Pod pędzlem Piera di Cosimo historia kochanków to już tylko opowieść o stracie. Prokris jest sama, naga, umierająca nie u nóg Kefalosa, ale wpatzonego w nią satyra. Nawet on, znany ze swego rozbuchanego temperamentu, siedzi cichy, delikatnym gestem obejmując ramię dziewczyny. Drugą ręką dotyka jej czoła, jakby jeszcze w nadziei, że będzie ono ciepłe. Wszystko tutaj jest bezgłośnie, skupione wokół ciała nimfy. Oczy widza ucie-

kają od centrum obrazu, ku jej głowie. Zamknięte oczy i delikatne rysy nie wskazują na cierpienie. Spokój burzy jedynie rana na jej szyi i ledwie dostrzegalne krople krwi na ciele. Nie ma tu już ognia namiętności, jest tylko ostateczny brak, zamknięty w idyllicznym pejzażu, niewzruszonym wobec tragedii rozgrywającej się na pierwszym planie. Linia ciała dziewczyny odbija się echem w zarysie horyzontu, Cosimo zamyka smutek w poziomach, tworząc obraz przejmujący w swoim statycznym zamyśleniu.

Raniona Prokris, jak chce legenda, włócznią jej męża Kefalosa, leży bezwładna na trawie. Czy jest coś jednak w jej sylwetce, co sugerować by mogło inną przyczynę śmierci? Czy dopatrzyć się tu można alternatywnych, niekoniecznie zgodnych z mitem, powodów, dla których dziewczyna nie żyje? ■

a



Piero di Cosimo, *Śmierć Prokris*, National Gallery, Londyn, 1495-1505



b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 31 lipca 2015 r.

W temacie maila należy wpisać GL06.
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” 05/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Marika Niesiołbiedzka z Gdańska
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 05/2015

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Rafaël wzorował Heraklita na postaci samego Michała Anioła. Badacze twierdzą, że charakterystyczny wygląd kolan mistrza świadczyć może o tym, że chorował on na podagrę.

Szczegóły

1. Ręka Platona (po lewo w centrum) wskazuje w dół, a ręka Arystotelesa wzniesiona jest do góry.

Właściwe ułożenie rąk filozofów ma znaczenie. W oryginale to Platon wskazuje palcem w niebo, co odnosi się do jego filozofii świata idei. Arystoteles z kolei próbuje sprowadzić go na ziemię, wskazując ręką w dół, nawiązując do swojej bardziej empirycznej postawy.

2. Zamiana kolorów ubrań: Platon w niebieskim i brąz, Arystoteles w fiolet i czerwieni.

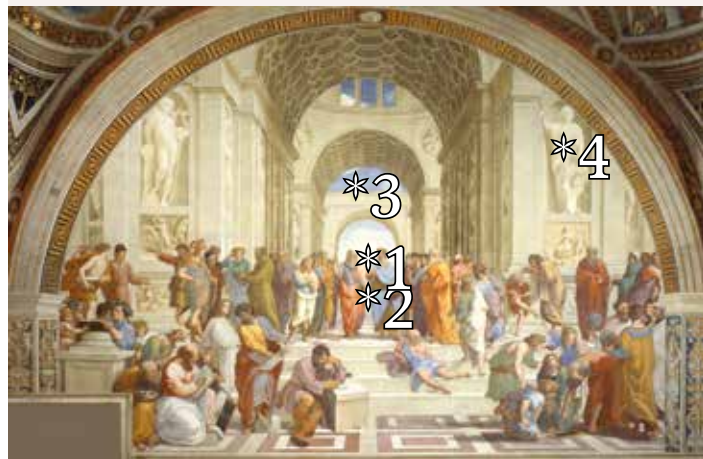
Kolor szat filozofów nie jest przypadkowy. Niebieski i brąz odnosić się mogą do wody i ziemi, bardziej „dotykanych” elementów, a zatem reprezentatywnych dla myśli Arystotelesa, podczas gdy czerwień i fiolet sugerują bardziej ulotne materiały, ogień i powietrze, powiązane z myślą platońską.

3. Zmiana łuku w tle okalającego postacie na ostro zakończony łuk gotycki.

Rafaël umieszcza filozofów na tle zdecydowanie klasycznej architektury. Łuk gotycki zatem byłby tutaj zupełnie nie na miejscu.

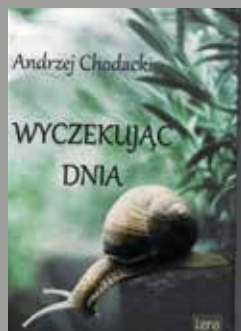
4. Usunięcie rzeźby po prawej stronie.

Kompozycja fresku opiera się na zasadzie ścisłej symetrii. Usunięcie jednej z rzeźb ustawionych w niszach zburzyłoby harmonię.



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

Ryszard
Golański



Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość

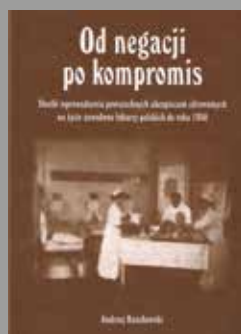
Andrzej Chodacki, mimo młodego wieku, jest osobą znaną w środowisku lekarskim, szczególnie wśród lekarzy pisarzy i wśród literaturoznawców. „Wyczekując dnia” to jego kolejna książka. Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” mieli okazję zapoznać się z moimi wrażeniami podczas lektury zbioru opowiadań jego autorstwa „Opowieści ze świata”. W najnowszej książce trudno wyróżnić opowiadania, które szczególnie godne są polecenia. Przychodzą mi do głowy dwa, tak krańcowo odmienne, że dobrze pokazują różnorodność tej książki. Pierwsze to „Matka”, opisujące zdarzenia dziejące się współcześnie i budzące emocje trudne do opanowania podczas lektury i trudne do opisanego teraz. Drugie to „Rozejm bożonarodzeniowy”. Przejmująca opowieść o niebывалым jak na wojenny czas wydarzeniu, jakim był spontanicznie ogłoszony rozejm w wigilijną noc 24 grudnia 1914 r. pod Ypres. Decyzję podjęło trzech oficerów walczących ze sobą na śmierć i życie armii: niemieckiej z jednej strony oraz brytyjskiej i francuskiej z drugiej. Decyzja była podjęta w tę szczególną noc, z kolędami śpiewanymi przez żołnierzy w czterech różnych językach, czterech, bo Szkoci śpiewali po swojemu. Decyzja była podjęta bez wiedzy i zgody przełożonych, więc, jak się łatwo moż-

na domyślić, jej autorzy zostali przykładnie ukarani. Kolędy śpiewane wspólnie, choć w różnych językach, przez ludzi, którzy dzień później mieli się wzajemnie bezpardonowo zabijać. Dźwięki kolęd, a pomiędzy okopami: „trupy poległych kolegów, haniebne zaprzeczenie świątecznej radości, czerniały na polu bitwy, jak ropiejące wrzody na delikatnej tkance sumienia”. Wątki medyczne pozostawiam do oceny czytelnikowi, nie chcę ich w żaden sposób wartościować, nawet poprzez wskazanie konkretnego tytułu. Szczególnie, że w opowiadaniach nie dominuje medycyna. Tematyka medyczna – czy bardziej precyzyjnie rzecz określając – lekarska, jest niejako bieżącym dodatkiem do wydarzeń z przeszłości. Myślę, że dla czytelnika lekarza książka Andrzeja Chodackiego ma znaczenie szczególne. Zmusza bowiem, choć określenie „zmusza” nie jest może właściwe, może powinienem napisać: skłania, do refleksji nad przyszłością. Przyszłością każdego z nas podwójnie: jako człowieka i jako lekarza. Tego typu refleksja zrodzi się w głowach lekarzy z doświadczeniem w wykonywaniu zawodu. Bardzo jestem ciekaw wrażenia, jakie wywoła lektura omawianego wydawnictwa u młodych lekarzy. Może doczekamy się listu w tej sprawie, Autor i niżej podpisany? ■

Od negacji po kompromis

Podtytuł książki Andrzeja Baszkowskiego mówi sam za siebie i wiele wyjaśnia: „Skutki wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na życie zawodowe lekarzy polskich do roku 1950”. Autora czytelnikom „Gazety Lekarskiej” przedstawiać nie trzeba. Bywa gościem na naszych łamach, pisząc o stomatologii, która zdominowała jego życie zawodowe. Często pisze, czy to w „Gazecie Lekarskiej” czy w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, którego to pisma jest redaktorem naczelnym, o obecnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce i jego konsekwencjach dla lekarzy będących stomatologami. W omawianej książce zajęli się natomiast wpływem powstania systemu ubezpieczeń zdrowotnych na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty. Już w przedmowie zastanawia się, od kiedy administracja stała się ogniwem dominującym w ochronie zdrowia, zastępując naturalny układ: lekarz-pacjent. I wiąże tę dominację, na podstawie wykonanych przez siebie badań, z wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych pod koniec XIX w. Jego zdaniem, to powstałe kasy chorych sprowadzały lekarza do roli medycznego urzędnika. Ciekawe są cytowane sformułowania, opisujące pracę lekarza. Po II wojnie światowej, w ramach „nowomowy” lekarz nie leczył chorych, ale pełnił ważną i szacowną służbę społeczną. Skąd my to znamy?! Przecież teraz też nie leczymy pacjentów, tylko wykonujemy świadczenia medyczne na rzecz świad-

zeniobiorców! Myślę, że lektura omawianej książki będzie szczególnie interesująca dla miłośników historii medycyny, ale także dla osób zajmujących się dziejami lekarskiej samorządności. Na łamach znajdujemy bowiem wiele faktów i wiele fotografii z końca XIX w. oraz pierwszych dziesięcioleci wieku minionego. Mnie, jako lekarza redaktora, szczególnie zainteresowały informacje i ryciny dotyczące starych pism lekarskich. Ciekawym wątkiem są też, opisane pokrótce, dzieje najstarszych poznańskich szpitali. Lektura zamieszczonych w książce stron „Nowin Lekarskich” jest naprawdę ciekawa. Tematyką, która jest bliska autorowi, są sprawy etyki lekarskiej. Trudno się dziwić, wszak jest przewodniczącym Komisji Etyki w WIL i sekretarzem Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej. Niektóre informacje, dotyczące tej sfery, które odnalazłem w książce, mówiące o latach 20. i 30. XX w. były dla mnie zaskakujące. Idzie przede wszystkim o brak regulacji prawnych w tych sprawach. Naszła mnie jednak refleksja: może nie wszystko musi być szczegółowo opisane. Może moja mentalność została tak ukształtowana, że oczekuję i potrzebuję zapisów, do których mogę się odnieść? Przecież wiele spraw, czasami bardzo ważnych, reguluje nie przepis, a obyczaj? Jak Państwo widzą, lektura skłoniła mnie do rozmyślań nie tylko o sprawach odległej przeszłości, ale także do zdystansowanego spojrzenia na dzień bieżący moich lekarskich i samorządowych działań. ■



Jarosław
Wanecki

FOTO: Ryszard Golański

Non-fiction

25-lecie „Medycyny Praktycznej” i czwarta z kolei edycja Konkursu Literackiego im. profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” zgromadziły w Teatrze Słowackiego w Krakowie twórców i czytelników poezji i prozy. Galę prowadziła Anna Dymna reprezentująca swoją fundację, a towarzyszył jej redaktor naczelny „MP” Piotr Gajewski. W trakcie i na koniec zaśpiewał owacyjnie przyjęty Stanisław Soyka.

Zanim doszło do rozstrzygnięcia konkursu, miało miejsce uroczyste wręczenie Medalu Jana z Ludziska prof. Markowi Pawlikowskiemu, który przez ostatnie 12 lat był prezesem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Nagrodę wręczył i laudację wygłosił nowy prezes UPPL prof. Waldemar Hładki.

Spotkaniom literackim lekarzy tradycyjnie towarzyszą teksty patrona konkursu, które w sposób niezrównany czyta Jerzy Trela. Muszę przyznać, że to zabieg bardzo trafny, gdyż sposób pisania Andrzeja Szczeklika narzuca wysoki poziom corocznego przedsięwzięcia. I chociaż wszyscy znamy Kore, Katharsis i Nieśmiertelność, warto przez kilka minut przypomnieć sobie wagę słów, jakimi posługiwał się krakowski profesor. Dopelnieniem, po raz kolejny zresztą, były wspomnienia pacjentów – artystów – przyjaciół, którzy realizując swoje projekty, konsultowali się z Andrzejem Szczeklikiem.

Jury w składzie: Anna Dymna, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Marek Pawlikowski, Maria Szczeklika, za wyjątkiem nieobecnego Adama Zagajewskiego, poja-

wiło się na scenie Słowackiego i wręczyło tegoroczne statuetki wykonane przez Karola Gąsienicę-Szostaka. W kategorii poezji laureatami zostali: Monika Kunstman (Lekarz – Poeta 2015); Ksenia Szczepanik-Ładygin (II), Katarzyna Jaśkiewicz (III), a wyróżnienie odebrał Mieczysław Śmiałek. Ze zwycięstwa w kategorii proza non-fiction cieszyli się: Dariusz Kaźmierczak (Lekarz – Prozaik 2015), Małgorzata Nowaczyk (II); Karolina Kociszewska (III) oraz wyróżnieni: Maria Człapińska i Piotr Markowski. Nowością konkursu była kategoria Opowieść lekarza – opowieść pacjenta, w której przyznano tylko dwie nagrody: dla Jarosława Paśnika (Lekarz – Prozaik 2015) i Jolanty Nadratowskiej-Kisiel (II). Fragmenty nagrodzonych utworów interpretowała aktorka Narodowego Starego Teatru w Krakowie, Beata Paluch, a czytelnicy „Gazety Lekarskiej”, jak co roku, zapoznają się z nimi w kolejnych wydaniach naszego pisma.

Niespodzianką gali był wykład satyryczny Bronisława Maja na temat związków literatury polskiej i medycyny w kontekście relacji pacjenta i lekarza, a koncert Stanisława Soyki odwołał się do cudu niepamięci i zapamiętany zostanie jako niezwykle.

Po trzech finałach konkursu w Warszawie, tegoroczną edycję zakończono w Krakowie i tak, według deklaracji organizatorów, ma już pozostać, co oznacza, że stolica literatury lekarskiej, wbrew zawołaniom Turnaua i Sikorowskiego, przeniesiona została pod Wawel na czas nieokreślony. ■



**Dariusz
Kaźmierczak**

Laureat I miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2015)
w kategorii „Proza
non-fiction”

Po drugiej stronie

(fragment książki)

W Betsongo, na głównym placu, tłum ludzi gestniał z każdą chwilą. Wszystkich mieszkańców wioski z ich nędznych lepianek wygnał strach przed zbliżającymi się ofiarami trzęsienia ziemi. Na twarzach większości z nich malował się lęk. Wielu mężczyzn groźnie wykrzykiwało. Niektórzy wymachiwali oszczepami, maczetami, a nawet bronią maszynową, która jakimś nieznanym sposobem znalazła się w ich posiadaniu. Starsze kobiety głośno zawodziły. Pod nogami dorosłych beładnie płały się małe dzieci.

Z minuty na minutę robił się coraz większy chaos, nad którym nikt nie panował. Wszystkich mieszkańców ogarnął dziki amok, który z każdą chwilą stawał się coraz bardziej nieobliczalny i w każdej chwili mógł gwałtownie eksplodować, niczym bomba ułożona na rozgrzanym ruszcie.

Bałuda obserwował to zbiegowisko z coraz bardziej rosnącym niepokojem. Nagle zauważył, że z położonej na skraju wioski chaty wypadł ubrany w lamparcią skórę szaman. Stary mężczyzna trzymał w rękach dwie duże kości piszczelowe, którymi potrzasał nad głową.

Tuż za szamanem podążał Abeid, który dźwigał obciągniętą skórą bęben.

Obaj mężczyźni zbliżyli się do tłumu wieśniaków i zatrzymali. Abeid ustawił przed sobą bęben i w niemal ekstatycznym uniesieniu zaczął tłuc w niego sękatymi rękami. Szaman pochylał się do przodu i podskakując w rytm uderzeń, zaczął zataczać szerokie kręgi. Uzbrojeni mężczyźni dołączyli do niego, naśladując jego ruchy. Kobiety rozsunęły się na boki. Przesłupując z nogi na nogę zaczęły klaskać w dłonie. Zarówno tańczący jak i stojący z boku, wydawali z siebie regularne i groźnie brzmiące pomruki.

Wcześniejszy beład zamienił się w skoordynowane i jakby zamierzone działania. Można było nawet odnieść osobliwe wrażenie, że mieszkańcy wioski wpadli nagle w jakąś głęboką i niepojętą ekstazę, której żadna siła nie była w stanie pohamować. Jej przedziwny i niezrozumiały mechanizm sam się nakręcał, wzbudzając w jej uczestnikach coraz bardziej wyraźną żądzę walki.

Bałuda wpadł w przerażenie. Po krótkiej obserwacji rozgrywanej się przed nim sceny, dotarło do niego, że nie może czekać ani chwili dłużej na dalszy rozwój wypadków. Czuł, że tylko szybkie działanie z jego strony może powstrzymać tę bezmyślnie podsycaną falę niewiści.

Zebrał w sobie siły i podszedł do tłukącego w bęben Abeida. Uchwycił jego dłonie, w jednej chwili przerywając jednostajne i głuche dudnienie.

Zaskoczony starzec spojrzał na Marka z rozdrażnieniem. Z jego zaszuszonej twarzy nietrudno było odgadnąć, że nie potrafił pojąć, co skłoniło misjonarza do takiego kroku.

– Dlaczego to zrobiłeś? – spytał, zatapiając rozprężony wzrok w Bałudzie.

W jego przekonaniu trzeba było mieć nie lada odwa-

gę, aby przekroczyć pewne niewidzialne granice i wkroczyć w nieznany dla misjonarza świat odwiecznych i niezmiennych rytuałów jego ludu. Czy można było zrobić coś bardziej lekkomyślnego?

Rozedrgany w tańcu tłum ludzi zatrzymał się. Zdezorientowani wieśniacy zwrócili głowy w kierunku Abeida i stojącego obok niego misjonarza.

Marek wykorzystał chwilowe zamieszanie. Szybkim krokiem wszedł w środek palającego żądzą walki zbiegowiska.

– Ludzie! – zawołał z całej mocy, unosząc do góry dłonie. – Opamiętajcie się! Nie przeganiajcie tych biednych ofiar trzęsienia ziemi. Przecież oni są tacy sami jak wy. Oni tak samo czują i tak samo jak wy są przerażeni, a przede wszystkim są głodni i spragnieni. Musicie im pomóc! Nie walczyć z nimi, lecz okażcie im swoje serce! Wiem, że nie macie zbyt wiele żywności, ale nawet ta odrobina, jaką się z nimi podzielicie, uratuje niejednemu życie. A to jest najważniejsze!

Wśród zebranych przeszedł pomruk niezadowolenia.

– Przypomnijcie sobie, co wam tyle razy mówiłem w kaplicy! – ciągnął dalej Marek. – Najważniejsza jest miłość bliźniego! Czy zapomnieliście już, co to jest miłosierdzie i współczucie? Czy nic nie zrozumieliście z tego, co do was mówiłem? Pamiętajcie, że czyniąc dobro, sami także go doświadczacie. Nie zamykajcie się na potrzeby innych! Przecież was też kiedyś może spotkać nieszczęście – i co wtedy? Czy nie będziecie chcieli, aby wam też ktoś pomógł? – potoczył dokoła wzrokiem. – Zrozumcie, że wszyscy jesteśmy dziećmi Bożymi i czy tego chcemy czy nie, musimy żyć ze sobą w zgodzie. Zapewniam was, że wasze życie nabierze większej wartości, gdy wzniesiecie się ponad podziały i zaufacie Bogu. On wam to po stokroć wynagrodzi!

Na wprost Marka stanął rozwścieczony szaman. Głęboko oddychał, a swoim rozognionym i wyzywającym wzrokiem miotał błyskawice. Po chwili, nadymając szeroko nozdrza, parsknął Bałudzie prosto w twarz.

– Dlaczego wzbudzasz gniew naszych przodków! – zaryczał potężnym głosem. – Kto ci dał prawo wtrącać się w nasze życie! Przybyłeś tutaj wzniecać tylko niepokój i truć nasze umysły! I tak już zbyt wiele złego uczyniłeś, a chcesz, żeby było jeszcze gorzej! Chcesz, abyśmy wszyscy umarli z głodu? Nie! Duchy naszych przodków nie dopuszczą do tego!

Mężczyzna wykonał głową gest, po którym dwóch rośliwych tubylców uchwyciło Bałudę za ramiona, uniemożliwiając mu wykonanie jakiegokolwiek, gwałtownego ruchu. W tej samej chwili zrobił szybko krok do przodu i z rozmachem uderzył misjonarza piszczelą w głowę.

Bałuda stracił przytomność i osunął się bezwładnie na ziemię.

Nagle do wioski wpadł kilkunastoletni chłopiec, wrzeszcząc jak opętany:

– Nadchodzą! Nadchodzą! Karamodżong! ■

XIII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy



24 maja w łódzkim Klubie Lekarza sekretarz Komisji Konkursowej przedstawił werdykt jury orzekającego w składzie: prof. Marian Kępiński (ASP, WSHE w Łodzi – przewodniczący), dr Jarosław Lewera (ASP w Łodzi – członek komisji), mgr Daniel Cybula (ASP w Łodzi – sekretarz). Złotą paletę przyznano Andrzejowi Frasiowi (lekarz chirurg, Środa Wlkp.) za obrazy „Martwa natura” i „Dolina Wart k. Rogalina”, srebrną otrzymała Anna Mendrek (lekarz psychiatra, Warszawa) za dyptyk „Adam” i „Ewa”, a brązową Wiktoria Mikulska (lekarz la-

ryngolog, Warszawa) za prace „Impresja I”, „Impresja II”. Przyznano także 9 wyróżnień oraz dyplom honorowy.

Na tegoroczny konkurs 58 lekarzy artystów nadesłało 110 prac. Obrazy wykonane były w różnych technikach: m.in. olejnej i akrylowej, pastelu, akwareli, a także na szkle i w technikach mieszanych.

Organizatorem wydarzenia była Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. ■



FOTO: Sławomir Grzanek

Koncerty Europejskiego Chóru i Orkiestry Studentów Medycyny EMSOC 2015

24 lipca: Płock – Katedra, godz. 19:00

25 lipca: Warszawa – Uniwersytet
Muzyczny Fryderyka Chopina, godz. 19:00

Program:

Stanisław Moniuszko – Bajka
Fryderyk Chopin – Rondo a'la Krakowiak
Johannes Brahms – Schicksalslied
Renata Baszun – Tota Pulchra
Stanisław Moniuszko – Mazur z opery
„Straszny Dwór”

Soliści: dr Hanna Zajączkiewicz – sopran,
Przemysław Kummer – bas, Bartosz
Zwoln – fortepian

Przygotowanie chóru:
dr Justyna Chelmińska
Dyrygent: Janusz Powolny

**III Międzynarodowy Salon
Fotografii Artystycznej Lekarzy**
3rd International Salon of Artistic Photography for Physicians
PhotoArtMedica 2015
26 września 2015 r. Częstochowa - Poland September 26, 2015

Zapraszamy
lekarzy, lekarzy dentyistów, nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych
do udziału w kolejnej edycji PhotoArtMedica 2015
www.photoartmedica.pl

Robert
Bibik

III Mistrzostwa Polski w Badmintonie

130 zawodników, 12 kategorii, 190 pojedynków, 391 setów oraz 12 023 punkty!

Tak w liczbach wyglądał IV Medyczny Puchar Badmintonu rozegrany 18 kwietnia 2015 r. w hali widowiskowo-sportowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przy placu Hallera, organizowany przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi i SKSR Wolant-Łódź pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi.

Zawody rozgrywane były na 7 kortach, a ostatni zawodnicy swoje pojedynki kończyli w sobotni wieczór po godz. 22.00.

Równolegle rozgrywane były III Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów, których organizatorem był Uniwersytet Medyczny w Łodzi i SKSR Wolant Łódź. To jedyne Mistrzostwa Polski Lekarzy organizowane w Łodzi. Na starcie stanęło 30 zawodników w 10 kategoriach, którzy rozegrali 69 pojedynków.

Badminton jest dyscypliną bardzo popularną w środowisku medycznym, o czym świadczy liczba zawodników uczestniczących w sobotnio-niedzielnym zmaganiach. Taka frekwencja daje siłę i energię do organizacji kolejnych spotkań na korcie. Do zobaczenia za rok na piątym jubileuszowych zawodach! ■



FOTO: Archiwum OIL Łódź

Dodatkowe informacje
i zdjęcia w dziale Sport na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności

Krzysztof
Makuch

Wyniki w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



IV MP Samorządów w Brydżu Sportowym

W siedzibie Mazowieckiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa przedstawiciele zawodów zaufania publicznego 15-16 maja rywalizowali przy zielonym stole o mistrzowskie tytuły. Organizatorami były warszawskie izby budownictwa i lekarska oraz WZBS. O medale walczone w turniejach: indywidualnym, par na zapis maksymalny, par na punkty meczowe oraz drużynowym. Najlepszą formą wykazali się inżynierowie budownictwa, zdobywając większość medali i wyprzedzając lekarzy, doradców podatkowych, prawników. W prestiżowej klasyfikacji ogólnej zwyciężył warszaw-

ski inżynier budownictwa Andrzej Ziomek, a w kategorii par warszawianki Zofia Zaremba, stomatolog, przed Agnieszką Jonczyk, lekarką. Brązowy medal w turnieju drużynowym zdobyli warszawscy lekarze: Agnieszka Jonczyk, Zofia Zaremba, Krzysztof Makuch oraz Krzysztof Jędrzejowski. Najlepszym wśród lekarzy okazał się stomatolog z Bielska-Białej Leszek Krzeczek, trzeci w klasyfikacji generalnej, mistrz w turnieju na punkty meczowe i wicemistrz w teamach.

Najlepsi: lekarka Zofia Zaremba, lekarz stomatolog Leszek Krzeczek. ■



XXV
Żeglarskie Mistrzostwa
Polski Lekarzy

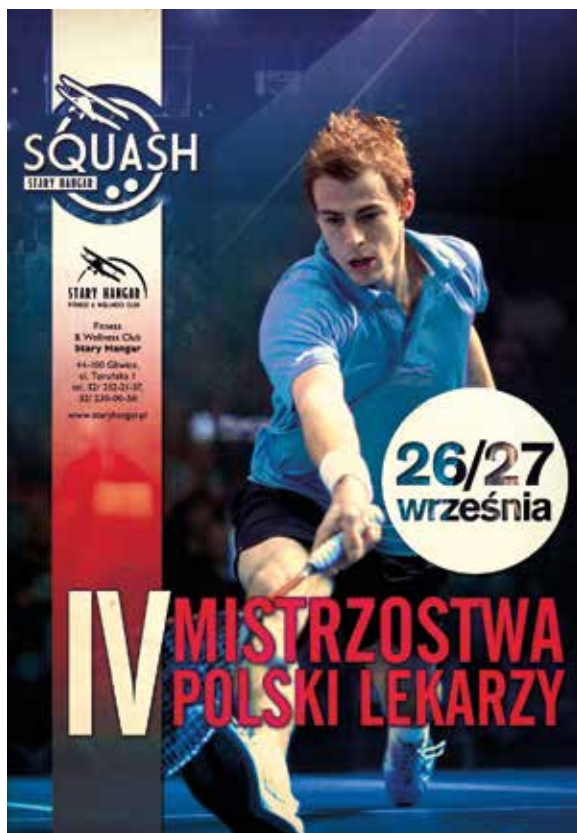
4-6.09.2015r.
Wrota Mazur k/Pisza

Zgłoszenia od 15 maja
tel. 89 539 19 29 w. 31

W programie:

- zmagania żeglarskie
- statek wycieczkowy
- koncert The Doctors
- koncert The PainKillers

www.regaty.wmil.olsztyn.pl



SQUASH
STARY HANGAR

STARY HANGAR
Fitness & Wellness Club
44-100 Gliwice,
ul. Turuska 1
tel. 32 210-21-32
32 238-00-38
www.staryhangar.pl

26/27
września

**IV MISTRZOSTWA
POLSKI LEKARZY**

XVI Żeglarski Rajd Lekarzy

Wielkie Jeziora Mazurskie po raz szesnasty gościły w maju łódzkich lekarzy-żeglarzy oraz ich rodziny i przyjaciół. Napisałem łódzkich, bo organizatorem XVI Żeglarskiego Rajdu Lekarzy był Klub Żeglarski SZKWAŁ, działający przy łódzkiej Okręgowej Izbie Lekarskiej. Ale, jak co roku, w rejsie brały udział także trzy załogi z zaprzyjaźnionej izby częstochowskiej. Trzy jachty reprezentowały Klub Żeglarski SZANTA z Wielunia.

W tym roku startowano na jachtach różnych typów, o podobnej długości kadłuba. Akwenem tegorocznych zmagania były jeziora Mamry i Świącajty – to drugie nie wszystkie załogi zdołały odwiedzić, bowiem zgodnie z „tradycją” naszych regat, w piątek, czyli w dniu wyścigu, wiatr był słaby. Stawka konkurujących jachtów tak się rozciągnęła, że tegoroczny komandor regat – Wojciech Retkiewicz, postanowił skrócić trasę dla łódek znajdujących się w drugiej grupie. Zgłoszono postulat, żeby regaty odbywały się w czwartek, bo jest to zwykle dzień prawdziwie żeglarskiej pogody: słońce i wiatr, albo w sobotę, bo wtedy najczęściej wieje jako tako.

Słowa uznania należą się bezapelacyjnemu zwycięzcy tegorocznych regat – Piotrowi Tume. Zdystansował

on przeciwników, a trzeba zaznaczyć, że żeglował w towarzystwie żony i trójki dzieci! Drugie miejsce zajęła załoga pod dowództwem komandora Klubu SZKWAŁ Pawła Susłowskiego, a trzecie – Andrzej Staszewski z załogą. ■



**Ryszard
Golański**



XIII IGRZYSKA LEKARSKIE



**Gazeta
Lekarska**

informacje, zgłoszenia: www.igrzyskalekarskie.org

piłka nożna
koszykówka
siatkówka
siatkówka plażowa
piłka ręczna
lekkoatletyka
pływanie
triathlon
kolarstwo szosowe
MTB
tenis ziemny
tenis stołowy
badminton
squash
strzelanie
golf
trójbój siłowy



ZAKOPANE 09 - 13.09.2015

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim

sobota 5 września 2015 Istebna

zapisy, więcej informacji www.pomiaryczasu.pl
www.mtbistebna.pl
 organizator: Janusz Lewandowski
 +48 606 235 361 janlewdoctor@interia.pl



W dniach 27-30 sierpnia w Ośrodku „WODNIK”
w Słoku/ k. Bełchatowa
odbędzie się

XI Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” 2015

Szczegóły na www.oil.lodz.pl > Klub Motocyklowy DOCTORRIDERS
lub na forum Klubu



Wszystkich chętnych bardzo gorąco zapraszamy!!!

W imieniu organizatorów:
Grzegorz Krzyżanowski „PREZES”

V Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy

„Złoty Eskulap” Puławy 28.06.2015r

Serdecznie zapraszamy wszystkich medyków (i nie tylko medyków)
spod znaku Św. Huberta na sportową rywalizację na strzelnicy
myśliwskiej oraz odkrywanie uroków Lubelszczyzny
w jak najliczniejszym gronie. W przeddzień zawodów
zapraszamy na plenerowe spotkanie integracyjne w jednym
z uroczych lokali nad Wisłą. Darz Bór.
Informacje na temat zawodów oraz karta zgłoszeniowa
znajdują się na stronie internetowej
www.zlotyeskulap.pl

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Lokowanie produktu*

Jechaliśmy do Krakowa na Wenę, słuchając najnowszej płyty naszego redakcyjnego kolegi i rozmawialiśmy o tematach corocznego spotkania z redaktorami pism izb lekarskich. Dwa dni później zostałem zaproszony na koncert Artura Andrusa, który w pierwszej piosence, uzupełnionej o amerykańskie badania, przekonywał, że: „prawdziwego mężczyznę poznaje się nie po tym, jak skończył, tylko po tym, jak nie zaczął”.

Od wielu miesięcy, może już nawet grubo ponad rok, w najwyższych gremiach i w kuluarach samorządu rozmawiamy o wizerunku lekarza w mediach, a co za tym idzie – w odbiorze społecznym. Praktycznie nie ma spotkania, w którym nie stawia się pytań, co zrobić, aby ataki prasy, małostkowość i brak przygotowania dziennikarzy, spadające słupki zaufania do naszych zawodów zmieniły się, najlepiej z dnia na dzień. Dyskusja podparta autorytetami, emocjami i argumentami, toczy się zawsze w tym samym kierunku, rozłożenia rąk w niemocy. Dzieje się tak głównie dlatego, że zamiast zastanowić się nad przyczynami stanu zastanego: zachowaniami koleżanek i kolegów oraz zaprogramowanej sensacyjności informacyjnej, chcielibyśmy po swojemu kreować rzeczywistość. I tu pozwolę sobie zanucić razem z Andrusiem: „Nie zaczynaj! Szkoda czasu! Nie wywołuj wilka z lasu!”.

Wizerunek środowiska to fotografia stu osiemdziesięciu tysięcy twarzy, portret zbiorowy, można by rzec – rodzinny, na którym jesteśmy wszyscy: i ci, którzy przynoszą chlubę codzienną praktyką oraz głośnymi dokonaniem; i ci, którzy zapomnieli na krótszą lub dłuższą chwilę, jaka jest ich rola. Retuszowanie zdjęcia o takich rozmiarach nie może się udać, chociaż tak bardzo chcielibyśmy poddać się cyfrowej rekonstrukcji, pozbywając się przy okazji plam na ubraniu i koloryzując błękit nieba nad głową.

Według estradowo-kabaretowego scenariusza, widz nie pamięta początku występu ani tekstu, ani melodii, skupiając się na wyłączeniu telefonu, szukaniu chusteczki, kończeniu pogawędki. Zanim wzrok przyzwyczai się do scenicznego światła, a ucho do głośników, mija czas, który nie ma znaczenia dla finału. Tylko jeden element kodowany jest w tej części: ortopedycznie skomplikowana choreografia.

Nasze środowisko nie zauważyło początku swoich problemów, skupiając się na wyłączeniu, a może włączaniu zawodowych stereotypów, szukając nowej drogi i miejsca po transformacji, nie umiając kończyć dyskusji priorytetami, które wspólnie i konsekwentnie dałoby się realizować. Zanim wzrok przyzwyczaił się do telewizyjnych reflektorów, a ucho do złej opinii ankietowanych obywateli, minął czas, ale przecież można jeszcze walczyć, chociaż taniec uników nie zostawił wielkich pól do końcowego popisu.

Kolejne zespoły i komisje, zebrania i zjazdy rozważać będą: jak, przy pomocy kogo, za jakie pieniądze poprawić sobie wizaż? Będą twierdzenia kategoryczne i żądania, szukanie winnych i gorączkowe rozwiązania ad hoc. Nie potępiam tego, sam biorę w tym udział, zachęcam do dyskusji i wyciągania wniosków. Warto jednak pamiętać, że wielu bitew mogłoby nie być, gdyby nie prowokacja. Także z naszej strony. Czasem trzeba zacisnąć zęby, milczeć lub śpiewać stłumionym głosem:

To, że koniec wieńczy dzieło
Nie oznacza wcale, że
Jak się dobrze nie zaczęło,
To się musi skończyć źle.

**Kiedy nie ma nowych lekarstw
Zawsze leczy dobre słowo
Jeśli tylko się nie zwleka
Można zostać sobą...**

**Nie zaczynaj zmieniać twarzy!
Na komendę dziennikarzy!
Wszystko wieńczy epikryza,
Róbmy swoje aż po finał!**

* Cytaty z płyty Artura Andrusa „Cyniczne Córy Zurychu”.
Tekst wytłuszczony jest parafrazą piosenki „Nie zaczynaj” wg Jarosława Waneckiego.

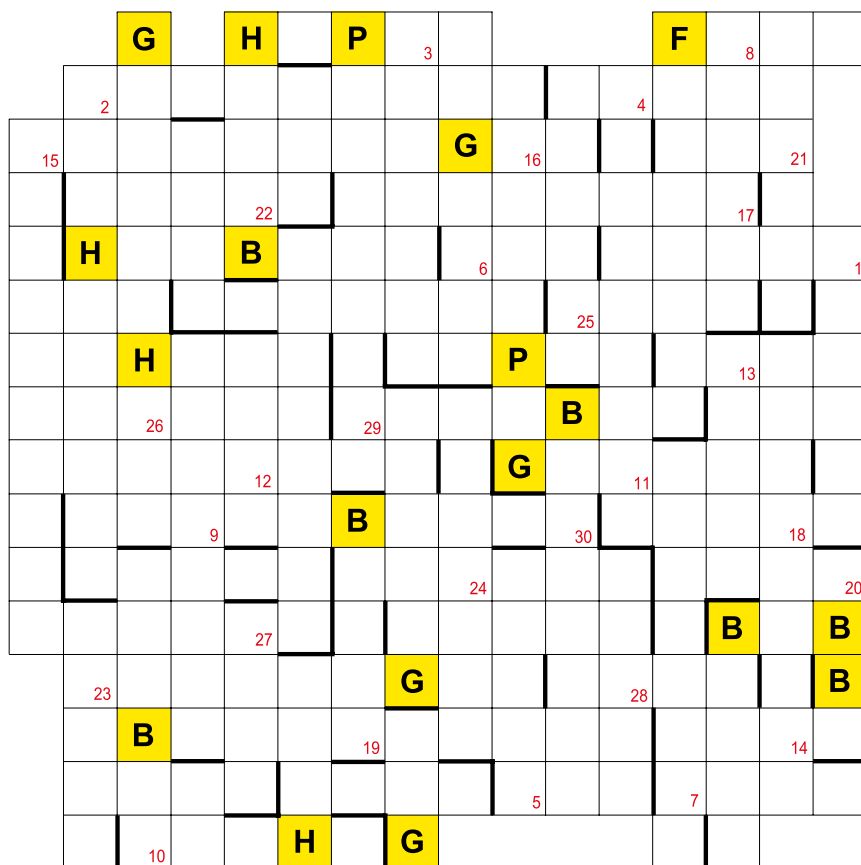


**Jarosław
Wanecki**

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objasnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, H i P. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie hiszpańskie. Należy je przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 lipca 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 206
(„GL” nr 04/2015)
Im więcej praw i regulacji
tym mniejszy szacunek
dla prawa.

Nagrody otrzymują:
Norbert Szram (Gdańsk),
Małgorzata Kurbiel
(Michałowice), Bartosz
Dudycz (Bukowno), Ro-
bert Rybski (Jasionów).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl. Na-
grody prześlemy pocztą.

* teraz to dział chorób przenoszonych drogą płciową * po renesansie * karabinek pneumatyczny * podstawowa klasyfikacja nowotworów * miasto i jezioro w Manitobie * rzeczowy, przymiotny lub przysłowny * upiór, mara * kultowy szwedzki zespół pop * błyska znad ogniska * abdomen of a child * mały budynek na granicy miasta * elektrownia jądrowa nad Savannah * ćwierć garnca * hormon adrenokortykotropowy * wodotrysk * miejsce kapitulacji Brytyjczyków i niepodległości USA * rzeźączka (łac.) * obrońca środowiska * imię sławnej Fallaci * nieżywy * uroczyste odprawianie * Michaił, wielki przyrodnik rosyjski * źródło alony * John, humanista ang. (1466-1519) * dymi nad Katanią * łan * ciężki oddech niemowlęcia * Naczelna Organizacja Techniczna * obrońca praw, przedstawiciel * Alnus * Stowarzyszenie Narodów Azji Pd.-Wsch. * angielski szlachcic * uprawia ipsację * między palladem a kadmem * płynie w Chartumie * trolle Tove Jansson * między strontem a cyrkonem * Shaq * elektroda ujemna * rzadka (łac.) * tytuł dla Cosel * wynalazek Gутtenberga * przejście w murze w cyrku rzymskim * przed siwem * plemię Karibi * cienka, przezroczysta tkanina * olej wątluszowy * żona Eneasza * zatopiony statek * wydzielina dokrewna (łac.) * wyspa z Papeete * wieczorny filmowy * nerpa * inna nazwa góry Synaj * przyprawa z gorczycy * palpato * starożytny kraj z Sużą * konsonans * nerwoból * nauczyciele polskiego * region z Rennes * tętnica główna * August II lub III * święto patrona * clitoris * płynie w Żylinie * oficjalne pismo dyplomatyczne * gardło, szyja - popularnie * stolica Kalmucji * pszczeli dom * atrofia * twórca kościoła ewangelicko-reformowanego * strączkwa z dużymi nasionami * konkluzja do dowiedzenia * watroba (łac.)

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 164 500 egz.

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

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelnv@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 Wójcik (Kraków)
 Stanisław Andrzejak (Warszawa)
 Jerzy Badowski (Olsztyn)
 Sławomir Badurek (Toruń)
 Jarosław Klimek (Łódź)
 Anna Lella (Olsztyn)
 Agata Morka (Warszawa)
 Sławomir Pietras (Poznań)
 Małgorzata Serwach (Łódź)
 Joanna Sokółowska (Płock)
 Maria Domańska (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.tarczynska@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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adustacji, zmianu 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).