

08/09
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



28

Prawo i medycyna
Tantiemy
w praktyce

37

Reportaż
MEDEVAC!
– lekarze na froncie

44

Ochrona zdrowia na świecie
Zdrowie dzieci
– trzeba zmienić podejście

Spis treści



19



37



46



54

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Jazda na żółtym
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Chcemy zmian na lepsze
- 10 **Skrining**
- 12 **Obserwacje / S. Badurek:** Przedwyborcze déjà vu
- 14 **Temat miesiąca:** Kolegę po fachu zatrudnię w praktyce
- 18 **Nasi w Europie / A. Lella:**
Lekarze dentyści ratują życie
- 19 **Rozmowa o zdrowiu:**
Bądź dobrym lekarzem i człowiekiem
- 22 **Samorząd:** Jak doktor z doktorem
- 25 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Wakacyjne przemyślenia
- 26 **Stomatologia:** W erze medycyny opartej na faktach
- 28 **Prawo i medycyna:** Tantiemy w praktyce
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Poświadczenie nieprawdy
- 32 **Biuletyn NRL**
- 37 **Reportaż: MEDEVAC!**
- 41 **Praktyka lekarska:** Nieplanowany zysk NFZ
- 44 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Zdrowie dzieci – lepsze, ale trzeba zmienić podejście
- 46 **Indeks korzyści:** Remont
- 48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Torre del Lago i Bayreuth
- Recenzja**
- 49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Wkurzajex Max
- 50 **Błąd malarski:** Na pół
- 52 **Kultura:** Skrawki pamięci
- 53 **Kultura**
- 54 **Sport**
- 56 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (53) / J. Wanecki:** Muzykujący studenci
- 66 **Jolka lekarska**

Ważne!

Wyniki kontroli NFZ dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykazały, że jedną z trzech najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości było zaliczanie przez świadczeniodawców jako hospitalizacji świadczeń, które mogły zostać wykonane w warunkach ambulatoryjnych. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Szczepienia

Jakie kwalifikacje powinny mieć osoby przeprowadzające szczepienia ochronne? Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Fizjoterapia

Dlaczego Prezydium NRL zdecydowanie negatywnie zaopiniowało obywatelski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty? Czytaj w dziale Samorząd na www.gazetalekarska.pl.

Szkolenia

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia. Zapisy: www.odz.nil.org.pl. Informacje: tel. 22/ 559 13 10, 44.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Jazda na żółtym

Gdyby zapytać kierowcę w dowolnym kraju, co oznacza żółte światło, następujące po zielonym na sygnalizatorze na skrzyżowaniu ulic, z pewnością odpowiedź byłaby jedna: muszę zwolnić, bo będzie zmiana na światło czerwone, czyli zakaz wjazdu na skrzyżowanie.

Odnoszę nieodparte wrażenie, że polscy kierowcy mają inne zdanie na ten temat. Opisana wyżej sytuacja to powód do naciśnięcia pedału gazu, by jak najszybciej przejechać skrzyżowanie. W praktyce oznacza to często jazdę na świetle czerwonym. Jak ogromne stanowi to zagrożenie dla wszystkich użytkowników drogi, wie każdy normalnie myślący człowiek. Nie zmienia to faktu, że ten sam człowiek, zamiast naciskać pedał hamulca, wciska pedał sąsiedni. Myślę, że wielu czytelników „Gazety Lekarskiej” ma podobne jak ja obawy, żeby na żółtym świetle ostro hamować przed skrzyżowaniem, bo to grozi najeżdżaniem przez jadący za nami samochód, którego kierowca właśnie dodaje gazu. Może ktoś spytać, dlaczego lekarz, chociaż redaktor, pisze w lekarskim piśmie o takich patologicznych zachowaniach? Przejeżdżaniu przez łódzkie i warszawskie skrzyżowania często towarzyszy poczucie zagrożenia. Otóż niestety podobne poczucie zagrożenia mam ostatnio, wykonując nasz piękny i trudny zawód. Wynika ono z zaburzenia proporcji pomiędzy czasem, jaki spędzam, rozmawiając z pacjentem czy badając go, a czasem, jakiego wymaga ode mnie wypełnianie dokumentacji. Brakuje mi czasu na spokojne i roztropne zastanowienie się nad sposobem leczenia. Daje to poczucie zagrożenia konsekwencjami takiej pracy. Z jednej strony mniejsza skuteczność terapii, czyli jest to szkoda dla pacjenta, z drugiej strony odpowiedzialność

za powstałą sytuację. Odpowiedzialność, którą ja poniosę. Opisana sytuacja dotyczy nie tylko lekarzy. Często słyszę od współpracujących ze mną pielęgniarek, że mają podobne odczucia. Jak wygląda to w praktyce? Kiedyś lekarza można było odnaleźć na sali chorych lub w pokoju lekarskim, teraz można odnieść wrażenie, że cały dzień pracy spędza przed komputerem. Powie ktoś, że jest to wymóg czasów, nieuchronnej komputeryzacji, ale czy czas lekarza nie jest zbyt cenny, żeby robić z niego sekretarkę medyczną? Odbierając mu czas na lekarskie myślenie!

25 lat samorządu lekarskiego, obchodzone w tym roku, to także ćwierćwiecze naszych pism. Wydawanie biuletynu to jedna z ważniejszych form komunikowania się izby z lekarzami. Różnie wyglądają pisma w poszczególnych izbach, na różne sposoby są redagowane. Piszemy o tym na stronie 22. Ważne są również inne, nowoczesne, formy łączności. Izba warszawska gromadzi adresy mailowe lekarzy, aby docierać do nich z różnymi informacjami tą drogą. Podobnie czynią inne izby. Izba w Płocku zorganizowała sprawnie działający i skuteczny system przesyłania lekarzom informacji poprzez esemesy. Wszyscy wiemy, że przyszłość to media elektroniczne. Dowodem jest popularność portali społecznościowych. Nie zmienia to faktu, że także tradycyjne, papierowe wydania pism samorządu lekarskiego mają wierne grono czytelników. Dziękujemy i zapraszamy do lektury. ■

Migawka

Koleżanki i Koledzy!

Proponujemy cykl publikacji, które mogą pomóc w poprawie relacji lekarz – pacjent. Korzystamy z doświadczeń niemieckiej izby lekarskiej, w ten sposób komunikującej się z pacjentami. Pierwsza publikacja zawiera wybrane przepisy, odnoszące się do zdarzeń, które mogą powodować konflikty, a wynikają z nieznaności obowiązującego prawa. Jeśli zaakceptujecie Państwo propozycję, prosimy o wywieszanie Praw Lekarza (znajdują się na III okładce tego numeru „GL”) w pracy, w miejscach widocznych dla pacjentów.

Zbigniew Brzezina
Rzecznik Praw Lekarza NRL

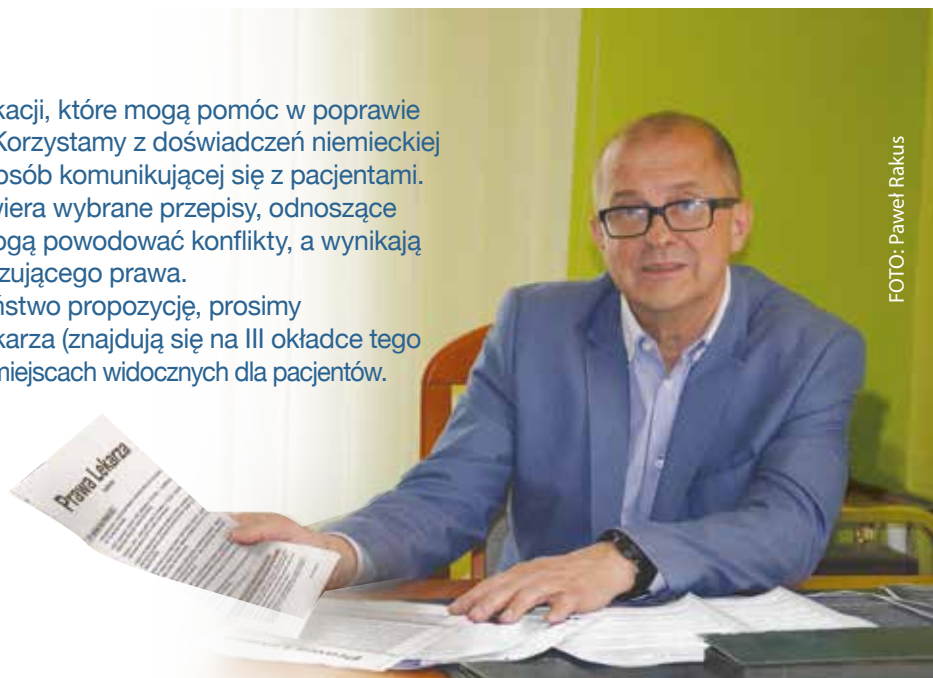


FOTO: Paweł Rakus



Odpowiedzialność lekarzy za szkody

Sprawy odpowiedzialności lekarzy za szkody poniesione przez pacjentów przy zabiegach medycznych budzą wiele emocji, wiele z nich znajduje swoje zakończenie na wokandach sądowych. Orzeczenia wydawane w takich sprawach pozwalają budować pewne modele zachowań oczekiwanych od lekarzy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych czy granic ich odpowiedzialności.

Wzorzec zachowania lekarza powinien być budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają specjalizacja, stopień naukowy, doświadczenie ogólne, doświadczenie przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia, zachowanie wysokiego poziomu etyki. O przypisaniu lekarzowi odpowiedzialności może również decydować niezręczność czy nieuwaga przy przeprowadzaniu zabiegu, jeżeli obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Również wykonanie zabiegu wykraczającego poza wiedzę lekarza jest bezprawne.

Od lekarzy nie wymaga się ponadprzeciętnej staranności, ale wysoko ustawia się próg staranności, który traktuje się jako poziom przeciętnej staranności każdego lekarza, jako staranności zawodowej. Dzieje się tak ze względu na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i często nieodwracalne ich skutki. Według tej przeciętnej oceniane są konkretne zachowania. Lekarz odpowiada tylko za brak należytej staranności, a nie za wynik leczenia. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie mogą przekładać się na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania.

Do obowiązków lekarzy należy takie podjęcie leczenia, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt, w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

Działania lekarzy ocenia się na podstawie całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dyspono-

wać, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

O przypisaniu lekarzowi odpowiedzialności odszkodowawczej może też decydować:

- udzielenie pacjentowi niewłaściwych zaleceń co do postępowania po zabiegu (np. co do częstotliwości wizyt kontrolnych, czynności, jakie powinien wykonywać) czy brak wpisów w tym zakresie w dokumentacji medycznej,
- brak wpisów dotyczących ustaleń z badania podmiotowego i przedmiotowego,
- brak właściwej diagnostyki obrazowej,
- zaniechanie konsultacji specjalisty czy skierowania pacjenta do lepiej wyposażonej placówki.

Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody.

Najczęściej niemożliwe jest pewne ustalenie związku między zachowaniem lekarza a szkodą pacjenta – w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia. Wystąpienie innych przyczyn, oprócz nienależytej staranności lekarza, które mogły lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkody, nie zwolni go od odpowiedzialności. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne niepozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Związek między zachowaniem lekarza, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni, dalszy czy bliższy – musi tylko pozostawać w graniach „normalności”.

Takie wnioski można wyciągnąć z dwóch wyroków Sądów Apelacyjnych, jakie zapadły w 2015 r.: 15 maja w Białymstoku (I ACa 1077/14) i 30 kwietnia w Łodzi (I ACa 1752/14).

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Chyba wszystkie szpitale ucieszyły się na zapowiedziane przedłużenie vacatio legis dla wejścia w życie konieczności zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do końca przyszłego roku. [...] Problem jednak nie powinien być rozwiązywany przez coroczne odsuwanie tego obowiązku.

Chcemy zmian na lepsze

Minister zdrowia prof. Marian Zembala odwiedził Naczelną Izbę Lekarską dwukrotnie w ciągu dwóch miesięcy. Od lat nam się to nie zdarzało, żeby minister z taką powagą i zaangażowaniem traktował współpracę z samorządem zawodowym.

Na każdym ze spotkań odnosił się do postulatów środowiska lekarskiego, pokazując, że do opracowywania m.in. naszych prośb powołuje zespoły, angażuje prawników i osoby z poszczególnych departamentów, które razem z nim obradują, jak zrobić coś szybko i sprawnie. W ten sposób obiecano na przykład w zakresie pakietu onkologicznego, że zostanie wydane rozporządzenie, które da uprawnienie lekarzom specjalistom do wydawania karty DiLO w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej. W tym trybie ma zostać też ustalony nowy skład konsyliów, a także wprowadzenie leczenia onkologicznego w przypadku nowotworów centralnego układu nerwowego oraz niektórych nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego, oraz możliwość skierowania pacjenta na zabieg diagnostyczno-terapeutyczny z poziomu POZ czy AOS. Wymieniam te obiecane zmiany, mając świadomość, że bardziej niż o poprawę apelowaliśmy o zresetowanie pakietu, który utrudnia wszystkim życie. Jestem jednak zbudowany postawą zauważania błędów przez ministra w momencie, w którym widać brak zgody politycznej na wprowadzenie zasadniczych zmian.

Mam nadzieję, że jeszcze szybszą ścieżką zostanie rozwiązany problem szczepień ochronnych, a konkretniej – narzucony na lekarzy wykonujących szczepienia obowiązek odbywania szkolenia lub posiadania specjalizacji w dziedzinie, w przypadku której program kształcenia podyplomowego obejmuje tę problematykę. Apelując do pana ministra, podkreślaliśmy, że posiadanie 3-letniego doświadczenia zawodowego w zakresie szczepień, w powiązaniu z obowiązkiem doskonalenia zawodowego, jest wystarczającym gwarantem bezpieczeństwa wykonywania szczepień. Wszystkim ministrom zdrowia – o co do wszystkich apelowałem wielokrotnie – powinno zależeć na powszechnym propagowaniu ochrony zdrowia poprzez szczepienia. Do tego jest potrzebna duża rzesza zaangażowanych lekarzy. Dlatego też stawianie dodatkowych barier doświadczonym lekarzom w czasie, gdy sztandarowa ustawa o zdrowiu publicznym również porusza tę kwestię, jest zupełnym nieporozumieniem.

Chyba wszystkie szpitale ucieszyły się na zapowiedziane przedłużenie vacatio legis dla wejścia w życie konieczności zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń

medycznych do końca przyszłego roku. To na razie tylko słowne zapewnienie, ale bardzo prawdopodobne, mając na uwadze, że wszystkie wcześniejsze przedłużania dochodziły do skutku. Problem jednak nie powinien być rozwiązywany przez coroczne odsuwanie tego obowiązku. Musi zostać wykonana rewizja zapisów ustawy o prawach pacjenta w duchu, w jakim samorząd to opisuje od 5 lat. Obecnie skonstruowana ustawa nie tylko narzuca olbrzymie obciążenie finansowe dla szpitali, ale też przy jej realizacji nikt nie odnosi korzyści. Wniosek: naprawienie tego bubla prawnego powinno być jednym z najważniejszych zadań dla rządu następnej kadencji.

Mimo wyrażanego przeze mnie protestu wspartego protestem zaprzyjaźnionych izb innych krajów, co oczywiste również i przedstawicieli Ukrainy, najbliższe posiedzenie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) jesienią tego roku będzie miało miejsce w Moskwie. Jeżeli już wybrano to miejsce, to WMA powinno podjąć stanowisko potępiające jakiegokolwiek postępowanie wzniecające zachowania agresywne, wojny, popychające ludzi jednego kraju do zadawania cierpienia drugim, do migracji milionów ludzi, którzy opętani manią wielkości niektórych polityków muszą opuszczać domy rodzinne.

W obradach będą uczestniczyli przedstawiciele wszystkich kontynentów i dzięki wspólnemu stanowisku ci ze spokojnych regionów zauważą nieszczęścia innych: na Ukrainie, w Syrii, Nigerii czy Kenii. Lekarze mają nie tylko obowiązek leczenia rannych i poszkodowanych, lecz przeciwstawiania się zapędowi politycznym, których ostatecznym efektem jest przemoc. O takie przesłanie będziemy zabiegać, gdyż wyrażone w Rosji dla Polaków mogą mieć szczególne znaczenie.

Wielką radość sprawiło wszystkim nam zdobycie tytułu Mistrza Świata w piłce nożnej przez naszych kolegów lekarzy z Zabrze. Dla mnie radość tym większa, że to przyjaciele ze Śląskiej Izby Lekarskiej, do której i ja należę. Dzięki nim możemy dumnie wypiąć pierś patriotyczną, a mnie – w nawiązaniu do poprzedniego akapitu – przyszła do głowy taka myśl: jak to dobrze, że nasi nadmiar energii i testosteronu mogą wypocić, biegając po boisku, a nie z karabinem maszynowym za wschodnią granicą. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Konferencja prasowa 26 czerwca 2015 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie.

FOTO: M. Ilena Kruszevska

Minister Zdrowia w NIL

26 czerwca br. minister zdrowia prof. Marian Zembala był gościem posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, a 5 sierpnia br. wzięł udział w posiedzeniu Prezydium NRL. Po każdym z posiedzeń odbywały się spotkania prasowe. Na posiedzeniach omawiano z ministrem poszczególne punkty przedstawione przez NRL do pilnej realizacji. Wśród nich znalazły się: podjęcie dyskusji nad możliwością rewizji przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny, poprawa jakości i dostępności do świadczeń geriatrycznych, poprawa finansowania uczelni medycznych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w ramach studiów stacjonarnych w języku polskim, przywrócenie stażu podyplomowego, zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego, wykreślenie z listy produktów farmaceutycznych dostępnych tylko na receptę produktów homeopatycznych, kontynuacja szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów z zakresu umiejętności porozumiewania się z pacjentami i współpracownikami.

Listy oczekujących

Prezydium NRL zaapelowało do Ministra Zdrowia o zmianę niezrozumiałych i zbyt rygorystycznych wymogów prowadzenia list oczekujących oraz zniesienia obowiązku prowadzenia listy oczekujących w niektórych zakresach świadczeń zdrowotnych, dla których prowadzenie listy jest zbędne np. w stomatologii. Prezydium przypomniało, zgłaszany już wielokrotnie postulat, aby system opieki zdrowotnej zawierał przepisy określające maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych, po upływie którego pacjent miałby prawo wykonać dane świadczenie w dowolnej placówce medycznej w kraju lub za granicą i otrzymać z Narodowego Funduszu Zdrowia zwrot wydatkowanych na ten cel środków pieniężnych.

Jama ustna seniorów

„Bezzębna starość w Polsce! Czy NFZ niszczy zęby Polaków?” – to tytuł zorganizowanej na początku lipca br. w NIL konferencji prasowej, podczas której omówione zostały kwestie dotyczące m.in. stanu zdrowia jamy ustnej seniorów, opieki stomatologicznej nad tą grupą społeczną, edukacji i informacji.

Wykładali goście: prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska i Krystyna Lewkowicz oraz lekarze dentyści ze strony NRL: wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler, Andrzej Baszkowski, Małgorzata Lindorf, Anita Pacholec. Obszerna relacja opublikowana została na stronie www.gazetalekarska.pl.

W sprawie dyżurów

Tygodnik „Wprost” w materiale prasowym „Pielęgniarska zapaść” opublikował w połowie lipca br. wypowiedź prezesa Polskiej Federacji Szpitali Jarosława J. Fedorowskiego, w której podaje on stawkę za godzinę dyżuru nocnego dla lekarzy w wysokości około 80 zł. To oburzyło młodych lekarzy, w imieniu których zwróciliśmy się do prezesa PFS z zapytaniem, na jakich danych się opierał. W piśmie wskazywaliśmy, że według sygnałów otrzymywanych od lekarzy, ta stawka jest dużo niższa, niż podana przez pana prezesa i wynosi około 50 zł brutto, a w przypadku młodych lekarzy rezydentów bywa niższa nawet do poziomu, który został podany jako poziom stawki dla pielęgniarek, czyli 20 zł brutto. „Dlatego też bez konkretnych danych opracowanych na podstawie konkretnych ankiet stwierdzenie pana prezesa o stawce ogólnopolskiej jest bardzo krzywdzące dla całego środowiska lekarskiego” – czytamy w piśmie. Lekarzy, którzy chcieliby podzielić się z NIL danymi dotyczącymi stawek za dyżury, prosimy o kontakt e-mailowy: k.strzalkowska@hipokrates.org.

UEMS w Warszawie

W dniach 15-17 października br. odbędzie się w Warszawie posiedzenie Zarządu i Rady Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) połączone z wyborami na kadencję w latach 2016-2019.

W obecnej kadencji funkcję Prezesa UEMS sprawuje prof. Romuald Krajewski.

ERO-FDI w Gdańsku

Lipcowe zebranie Zarządu Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI) odbyło się w Polsce, w Gdańsku. Również w Polsce, w Poznaniu odbędzie się dokładnie za rok w dniach 7-10 września 2016 r. Światowy Kongres Dentystyczny. Prezydent Philippe Rusca, prezydent-elekt Anna Lella, sekretarz Hans Schrangl, skarbnik Michael Frank oraz członek zarządu prof. Taner Yucer (kandydat na prezydenta elekta FDI) pracowali nad przygotowaniami do tegorocznego posiedzenia planarnego ERO podczas Kongresu w Bangkoku, ale polskich akcentów nie brakowało.

Marihuana a ordynowanie

Prezydium NRL w stanowisku z 21 lipca br. przypominało o konieczności starannego przestrzegania zasad dotyczących ordynowania produktów leczniczych przez lekarzy. Odniosło się do publicznej dyskusji dotyczącej stosowania produktów na bazie marihuany oraz do kwestii eksperymentu medycznego. Zaaapelowało do lekarzy, aby swoją praktykę prowadzili zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM), a konkretne produkty stosowali po zakończeniu badań klinicznych nad nimi i po wprowadzeniu ich do obrotu. W stanowisku przywołało zapisy m.in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ordynowania leków czy Deklarację Helsińską w zakresie interwencji o nieudowodnionej skuteczności. Wskazało także, że do oceny postępowania lekarzy właściwe są organy odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego. Więcej na www.nil.org.pl.

Szkolenia dla młodych lekarzy

„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, dobiegają końca. 4 września br. w siedzibie NIL przy ul. Sobieskiego 110 odbędzie się konferencja podsumowująca ten projekt.





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Przedwyborcze déjà vu

Słyszałem w radiu, jak jedna z pielęgniarek, wypyttywana o płacowe postulaty jej grupy zawodowej, przekonywała, jakoby półtora tysiąca podwyżki to niewiele, bo „to tyle, ile ma za jeden dyżur młody lekarz”.

Można by tę wypowiedź wrzucić do przegródki z napisem „nieprzemyślane, niewarte komentarza”, gdyby nie fakt, że bardzo dobrze wpisuje się ona w ochoczo rozpowszechnianą przez media tezę o słabo wynagradzanych pielęgniarkach i świetnie zarabiających lekarzach. Sięga się przy tym po liczby, dowodząc, ile razy lekarz zarabia więcej od pielęgniarki i podsuwa odbiorcy wprost pod nos gotowy wniosek: gdyby doktorzy nie byli tak pazerni, to z pewnością los biednych siostr byłby lepszy.

Może nie miałem szczęścia, ale jakoś nigdy się nie spotkałem, by dziennikarz wyjaśnił, dlaczego w tym przypadku nie należy ślepo ufać liczbom. Nie widzę innego, jak celowa manipulacja, wytłumaczenia, bo rozwiązanie „zagadki” jest tak proste, że posądzanie przedstawicieli czwartej władzy o niedostrzeganie go uwłaczałoby ich inteligencji. Porównując to, co de facto nieporównywalne, da się otrzymać rezultat zgodny z każdym zamówieniem. Weźmy na przykład lekarza, który na umowie o pracę zarabia 4 tys. zł brutto. Nie jest to przypadek odosobniony, a wynagrodzenia większości kontraktowców są pochodną mniej więcej takiej kwoty. Jeśli wspomniany lekarz ograniczy działalność zawodową do etatu, na jego konto wpływa co miesiąc 2854 zł. Porównajmy naszego doktora z pielęgniarką kontraktową, pracującą za 25 zł na godzinę. I w tym przypadku można podaną stawkę uznać za typową. Załóżmy, że pielęgniarka spędza w pracy 250 godz. w miesiącu, co przy tej formie zatrudnienia nie jest ewenementem. Biorąc pod uwagę obciążenia wynikające z ozusowania, podatek liniowy, miesięczny bezpłatny urlop, zostaje netto 3943 zł miesięcznie. Wniosek: pielęgniarka zarabia niemal 40 proc. więcej od lekarza!

Zonglować liczbami można, jak komu wygodnie. Jaka jest prawda o zarobkach lekarzy i pielęgniarek, bardzo dobrze pokazuje odpyływ przedstawicieli tych zawodów za granicę. Nie dajmy sobie wmówić, że to niemiarodajny parametr, bo „Zachód jest dużo bogatszy”. Gdyby przynajmniej zachowano odpowiednie proporcje wynagrodzeń, emigracja byłaby znacznie mniejsza. Specjaliści z branży IT wyjeżdżać z Polski nie muszą. Nikt nie mówi, że z powo-

du wyjazdów „za chlebem” zabraknie nam pilotów. A i na naszym podwórku – w zabiedzonej publicznej ochronie zdrowia – jest grupa, która nie musi emigrować, bo może liczyć na solidne, adekwatne do zachodnich wynagrodzenia, a bywa – wręcz wyższe. Mam na myśli hojnie opłacanych przez samorządy dyrektorów szpitali. Nie ma powodów, by rodzimy rynek pracy traktował wyspecjalizowanych lekarzy i doświadczonych pielęgniarki jak macocha wyrodne dzieci. Tymczasem w minionym roku zarówno w izbach pielęgniarskich, jak i lekarskich odnotowano wyraźny wzrost liczby zaświadczeń wydawanych ubiegającym się o pracę za granicą. W przypadku pielęgniarek istotnymi problemami są ponadto słabnące zainteresowanie kształceniem w tym zawodzie oraz rezygnowanie z jego wykonywania na rzecz mniej obciążających profesji.

Jak widać, są mocne argumenty za podwyżkami. A do tego, jeśli wierzyć sondażom, idzie nowa władza, która „zrobi porządek”. Szkopuł w tym, że latem 2005 r., czyli tuż przed wygranym wyborów parlamentarnych, Prawo i Sprawiedliwość obiecywało „50-procentowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia w ciągu czterech lat oraz likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia po 2006 r.” (cytuję za money.pl). Dziś ta płyta rozbrzmiewa po raz wtóry, wraz z tak znanymi szlagierami jak „sieć szpitali” i „powrót do szkół gabinetów lekarskich”. PO natomiast przez osiem lat wielokrotnie pokazała, gdzie ma sektor ochrony zdrowia, a problemy lekarzy i pielęgniarek w szczególności. Byłoby szczytem naiwności wierzyć, że to się zmieni podczas ewentualnej kolejnej kadencji rządów tej partii. Nie kijem go, to pałką. Wygląda na to, że popaździernikowa władza, jakkolwiek by nie była, nie zrezygnuje z obijania nas którymś z tych narzędzi. Wymagająca licznych poświęceń rola współczesnych kułaków, narzucona nam za czasów ministra Arłukowicza, jest dla rządzących bardzo wygodna. Daje bowiem nieskrępowaną możliwość używania mantry „to wszystko przez nich”. By nie popadać w defetyzm, nie wykluczam, że pielęgniarki dostaną na odczepnego jakąś podwyżkową kropelówkę, choć jej wartość nie będzie tak duża, jak wysnione pobory za dyżur młodego lekarza. ■

Nie ma powodów,
by rodzimy rynek
pracy traktował
wyspecjalizowanych
lekarzy
i doświadczonych
pielęgniarki jak
macocha wyrodne
dzieci.

Kolegę po fachu zatrudnię w praktyce

**Lucyna
Krysiak**

Są przedsiębiorcami, tak jak właściciel sklepu, warsztatu samochodowego czy firmy budowlanej, i dźwigają z tego tytułu wszelkie obciążenia administracyjne, ale nie mogą w swojej prywatnej praktyce zatrudnić kolegi po fachu. Lekarze dentyści uważają, że to dyskryminujące i chcą uzyskać ten przywilej.

Do tego potrzebna jest jednak zmiana prawa. Lekarze dentyści, otwierając swoje praktyki zawodowe, jak wszyscy prywatni przedsiębiorcy w Polsce podlegają ustawie o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004 r. Ustawa ta nakłada na nich obowiązki administracyjne wynikające z prowadzenia praktyki lekarskiej, ale nie daje im przywilejów. Przykładowo, stomatolodzy nie mogą być vatowcami (usługi medyczne są zwolnione z podatku VAT), mimo że artykuły niezbędne do wyposażenia praktyk zawodowych, począwszy od unitów, poprzez materiały, skończywszy na środkach czystości kupują z VAT-em. Nie mogą więc VAT-u odliczyć od podatku. Największą bolączką jest jednak to, że nie mają prawa zatrudniania w swojej praktyce innych lekarzy. Mogą zatrudniać np. rejestratorkę, pomoc stomatologiczną, sprzątaczkę, ale nie innego lekarza dentystę. To ograniczenie stawia przed nimi ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stomatolodzy zabiegają, aby zmienić zapis dotyczący tych kwestii.

Trochę historii

Zabiegają o to od dwóch poprzednich kadencji samorządu lekarskiego. Problem zatrudniania kolegów lekarzy w praktyce nie jest więc nowy. Od dawna budził kontrowersje w środowisku, tym większe, że pierwotnie art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty bardzo restrykcyjnie traktował te sprawy i w żadnej sytuacji nie dopuszczał takiego rozwiązania. Dopiero ówczesna przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL Anna Lella podjęła działania (pismo do Premiera RP, parlamentarzystów, wnioski Komisji Stomatologicznej do Prezydium NRL, do członków NRL), które doprowadziły do złagodzenia tego zapisu. W ten proces było zaangażowanych więcej osób z Komisji Stomatologicznej, m.in. Teresa Bujko, Halina Porębska. Sprawa stała się więc na Krajowym Zjeździe Lekarzy, który uchwałą zobligował NRL do działań w tym zakresie. Działania te spowodowały złagodzenie art. 53, czego skutkiem jest, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w obecnym kształcie zezwala na zatrudnienie drugiego lekarza do celów szkoleniowych. Art. 50-53 tej ustawy mówią, że lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w miejscu

wezwania może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). W punkcie drugim określa, że lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską lub grupową specjalistyczną praktykę lekarską, prowadzący odpowiednio staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, może zatrudniać lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. Tyle cytatu. Dziś oczekiwania są jednak jeszcze większe. Lekarze dentyści chcą, aby nie tylko mogli zatrudniać innych lekarzy do celów szkoleniowych, ale w celach świadczenia przez nich pracy na umowach o pracę lub umowach cywilnoprawnych. – Sprawy te zostały poruszone już na VIII, później IX i X Zjeździe Lekarzy, a także na jednym z posiedzeń Prezydium NRL. Stomatologom chodziło o to, aby doprowadzić do zrównania statusu praktyk zawodowych z podmiotami leczniczymi oferującymi usługi medyczne na rynku – tłumaczy Jerzy Gryko, szef zespołu ds. praktyk lekarskich NRL w obecnej kadencji. Dodaje, że oczekiwania środowiska są w pełni uzasadnione, ponieważ prawo wciąż ewoluuje, za tym powinna więc pójść także ewolucja zapisów w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, i aby nie być gołosłownym sięga do archiwów i jako przykład przytacza stanowisko Nadzwyczajnego IX Krajowego Zjazdu Lekarzy z 2 stycznia 2008 r. w sprawie określenia kierunków nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał wówczas Naczelną Radę Lekarską do podjęcia działań zmierzających do nowelizacji art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez nadanie mu brzmienia, które umożliwiłoby lekarzom dentystom prowadzącym indywidualne praktyki lekarskie lub indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i wykonującym zawód przez co najmniej pięć lat, zatrudnianie innego lekarza dentysty. Obecnie środowisko pragnie, aby znieść również to ograniczenie.

Lekarze dentyści chcą, aby nie tylko mogli zatrudniać innych lekarzy do celów szkoleniowych, ale w celach świadczenia przez nich pracy na umowach o pracę lub umowach cywilnoprawnych.

Ewolucja a nie rewolucja

Kiedy wiele lat temu wprowadzono ustawę o swobodzie działalności gospodarczej, przed lekarzami dentykami stworzyła się możliwość pracy na „swoim”, a przed stomatologią otworzyła się prosta droga do prywatyzacji. To właśnie wtedy ta dziedzina medycyny zaczęła się dynamicznie rozwijać i dorównywać krajom zachodnim. Zarówno jeśli chodzi o sprzęt i materiały, wyposażenie gabinetów, jak i pod względem jakości usług. Na polskim rynku usług stomatologicznych było to nowatorskie rozwiązanie, co cieszyło środowisko i pacjentów. Oznaczało bowiem, że dostęp do nowoczesnych technologii medycznych stoi otworem. Szybko jednak pojawiły się także obawy, czy ustawa o swobodzie działalności gospodarczej zbytnio nie skomercjalizuje tej dziedziny medycyny, która mimo sprywatyzowanego oblicza przez cały czas jest dziedziną stricte medyczną, podlega więc takim samym wymogom jak cała medycyna. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty pojawił się więc zapis ograniczający możliwość niekontrolowanego rozrastania się indywidualnych i grupowych praktyk zawodowych w stomatologii poprzez zakaz zatrudniania w takiej praktyce innych lekarzy po fachu. Takie ograniczenie nie dotyczyło dawnych ZOZ-ów. – Wtedy zapis ten miał swoje uzasadnienie, ustawa o swobodzie działalności gospodarczej sprawiła, że 98 proc. całej pol-

skiej stomatologii uległo prywatyzacji. Obecnie, kiedy stomatologia stała się dziedziną wielospecjalistyczną i wąkospecjalistyczną, zapis ten okazuje się być ograniczający i uciążliwy – przekonuje Jerzy Gryko i zaznacza, że w działaniach Komisji Stomatologicznej NRL nie chodzi o rewolucję w zapisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czego obawiają się w kularowych dyskusjach niektórzy członkowie Rady, ale o dostosowanie prawa do zmian, z jakimi lekarzom dentytom przychodzi się mierzyć. Przykładem tych zmian jest ustawa o działalności leczniczej, która reguluje działalność podmiotów leczniczych. W opinii Agnieszki Ruchały-Tyszler, wiceprezesa NRL w obecnej kadencji oraz przewodniczącej Komisji Stomatologicznej NRL, jest co najmniej kilka kluczowych argumentów, które przemawiają za zniesieniem ustawowego embarga na zatrudnianie kolegów lekarzy w indywidualnych i grupowych praktykach. – Obecnie lekarz prowadzący praktykę prywatną, oferujący przykładowo usługi ze stomatologii zachowawczej, jeśli u swojego pacjenta potrzebuje konsultacji ortodonta lub chirurga stomatologicznego, musi go tam odesłać. Szczególnie kłopotliwe jest kierowanie do stomatologa specjalizującego się w tak wąskiej dziedzinie, jaką jest np. endodoncja czy implantologia. Implanty przestały być nowinką, stają się powszechnie stosowaną metodą służącą do odbudowy utraconych zębów ▶

Za zmianą zapisu w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w sprawie zatrudniania w praktyce innego lekarza przemawiają także przykłady różnych zdarzeń losowych. Bywa, że prowadzący praktykę zachoruje lub ulegnie wypadkowi, wówczas trzeba na jakiś czas zamknąć interes.

Obecnie nie ma racjonalnego uzasadnienia dla ograniczenia możliwości prowadzącym działalność opartą o przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej zawierania umów o pracę z innym lekarzem. Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w obecnym brzmieniu dopuszczają jedynie możliwość współpracy pomiędzy lekarzami na zasadzie odnajmowania im gabinetu.

i dotychczasowy sposób opieki nad takim pacjentem zestarzał się i powinien się zmienić – mówi Agnieszka Ruchała-Tyszler i dodaje, że odsyłanie pacjenta do ośrodka, gdzie wszczepia się implanty, wydłuża czas leczenia i dezorganizuje kompleksową opiekę nad pacjentem. Wiceprezes zaznacza, że wielu stomatologów w swoich praktykach dysponuje gabinetem i sprzętem, w którym mogliby wykonywać zabiegi wszczepiania implantów przez specjalizujących się w tej dziedzinie kolegów po fachu, co skróciłoby drogę do odbudowy protetycznej. Wiele praktyk jest także wyposażonych w dwa unity, na których bez przeszkód mógłby przyjmować np. ortodonta, do którego w kolejce czeka się nawet kilka miesięcy. – Wszystko odbyłoby się w jednym gabinecie, pod okiem prowadzącego pacjenta lekarza dentysty – uzasadnia potrzebę zatrudniania lekarzy po fachu w prywatnych praktykach Agnieszka Ruchała-Tyszler.

Za zmianą zapisu w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w sprawie zatrudniania w praktyce innego lekarza przemawiają także przykłady różnych zdarzeń losowych. Bywa, że prowadzący praktykę zachoruje lub ulegnie wypadkowi, wówczas trzeba na jakiś czas zamknąć interes. Traci na tym pacjent, który musi przerwać ciągłość leczenia i lekarz, który w tym czasie nie może zarabiać, często nie ma z czego żyć, utrzymać rodziny i nie może odprowadzać składki ZUS. Bywało, że takie losowe zdarzenia doprowadzały do upadku i zamknięcia praktyki. – Dla lekarza stomatologa, dla którego jego praktyka jest jedynym źródłem utrzymania, to prawdziwy cios – podkreśla Jerzy Gryko. Tego rodzaju sytuacje dotyczą właśnie praktyk indywidualnych, które stanowią większość na rynku usług stomatologicznych, bo sięgają 75 proc. Praktyki grupowe nie są tak liczne i ich problem zatrudniania innych lekarzy po fachu dotyczy w mniejszym stopniu. Problem ten wychodzi poza stomatologię, gdyż borykają się z nim również lekarze rodzinni działający w ramach praktyki zawodowej. Są to zwykle starsi lekarze pracujący w małych miejscowościach. – Oni nie tylko nie mogą zachorować, pójść na urlop albo wyjechać na szkolenie czy konferencję zagraniczną, czy staż specjalizacyjny. Na dodatek wiąże ich umowa z NFZ, stają się więc więźniami swojej praktyki – zaznacza doktor Gryko. Wprowadzenie możliwości zatrudnienia innego lekarza w praktyce lekarskiej umożliwiłoby spełnienie wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących zapewnienia 12-godzinnej, a w niektórych przypadkach 24-godzinnej dostępności do świadczeń.

Jak równy z równym

Obecnie nie ma racjonalnego uzasadnienia dla ograniczenia możliwości prowadzącym działalność opartą o przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej zawierania umów o pracę z innym lekarzem. Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w obecnym brzmieniu dopuszczają jedynie możliwość współpracy pomiędzy lekarzami na zasadzie odnajmowania im gabinetu. Także młodzi na starcie swojego życia chętnie podjęliby pracę w indywidualnej praktyce

i nabrali doświadczenia, skorzystali z ofert kształcenia i zebrali fundusze na otwarcie własnej praktyki. Zmiana przepisów dotyczących tych kwestii w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty stworzyły też ramy prawne dla budowania i kontynuowania tak istotnej dla zawodu lekarza i lekarza dentysty relacji „mistrz – uczeń”, pomiędzy doświadczonymi lekarzami, a ich młodszymi kolegami. Stworzyłoby to także nowe miejsca pracy, w szczególności dla młodych lekarzy, rozpoczynających wykonywanie zawodu oraz do zapewnienia niezakończonego funkcjonowania praktyki w sytuacjach losowych, np. choroby lekarza prowadzącego praktykę. Wyeliminowałoby także coraz częstsze zjawisko powoływania przez stomatologów jednoosobowych podmiotów leczniczych w celu zatrudnienia innego lekarza, aby móc wyjechać na urlop lub na długi weekend. – To fikcja, gdyż takie podmioty tworzy się tylko po to, by uciec spod jurysdykcji obowiązującego prawa w tym zakresie pod skrzydła urzędów wojewódzkich, które są organami administracyjnymi i nie mają interesu, by w należyty sposób dbać o podmioty lecznicze, tak jak to zapewnia praktykom samorząd lekarski – mówi doktor Gryko. Zaznacza też, że wielu lekarzy nie ma żyłki do biznesu, ale są bardzo dobrymi fachowcami, których można zatrudnić. Chętnie się doksztalcają, specjalizują. Są dla praktyk nieocenieni, a praktyka jest dla nich szansą na pierwszą pracę. Argumentów na tak jest cała lista.

Oprócz młodych lekarzy, dopiero co rozpoczynających pracę w zawodzie, jest liczna grupa starszych lekarzy dentystów, którzy potrzebują gdzieś dopracować do emerytury. Nie mają już zdrowia, nie mogą inwestować we własną praktykę, nie są więc na tyle rozwojowi, by mogli ubiegać się o kontrakt z NFZ. Ale mają wiedzę i doświadczenie, zatrudnieni w indywidualnej praktyce zyskaliby ubezpieczenie i stabilizację. Członkowie Komisji Stomatologicznej NRL czynią starania, aby przebić się z tym tematem do polityków – posłów i senatorów – i najczęściej spotykają się z ich zdziwieniem. – Nasi rozmówcy są przekonani, że podlegając ustawie o swobodzie działalności gospodarczej na rynku usług, działamy jak równy z równym i szkodzi ich fakt, że narzędzia hamujące znajdują się w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, chcemy więc przekonać do proponowanych zmian znaczącą większość kolegów lekarzy, wierząc, że będą na nie otwarci – mówi wiceprezes Ruchała-Tyszler. Jednak działalność praktyk reguluje kilka aktów prawnych, nie tylko ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Trzeba więc przyrzeć się także ustawie o swobodzie działalności gospodarczej po Konstytucji RP i ustawie o działalności leczniczej regulującej zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, do których zalicza się nie tylko dawne ZOZ-y, ale też praktyki zawodowe i grupowe.

Konkludując – Komisja Stomatologiczna NRL będzie zabiegać o to, aby z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty skreślić cały artykuł 53, który zdaniem członków komisji jest niespójny, i w jego miejsce w jasny i czytelny sposób wpisać, że lekarz prowadzący indywidualną praktykę może zatrudnić innego lekarza celem wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych. Czy wystarczy determinacji i woli, aby dokonać tej zmiany – czas pokaże. ■



**Anna
Lella**

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

Stomatolodzy
powinni stale
zalecać pacjentom
regularne wizyty
– również pod
kątem diagnostyki
nowotworowej.
Powinni też
angażować się
w promocję
zdrowego trybu
życia, wyjaśniając
pacjentom, jakie są
czynniki ryzyka i jak
je zmniejszać albo
eliminować.

Lekarze dentyści ratują życie

Rak jamy ustnej jest tematem przewodnim wrześniowej akcji Rady Europejskich Lekarzy Dentystów.

Nawiązując do wydarzeń związanych z obchodami marcowego Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (projekt FDI) i kontynuując te działania na poziomie europejskim, Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) podjęła inicjatywę propagowania zarówno wśród nas, lekarzy dentyści, jak i wśród naszych pacjentów informacji na temat nowotworów jamy ustnej.

Działania te rozpoczęły się już w czerwcu br., gdy z inicjatywy posła do Parlamentu Europejskiego, Alojza Peterle, który jest przewodniczącym grupy parlamentarnej ds. przeciwdziałania nowotworom MAC (Members of European Parliament Against Cancer), odbyło się spotkanie, przy ścisłej współpracy z CED, pod hasłem „Rak jamy ustnej – lekarze dentyści ratują życie”. W spotkaniu tym, poza parlamentarzystami grupy MAC i członkami zarządu CED, wzięli udział przedstawiciele krajowych organizacji stomatologicznych. Polskę, z ramienia Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, reprezentowała dr hab. Halina Borgiel-Marek. Jej szczegółowe sprawozdanie jest dostępne na stronie internetowej NIL: <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/nawotwory-jamy-ustnej>.

Obecnie CED przekazuje za pośrednictwem mediów informacje nt. alarmujących danych o rosnącej częstotliwości występowania nowotworu w tej lokalizacji oraz o wysokiej śmiertelności chorych.

Lekarzom denty stom CED przypomina o tym, że ich rola w profilaktyce i we wczesnej diagnostyce jest zasadnicza. Stomatolodzy powinni stale zalecać pacjentom regularne wizyty – również pod kątem diagnostyki nowotworowej. Powinni też angażować się w promocję zdrowego trybu życia, wyjaśniając pacjentom, jakie są czynniki ryzyka i jak je zmniejszać albo eliminować.

Pacjentom CED zwraca uwagę na najistotniejsze czynniki ryzyka nowotworów jamy ustnej, podkreślając, że wczesne wykrycie choroby znacząco zwiększa szanse wyleczenia, a wszelkie opóźnienia zwykle prowadzą do śmierci chorego. Z tego względu regularne wizyty u stomatologa są jednym z kluczowych środków zapobiegawczych.

CED, oprócz podejmowania własnych działań, zachęca organizacje krajowe do czynnego włączenia się do tej kampanii informacyjnej poprzez rozpowszechnianie informacji opracowanych przez CED czy organizowanie spotkań z lekarzami, pacjentami, politykami i innymi osobami mającymi wpływ na system ochrony zdrowia. ■



Bądź dobrym lekarzem i człowiekiem

Z prof. **Jerzym Woy-Wojciechowskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Jarosław Wanecki**.

Dlaczego wybrałeś zawód lekarza?

Mój ojciec był stomatologiem w Inowrocławiu, potem Niemcy przerzucili go do miasteczka Kleczew. Kiedy tata szedł do kościoła, nie zakładał kapelusza, bo co chwilę musiałby go zdejmować, tyle osób mu się kłaniało, tylu osobom pomagał. Był niezwykłym człowiekiem.

Miałem 12 lat, kiedy wyszedłem z domu. Po skończeniu podstawówki pojechałem do Włocławka. To były lata 1946-49. Zaczęłem naukę w prywatnym gimnazjum ks. Jana Długosza. Na froncie widniał napis „Vita sine litteris mors est” – Życie bez nauki jest śmiercią. Po zamknięciu gimnazjum przeniosłem się do Liceum Ziemi Kujawskiej, gdzie uzyskałem świadectwo dojrzałości. Równolegle uczęszczałem do szkoły muzycznej. Wyobrażałem sobie, że będę wielkim pianistą jak Artur Rubinstein albo dyrygentem jak Leopold Stokowski. Ostatecznie poszedłem na medycynę, ale z muzyki nigdy nie zrezygnowałem.

Na medycynę nie przyjęto mnie od razu, z powodu złego pochodzenia. Dostałem się po 3 miesiącach. Nie dostałem się również na muzykologię. Zaczęłem lekcje prywatne u prof. Macieja Zaleskiego. Ojciec zawsze powtarzał: „Jurku, nie musisz być wybitnym specjalistą, na-

ukowcem – bądź dobrym człowiekiem i zostań dobrym lekarzem”. Wszystkiego, jeśli chodzi o oddanie innym ludziom, nauczyłem się od niego.

Na ile ta zasada sprawdziła się w życiu?

Na 100 proc. Nie jestem wybitnym lekarzem, ale wiem, jak bardzo wielu ludziom pomogłem, wielokrotnie doświadczać po latach życzliwości swoich pacjentów.

A dlaczego specjalizacja z ortopedii i medycyny nuklearnej?

Trochę przez przypadek. Kiedy zacząłem robić specjalizację u prof. Jana Nielubowicza z chirurgii, powołano mnie do wojska. Musiałem odbyć dwa lata obowiązkowej służby. Ponieważ myślałem, że w wojsku są sami zdrowi ludzie, na komisji poborowej zadeklarowałem, że jestem specjalistą od gruźlicy. Dostałem przydział do Kościeliska. Było cudownie. Zjeżdżałem z Salamandry aż do Krupówek. Zostawiałem narty w pobliskim sklepiku i szedłem do dra Edwina Paryskiego, znakomitego bakteriologa. U niego zacząłem się uczyć analityki lekarskiej.

Kiedy po dwóch latach wyszedłem z wojska, moje

W tamtych czasach pełniło się wielogodzinne dyżury bez anestezjologa. Sam robiłem „kapankę eterową”, a trzeba było zoperować wszystkich połamańców. Nigdy godzina zakończenia dyżuru nie wyznaczała końca pracy.

miejsce specjalizacyjne było już zajęte. Przypominałem sobie wtedy, że prof. Adam Gruca dał mi z egzaminu celujący. Ortopedia nigdy nie była moją ulubioną dziedziną medycyny, jako specjalizacja brutalna, ale kiedy znalazłem się na bruku, poszedłem do niego. Przyjął mnie do pracy, ale etat miałem w Instytucie Gruźlicy.

Przez wiele lat pracowałem u prof. Jana Nielubowicza, u którego zacząłem robić doktorat. Byłem „siódmym hakowym” przy jednej z pierwszych transplantacji nerek. Przez wiele godzin asystowałem też przy operacjach u prof. Grucy. Moim szefem był niedawno zmarły prof. Stefan Malawski, który rugał mnie niemal za wszystko, nawet za spóźnienia, choć byłem punktualny. Potem nawiązała się między nami przyjaźń i cenił mnie do końca życia. Dał mi dobrą szkołę.

W tamtych czasach pełniło się wielogodzinne dyżury bez anestezjologa. Sam robiłem „kapankę eterową”, a trzeba było zoperować wszystkich połamańców. Nigdy godzina zakończenia dyżuru nie wyznaczała końca pracy. Było bardzo ciężko. Pewnego dnia, po ostrym dyżurze, źle się poczułem. Zbadał mnie wybitny internista prof. Tadeusz Orłowski i orzekł, że to może być zawał. Położono mnie do szpitala. Miałem wtedy 33 lata. Na szczęście to nie było nic groźnego.

Wróciłeś do pracy przy stole operacyjnym?

Już nie. Byłem w trakcie robienia doktoratu z ortopedii i izotopów promieniotwórczych w zakładzie, którym kierował prof. Jan Doroszewski. Zaproponował mi etat w pracowni radioizotopów, w Zakładzie Radiologii, gdzie szefem był prof. Witold Zawadowski, guru w tej dziedzinie. Zgodziłem się. Swój doktorat „Właściwości osteotropowe promieniotwórczego chromu” obroniłem z wyróżnieniem. Jednocześnie jako piąty w kraju uzyskałem specjalizację II stopnia z medycyny nuklearnej.

Zacząłem wykonywać badania promieniotwórczym strontem, ale tylko u pacjentów, u których było podejrzenie nowotworu. Kiedy na kongresie w Monako dowiedziałem się, że Australijczycy wprowadzili do badań kości krótko życiowy technet-99m, poprosiłem pracującą w Instytucie Jądrowym w Świerku doc. Iwonę Licińską, by wraz z zespołem stworzyła polifosforany do znakowania technetem. I tak jako pierwszy w Polsce zacząłem badać kości izotopami. Za te osiągnięcia otrzymałem w Nowym Jorku Nagrodę Fundacji im. Alfreda Jurzykowskiego.

Gdzie prowadzone były pierwsze badania?

W Zakładzie Medycyny Izotopów przy ul. Chałubińskiego 5. Pracownie izotopowe znajdowały się w podziemiach. Miałem klatki ze szczurami, które służyły do badań, zoperowałem ich z 800. Tam nocowałem, tam właściwie mieszkalem przez dwa, a może nawet trzy lata.

Nasza pracownia była jedyną w Polsce. Mój kolega Albert N., który skończył Politechnikę Warszawską i jednocześnie Akademię Medyczną, sam zbudował pierwszy w Polsce scyntygraf. Miał wielkość 5 na 3 metry. Ogromny, ale działał. Wykonywaliśmy nim badania. Dopiero później został kupiony mniejszy, profesjonalny scyntygraf do badania tarczycy, nerek, kości. Po latach spotkałem Alberta w USA. „Teraz pracuję w ośrodku raketowym NASA” – oświadczył. Amerykanie się na nim poznali.

Jak bardzo zmieniła się medycyna?

Niedawno widziałem w telewizji chłopczyka, któremu przeszczepiono dwie dłonie. Pamiętam, jak kiedyś przez sześć godzin wszywałem kuchcikowi palec, który obciął sobie tasakiem. Udało się. Nie miał uczucia, ale miał chwył. To, że udało się ten palec uratować, było dla mnie ogromnym osiągnięciem. Teraz przeszczepiają dwie dłonie... Medycyna zrobiła nieprawdopodobny postęp. Powstają zupełnie nowe dziedziny nauk medycznych. W latach 90. wprowadzono w Polsce chirurgię laparoskopową. Pamiętam to jak dzisiaj. Pewnego dnia przyszedł do mnie Zbigniew Niemczycki i zapytał, czy nie moglibyśmy, jak na Zachodzie, robić operacji przez dziurkę od klucza. Ofiarował mi na ten cel 20 tys. dolarów. Taki miał kaprys. Podjąłem się tego wyzwania. Przygotowywaliśmy wielogodzinny pokaz szkoleniowy. Trzeba było uruchomić panel satelitarny. Państwowa telewizja powiedziała, że nie namierzy tak małego satelity. Pomogło nam dwóch studentów politechniki. Pokaz prowadził prof. Witold Rudowski, chirurg, wówczas dyrektor Instytutu Hematologii. Wzięło w nim udział 300 chirurgów. Na żywo oglądaliśmy operację przeprowadzaną w Indianapolis, Paryżu, Sydney. To był rok 1991, a u nas pierwsze operacje laparoskopowe zaczęto robić rok później.

Skąd pomysł, by studiować medycynę i muzykologię?

Jako chłopiec chciałem być sprzedawcą lodów, potem marzyłem o byciu strażakiem. Kiedy miałem 10-12 lat zapragnąłem zostać lekarzem okrętowym. Myślałem: będę pływał, podróżował, w portach grał na fortepianie albo dyrygował, a na statku będę leczył. Podróż, muzyka i medycyna – to była moja wymarzona droga życiowa.

A jak było z PTL-em? Po 7 kadencjach, czyli 28 latach kończysz prezesowanie...

Jak mówił Cromwell, z szacunku należy pewien etap skończyć. Moje miejsce w PTL, gdzie w sumie pełniłem funkcje kierownicze 45 lat, powinien zająć teraz ktoś młodszy. Po latach honorowej pracy w PTL, w tym 7 kadencjach w Zarządzie Głównym, 10 latach prezesowania Towarzystwu Warszawskiemu, a wcześniej 10 latach pełnienia funkcji wiceprezesa Zarządu Głównego przyszedł czas, by udać się na zasłużone „stypendium ZUS”.

PTL to wiele lat historii, również twojego życia...

Pierwsze towarzystwo lekarskie powstało w Wilnie w 1805 r. z inicjatywy Jędrzeja Śniadeckiego. W połowie XIX w. utworzono polskie towarzystwa lekarskie na Kresach, m.in. na Wołyniu, Mołodecznie, Słominie, Mochy-lewie, Krakowie, Lwowie, a w 1820 r. powstało Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które nieprzerwanie działa.

W 1950 r. władza postanowiła rozprawić się z tym burżuazyjnym klanem i rok później rozwiązano izby i wszystkie towarzystwa lekarskie. Prof. Tadeusz Koszarowski, wówczas jeszcze docent, z prof. Józefem Towpikiem i dr. Ireną Pronaszką-Rzepecką poszli do władz, by zapytać, czy tych zamkniętych towarzystw nie można reaktywować i uczynić oddziałami Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Władza zgodziła się, myśląc, że będzie miała centralną kontrolę nad ich działalnością. Powstało wówczas

49 oddziałów – tyle, ile było województw. Jednak Towarzystwo nigdy nie dało się podporządkować władzy. Kiedy zaproponowano nam, żebyśmy zapisali się do PRON-u, kategorycznie odmówiłem. Kilka razy próbowano nas rozwiązywać. Były różne naciski, jak to w peerelu.

W 1987 r. mieliśmy 38 tys. członków, a w Polsce było wtedy 70 tys. lekarzy, więc co drugi należał do PTL-u. W ciągu kilku dni zapraszałem kolejno, na spotkania z prezydium ZG PTL do Klubu Lekarza wszystkich posłów lekarzy. Wtedy właśnie omawialiśmy 22. projekt poselski reaktywacji izb. Poprzednich 21, które przygotował mec. Witold Preiss, zostało odrzuconych przez izbę sejmową. Projekt 22. przeszedł dzięki posłom lekarzom jako projekt poselski.

Na ile reaktywacja izb zmieniła działalność Polskiego Towarzystwa Lekarskiego?

Podjęmując działania zmierzające do reaktywacji samorządu, mieliśmy świadomość, że stracimy część członków naszego Towarzystwa. Wiceminister zdrowia w tamtym czasie, Leszek Kryst, mówił, że Wojciechowski piłuje gałąź, na której siedzi PTL. Zdawałem sobie z tego sprawę, jednak uważałem, że interesy wyższe, jak istnienie samorządu lekarskiego, są ważniejsze niż liczba członków PTL-u.

Gdy zostałem prezesem, postanowiłem uaktywnić 200 kół PTL i oddziały terenowe. W ciągu 4 lat mojej pierwszej kadencji odwiedziłem wszystkie 49 oddziałów regionalnych PTL. Obiecałem też, że nawiążę żywy kontakt z polonią medyczną. Pojechałem do Częstochowy, gdzie koledze Marianowi Marchewce powierzyłem organizowanie zjazdu krajowego PTL, a kolega Mieczysław Wyględowski tworzył zjazd międzynarodowy – I Światowy Kongres Polonii Medycznej. Wzięło w nim udział bardzo wiele osób, w tym aż 1200 lekarzy przybyłych po raz pierwszy ze Wschodu. Pamiętam do dziś, jak śpiewano przy ognisku „Nie rzucim ziemi, skąd nasz ród...”.

Największe sukcesy?

Niewątpliwie największym sukcesem było to, że PTL przyczyniło się do reaktywacji izb lekarskich. Druga rzecz, z której jestem dumny, to stworzenie Domu Lekarza Seniora. W 1970 r. dr Kazimierz Fritz przyniósł teczkę i powiedział: „Tutaj jest milion złotych [przed denominacją – przyp. red.]. To jest pierwsza, mała cegiełka. Zbudujcie dom dla starych, samotnych lekarzy”. Zaczęłem odwiedzać domy spokojnej starości w całej Polsce, a także za granicą, nawet w Stanach Zjednoczonych. Chciałem, by nie było to miejsce, w którym oczekuje się na niechybny koniec. Zaproponowałem, by działał tam hotel dla co najmniej 10 osób, żeby mogli przyjeżdżać czynni zawodowo lekarze, np. na konferencje, i mieli kontakt z mieszkającymi tam seniorami. Dodatkowo zaproponowałem, żeby pensjonariusze, którzy mają specjalizacje z dziedzin niezabiegowych, mogli chociaż przez godzinę dziennie pracować. Oni byli chętni pomagać nawet za darmo. Chciałem też, żeby mogli dyżurować w nocy przy telefonach.

Pierwszy projekt ośrodka wykonał dla nas prof. Stanisław Bieńkuński, dziekan wydziału architektury Politechniki Warszawskiej. Dostałem działkę o powierzchni 2 ha niedaleko instytutu Kardiologii w Aninie, w dawnej posia-

dłości Branickich. Jednak kiedy przyszła wolność, znalazł się spadkobierca z prawem do działki w samym środku placu. Chciał ją sprzedać za bardzo duże pieniądze.

Musiałem znaleźć nową lokalizację. Wtedy nastał czas zmian – rok 1989. Ministrem zdrowia został Marian Miśkiewicz. Umówiłem się z nim na spotkanie i powiedziałem, że jest taki dom Zasłużonego Działacza Partyjnego, w którym są bardzo wiekowi pensjonariusze, mają po 90 lat i pewnie niedługo budynek będzie pusty. Poprosiłem, żeby miejsce to przeznaczyć na dom dla starych lekarzy. Bronił się, że nie może, bo obiekt ten należy do PZPR. Przekonywałem, że sztandar już wyprowadzony, że nie ma żadnej partii. Zostawił mnie bez odpowiedzi. Po tygodniu, na dzień przed moimi imieninami, zadzwonił telefon. Minister oświadczył, że mam zgłosić się jutro po symboliczne klucze do domu. To był najpiękniejszy prezent imieninowy, jaki dostałem. I tak Dom Lekarza Seniora im. dra Kazimierza Fritza zaczął działać przy Wołoskiej 135. Obecnie przebywa w nim około 120 pensjonariuszy.

A największy sukces lekarza i człowieka?

Moim największym sukcesem jest ratowanie pacjentów, którym czasami inni nie dawali szans. Pamiętam chłopca, któremu ocalałem nogę, młodą pacjentkę, która miała chrzestniaka i 12-letniej córeczce mówiła: „naucz się gotować tę potrawę, bo tatuś ją lubi, a jak mamusia odejdzie...”. To było straszne. Dzięki podawaniu siarki promieniotwórczej przedłużyłem jej życie o rok, może dwa...

Prywatnie ogromnym spełnieniem jest dla mnie moja rodzina. Mimo że poświęcałem swoim córkom tak mało czasu, wyrosły na wspaniałe, wrażliwe osoby. Teraz wspierają moje działania. Mam satysfakcję, że dużo rzeczy udało się zrealizować. Jednak nie wszystkie. Chciałem np. pływać na desce, ale bez powodzenia. Udało mi się odpłynąć, ale już wrócić nie potrafiłem. Ściągnęła mnie straż przybrzeżna. Nie znalazłem też czasu, żeby zrobić patent żeglarski, mam jedynie motorowodny.

Czy jest taka piosenka, którą kompozytor „Kormoranów” mógłby podsumować te wszystkie lata działalności społecznej?

To „Pieśń lekarzy”. Zanim napisaliśmy ją z żoną Alicją, taką piosenką była „Grunt, żebyśmy zdrowi byli”. Wykonywał ją zawsze Teatrzyk Piosenki Lekarzy. Muzyka była zawsze częścią mojego życia. Byłem szczęśliwy, gdy usłyszałem jak Orkiestra z Chmielnej gra na Marszałkowskiej „Kormorany”. Osiągnąłem też największy nakład płytowy, jaki kiedykolwiek wcześniej był wydany, bo moja piosenka ukazała się w nakładzie pół miliona na małych krążkach, tzw. czwórkach. Dzięki niej kupiłem sobie swój pierwszy prawdziwy samochód – małego fiacika.

Angażując się tak intensywnie w działalność zawodową i społeczną, jak nie stracić rodziny?

To bardzo trudne. Na szczęście mam żonę, która podziela moją pasję. Mam dobrze wychowane i wspierające mnie dzieci. Kiedy wracałem do domu, jedna przynosiła mi kapcie, druga pled i mówiły: „Tatusiu, odpocznij”. Wiem, że nie wszystkim się udaje. Ja miałem to szczęście. Jestem spełnionym społecznikiem, lekarzem i człowiekiem. Jestem człowiekiem szczęśliwym. ■

Pamiętam, jak kiedyś przez sześć godzin wszywałem kuchcikowi palec, który obciął sobie tasakiem. Udało się. Nie miał czucia, ale miał chwyt. To, że udało się ten palec uratować, było dla mnie ogromnym osiągnięciem. Teraz przeszczepiają dwie dłonie... Medycyna zrobiła nieprawdopodobny postęp.

Jak doktor z doktorem

**Lucyna
Krysiak**

Jest ich 24, a więc tyle, ile okręgowych izb lekarskich w Polsce. Mowa o biuletynach wydawanych przez Okręgowe Rady Lekarskie. To na ich łamach toczy się medialny dialog ze środowiskiem, który trwa od początków reaktywowania samorządu lekarskiego.

Biuletyny oprócz roli informacyjnej pełnią rolę integracyjną. Można więc powiedzieć, że stanowią pomost pomiędzy tym, co się dzieje w samorządzie i lekarzami w okręgach. To tutaj drukowane są teksty, których autorami i bohaterami są lekarze, ich rodziny, środowisko, w którym żyją i pracują. To ich problemy wypełniają szpalty, niezależnie od tego, czy dotyczą spraw strictly zawodowych, społecznych, czy poświęcone są kulturze, sportom i rekreacji. To poprzez zamieszczane tu zdjęcia, często robione przez lekarzy i lekarzy dentystów – fotografików pasjonatów (Marek Stankiewicz, Wiesława Klemens, Dariusz Hankiewicz i inni), utrwala się wydarzenia z życia samorządu i miejsca, które odegrały w tym ważną rolę. Fotografia bardzo wzbogaca słowo pisane. Ten medialny dialog doktora z doktorem trwa już 25 lat. Po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. biuletyny stały się ważnym instrumentem w procesie powstawania okręgowych izb lekarskich. To był czas, kiedy docieranie z informacją do lekarzy i lekarzy dentystów miało zasadnicze znaczenie. Najważniejsza była wtedy treść, mniejszą wagę przywiązywano do szaty graficznej. Większość miała format zeszytowy i nie było w nich zdjęć. Redagowali je w sami lekarze, poświęcając własny czas i nie pobierając za to gratyfikacji.

Z duchem czasu

Kiedy izby okrzepły, wzbogaciły się o własne siedziby i miejsca, gdzie można było rozwijać medialną działalność, biuletyny zaczęły wyglądać inaczej, choć wciąż są różnicowane zarówno jeśli chodzi o objętość, zawartość, jakość papieru. Widać jednak, że choć własnym tempem, idą z duchem czasu. Najszybciej krocą w nowe czasy biuletyny największych izb. Jest to kwestia funduszy, a więc i możliwości. Przykładem ewolucji jest Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Jego pierwszy numer nie był nawet opatrzonej datą, drugi ukazał się w 1990 r. i choć wciąż przypominał złożoną kartkę arkusza A4, z czasem stał się kolorowym pismem wydawanym w dużym formacie. Jest nieprzerwanie prowadzony przez lekarza dentystę Andrzeja Baszkowskiego. – W moim przekonaniu rozwój biuletynów w największej mierze zależy od ambicji prowadzących. Jeśli postawią sobie za punkt honoru, aby pismo było ciekawie redagowane, to tak się staje, ale to wymaga szukania tematów, autorów, słowem ludzi, którzy chcą się zaangażować, a to kosztuje – mówi Andrzej Baszkowski. Dodaje, że uwiedzenie mediami elektronicznymi jest związane z faktem, że są one tańsze niż forma papierowa, ale biuletyn lekarz dostaje pocztą do rąk własnych, a na portal może zajrzeć lub nie. Obawia

się, że za decyzjami związanymi z ograniczaniem wydawania biuletynów w formie papierowej będą stały oszczędności i przypomina, że samorząd lekarski ma ustawowy obowiązek je wydawać.

Biuletyny będą jednak ewoluować również w tym kierunku, dostosowując się do oczekiwań lekarzy wobec swojej korporacji zawodowej. Za przeobrażeniami zachodzącymi w ustawodawstwie, prawie, kształceniu przed- i podyplomowemu, w poglądach i mentalności społeczności lekarskiej, muszą pójść zmiany w sposobie ich przedstawiania. Jak bumerang wraca pytanie, co powinno się zmieniać: szata graficzna, a może sposób informowania? Łukasz Tyszler, redaktor naczelny „Vox Medici” – biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie – uważa, że obecnie, kiedy dominuje internet, kiedy nastąpiła tabliodyzacja mediów, należy przekornie inwestować w formę papierową.

– „Papier” stał się czymś ekskluzywnym, elitarnym, świadczy o nobilitacji, a zawód lekarza zasługuje na to, by doktor dostawał pismo na miarę wykonywanego przez siebie zawodu – mówi Łukasz Tyszler. Zaznacza, że w biuletynach powinno się stawiać na sprawy lokalne lekarzy, traktować je z rozmachem i nie bać się drążyć niepopularnych tematów. W jego opinii, wprawdzie nie należy odwracać się od elektronicznych form, jednak nigdy nie zastąpią one słowa pisanego.

Postawili na profesjonalizm

Na początku biuletyn informacyjny Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, jak większość pism izbowych, był czarno-białą broszurą. Szybko jednak członkowie Rady zrozumieli znaczenie tego medium w kontaktach z lekarzami i jego redagowanie powierzyli Jerzemu Wunderlichowi, dziennikarzowi znanemu wówczas z telewizyjnych programów „Antena” i „Klinika Zdrowego Człowieka”. Miał wizję dziennikarstwa branżowego i współcześni czerpią z niej do dziś. Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, od 13 lat redaktor naczelna warszawskiego „Pulsu”, jest zdania, że aby coś się udało, oprócz pomysłów, najważniejszy jest zespół ludzi zdolnych te pomysły realizować. Dotyczy to zarówno formy, jak i treści, i aby nie być gołosłownym, przytacza przykłady współpracy z dziennikarzami spoza środowiska lekarskiego (Elżbieta Cichocka, Paweł Walewski, Janina Jankowska, Maciej Wierzyński, Zbigniew Wojtasiński, Małgorzata Solecka czy Małgorzata Kukowska-Skarbek i Ewa Dobrowolska – autorka cyklu sag rodów lekarskich). – Warszawski „Puls” jest rozpoznawany przez czytelników i jest to zasługa profesjonalizmu, na który stawiamy – mówi Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Kiedy izby okrzepły, wzbogaciły się o własne siedziby i miejsca, gdzie można było rozwijać medialną działalność, biuletyny zaczęły wyglądać inaczej, choć wciąż są różnicowane zarówno jeśli chodzi o objętość, zawartość, jakość papieru. Widać jednak, że choć własnym tempem, idą z duchem czasu.

Na profesjonalizm postawiła też Okręgowa Izba lekarska w Łodzi. Biuletyn „Panaceum”, prowadzony przez zawodowego dziennikarza Ninę Smoleń, jest oczkiem w głowie tej izby. – Przywiązujemy ogromną wagę zarówno do szaty graficznej, jak i do zawartości merytorycznej pisma, wierząc, że pozyskamy tym czytelników – tłumaczy Nina Smoleń. Dodaje, że czytelnictwo zawsze było i jest największą bolączką biuletynów. Wciąż pokutuje przekonanie, że nie są czytane, że lekarze wrzucają je do kosza. – To się zmienia. Świadczą o tym listy, które otrzymujemy i chętnie drukujemy, są one podpowiedzią, czego lekarze i lekarze dentyści oczekują od redakcji – mówi redaktor Smoleń. Jest zdania, że biuletyn jest kierowany do wymagającego czytelnika, dlatego należy wsluchiwać się w jego głos.

Podobną drogą kroczy też Śląska Izba Lekarska. Drukowany w latach 1989-1993 biuletyn „Medicus”, w 1993 r. zmienił nazwę na „Pro Medico”, zaczął ukazywać się regularnie i zapraszać do współpracy zawodowych dziennikarzy. Od 2012 r. pismo jest wydawane w nowym układzie graficznym i jest składane poza siedzibą izby. Oprócz roli informującej o pracy samorządu lekarskiego, drukuje publicystykę, wywiady, reportaże, felietony, komentarze, refleksje, pisane głównie przez lekarzy ŚIL. Od lat redaktorem naczelnym pisma jest Żywiśław Mendel.

Znaleźć klucz

Biuletyny izbowe wciąż poszukują klucza, by zwiększyć czytelnictwo. Redaktor naczelny „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”, Jerzy Friedrygier, uważa, że jest to nieustający proces, który w biuletynie krakowskim toczy się od lat. Jednym z ważnych kroków była zmiana tytułu pisma, później formatu, ale najważniejsze – jego zdaniem – jest poszukiwanie takiej formuły dla artykułów, aby zyskały na atrakcyjności oraz uaktywnienie delegatur. – Naszym dążeniem jest, aby artykuły nie były za długie, przegadane, aby zachęcały do czytania i zawierały treści będące blisko spraw lekarzy – mówi. Jerzy Friedrygier. Zmianę formuły dla swojego biuletynu szykuje także Beskidzka Izba Lekarska. Od następnego numeru będzie się nazywał „Medyk Beskidzki”. Do jego redagowania włączy się zawodowy dziennikarz. Pismo będzie kwartalnikiem. Redaktor naczelny Klaudiusz Komor nie ukrywa, że z tymi zmianami wiąże duże nadzieje, wierzy że wzrośnie

jego poczytność i pozyska reklamodawców. –Chcemy wydawać je w pełnym kolorze, na dobrym papierze i wprowadzić temat numeru oraz nowy cykl – pasje lekarskie – wylicza Klaudiusz Komor. Uważa, że obok poważnych treści, takich jak np. porady prawne, powinny znaleźć się lżejsze artykuły czy wywiady. Biuletyn „Medium” Dolnośląskiej Izby Lekarskiej także znalazł swój klucz na wzrost poczytności pisma. Jest nim nowy cykl artykułów przedstawianych z różnych punktów widzenia. – Jednym z takich bulwersujących tematów była reklama, a obecnie zajęliśmy się formami zatrudniania lekarzy – mówi Józef Lula, redaktor naczelny biuletynu. W jego przekonaniu kluczem do rozwijania pism izbowych jest łączenie wiedzy merytorycznej lekarzy z umiejętnościami zawodowych dziennikarzy i dodaje, że każdy publikowany artykuł w biuletynie powinien uwzględniać zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, pełniąc tym samym rolę wychowawczą.

Blżej siebie

Z listów i e-maili napływających do redakcji biuletynów od lekarzy i lekarzy dentystów oraz rozmów kularowych wynika, że oprócz rzetelnej i czytelnej informacji, która pomoże im wykonywać swój zawód, szukają oni w swoich pismach zdjęć, na których odnajdą siebie, swoich kolegów z pracy, ale przede wszystkim własne dzieci. Dlatego w biuletynach duże znaczenie przywiązuje się do drukowania zdjęć z różnych konferencji, jubileuszy, ale też fotoreportaży z imprez sportowych, spotkań andrzejkowych, jasełek, balów karnawałowych, a także aktywności seniorów. Poprzez utrwalanie tych zdarzeń pokazywany jest nie tylko udział lekarzy w życiu izbowym, ale

i środowiskowym. Jerzy Lach, redagujący „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu”, podkreśla, że bogato ilustrowane materiały publikowane w biuletynach zbliżają lekarzy do siebie. Ten kontakt poprzez zdjęcia jest wyjątkowy, ponieważ zostaje w pamięci na dłużej. Słowo pisane szybciej umyka niż obraz. Zaznacza jednocześnie, że biuletyn izby opolskiej jest specyficzny, ponieważ redakcja jest jednoosobowa. – Redaguję to pismo sam, sam decyduję więc o doborze materiałów i zdjęć, i od początku przyjąłem zasadę, że powinny być kierowane do całego grona lekarzy. Jeśli to możliwe uciekam od sprawozdań i protokołów, jeśli tekst jest ciekawy, nie stroję od przedruków – tłumaczy Jerzy Lach i dodaje, że ten biuletyn nie ma zdecydowanie określonego środowiskowego charakteru, ponieważ w małych izbach trudno nakłonić kolegów lekarzy do pisania. Marzy, aby chcieli pisać i przysyłać zdjęcia, aby biuletyn wypełniał się własnymi materiałami. To marzenie mają wszyscy redagujący biuletyny izbowe. Ich fenomenem jest, że niezależnie od okoliczności, trudności, jakie przychodzi im pokonywać, nieprzerwanie wychodzą od początku reaktywowania samorządu lekarskiego, a więc już 25 lat. Choć są bardzo różne zarówno, jeśli chodzi o format, papier, częstotliwość ukazywania się, łączy je idea służenia lekarzowi i lekarzowi dentyście w wykonywaniu jego zawodu. Są redagowane głównie przez lekarzy coraz częściej ze wsparciem dziennikarzy, coraz bardziej atrakcyjnie, profesjonalnie. Nie sposób było przedstawić w tym materiale wszystkich izbowych biuletynów, jednak z okazji jubileuszu każdej izby z osobna życzymy dalszych sukcesów, bo za każdym z tych biuletynów stoi ogromny wysiłek i sukces. ■

Z listów i e-maili napływających do redakcji biuletynów od lekarzy i lekarzy dentystów oraz rozmów kularowych wynika, że oprócz rzetelnej i czytelnej informacji, która pomoże im wykonywać swój zawód, szukają oni w swoich pismach zdjęć, na których odnajdą siebie, swoich kolegów z pracy, ale przede wszystkim własne dzieci.



25 lat temu po raz pierwszy ukazała się „Gazeta Lekarska”.

Skanowanie kodu otwiera film o historii samorządu lekarskiego opowiedzianej przez pryzmat „Gazety Lekarskiej”. Dokument dostępny również na stronie www.gazetalekarska.pl i w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM”.

Wakacyjne przemyślenia

*Największa satysfakcja w życiu to świadomość,
że się nikogo nie skrzywdziło.*

Antyfanos

Zastanawiam się, kto z nas – lekarzy, działaczy samorządowych czy po prostu ludzi – mógłby z czystym sumieniem podpisać się pod tą sentencję. Myślę, że chyba niewiele osób uczciwie oceniających swoje postępowanie mogłoby to zrobić. Przypomniał mi się wyrok, jaki wydali sędziowie jednego z polskich sądów w sprawie upośledzonego chłopaka, który ukradł batonik ze sklepu, nie po raz pierwszy. W związku z tym, że była to recydywa, sędziowie szybko (w porównaniu z ciągnącymi się latami procesami większej wagi) wydali wyrok skazujący chłopaka, który przez swoje upośledzenie umysłowe niewiele rozumie, na karę więzienia. Złitował się nad nim naczelnik tej instytucji i wpłacił kilkuzłotową kaucję, aby uwolnić skazanego. Za czyn ten dobroczyńcę pozbawiono funkcji, którą dotychczas pełnił, i również skazano na areszt. Sprawa została nagłośniona w mediach i stała się znana w całej Polsce. I tak sobie myślę, że wyrok sądu, w którym zabrakło zdroworozsądkowego myślenia, pokazał z jednej strony, jak łatwo i szybko można, trzymając się ściśle przepisów prawa, skazać złodzieja na zasłużoną karę. Z drugiej strony, jako wieczna optymistka, myślę sobie, że może to był dobry przykład na pokazanie problemów w organizacji opieki społecznej i medycznej w naszym prawnym kraju. Temu skazanemu zapewniono za darmo wikt i opierunek, jak również bezpłatną opiekę medyczną, odciążając tym samym rodzinę od stałej opieki nad upośledzonym synem i kontroli jego poczyną. Zapewne warto by było przeliczyć, co się bardziej opłaca: czy nie lepiej rozbudować sieć więziennictwa o słabym rygorze, zamiast inwestować w rozwój opieki społeczno-medycznej. Co prawda nie wiem, jak wytłumaczyć skazanie naczelnika więzienia, gdyż do żadnej grupy się nie kwalifikuje, ale można wywnioskować, że także nadgorliwość i ludzkie odczucia, a już najmniej – zdrowy rozsądek – też nie są wskazane. Prawo jest prawem i należy go przestrzegać, tak jak wszelkich przepisów, nawet jeśli są nieludzkie i niedorzeczne. Dziwi mnie tylko, że w trwającej kampanii wyborczej nikt nie wykorzystał tego argumentu. Jedni głoszą hasła bez wyjaśnienia możliwości ich realizacji, a drudzy szczytą się tym, że ich nie posiadają, gdyż liczy się tylko wola zaistnienia i parcia na szkło. Ważne jest jedynie, aby zaistnieć w przestrzeni publicznej. To daje im jeszcze większy napęd i podnosi ocenę własnej osoby. Przykład idzie z góry.

W naszym samorządzie są osoby, które mając wysoką samoakceptację zarówno w pracy zawodowej, jak i samorządowej, negują wszystko, co było przed nimi, próbują udowodnić, że dopiero teraz samorząd istnieje i działa. Dopiero teraz zaczyna się czas intensywnej pracy, a wszystko, co było przed nimi, nic nie znaczyło. Mimo że korzystają z osiągnięć i doświadczeń poprzedników, przedstawiając je jako swoje osiągnięcia, gdyż uważają, że przed nimi świat nie istniał. Tylko gdzie byli do tej pory, przecież nie narodzili się w jednej chwili. Nie próbuję pouczać i oceniać postępowania kogokolwiek. Sądzę jednak, że warto się zastanowić nad tym, co jest i być powinno dla nas ważne w życiu. Coraz częściej obserwuję, jak rozmieniamy się na drobne, gdyż pragnienie zdobycia sławy i rozgłosu przyćmiewa wszelkie zasady. Zapominamy, że mamy tylko jedno życie, nie jesteśmy postacią z gry komputerowej, mającą wiele żyć. Pozwalamy naszym dzieciom bawić się grami dla świętego spokoju, ale także dlatego, że nie mamy czasu na rozmowę i zabawę z nimi, a dzieci myślą, że w dorosłym życiu tak będzie zawsze. W realnym świecie nie ma możliwości zaczęcia życia od nowa – po kliknięciu w odpowiedni klawisz. Uważamy, że przyjdzie czas na wytłumaczenie dzieciom komputerowej iluzji i spędzanie z nimi więcej czasu. Tylko czy naprawdę zdążymy? Czy nie będzie za późno, by nauczyć je, jak żyć? Skoro teraz tego czasu nie potrafimy znaleźć, to skąd pewność, że kiedyś go znajdziemy? Namawiam jednak do wyciągnięcia ręki do tych, których kochamy, i pokazania, że tak po prostu jesteśmy z nimi. Wiem, że wielokrotnie takie postępowanie wymaga odwagi i zmierzenia się z rzeczywistymi problemami codziennego życia. Takiej odwagi brakuje tym zadowolonym, którzy są pełni uznania dla własnych działań, zapatrzeni w siebie, lubiący głosić hasła bez pokrycia. Nie próbując nawet zadbać o ich rozwinięcie. Olbrzymia samoakceptacja i parcie na szkło pozbawiają strachu i absolutnie nie wiem, czy to jest odwaga, czy jej brak. Według mnie takie postawy prezentują ludzie małej wiary, nie tylko we własne siły, ale i w głoszone przez siebie hasła. A ja jestem na urlopie nad polskim Bałtykiem, który cicho szumi i fale delikatnie uderzają o brzeg. Cisza i spokój. Zawsze jednak trzeba się liczyć z tym, że po takiej ciszy może nadejść burza ze sztormem i gradobiciem, ale co tam... przecież przeżyjemy – mamy doświadczenie. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

W realnym świecie nie ma możliwości zaczęcia życia od nowa – po kliknięciu w odpowiedni klawisz. Uważamy, że przyjdzie czas na wytłumaczenie dzieciom komputerowej iluzji i spędzanie z nimi więcej czasu. Tylko czy naprawdę zdążymy? Czy nie będzie za późno, by nauczyć je, jak żyć?

W erze medycyny opartej na faktach

**Halina
Borgiel-Marek**

**Anna
Lella**

Komisja
ds. Współpracy
Międzynarodowej
NRL

EBD jest jedną ze składowych szerszego terminu Evidence-Based Medicine, który opisuje praktykę wykorzystywania w podejmowaniu decyzji klinicznych najlepszych dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności oraz bezpieczeństwa podjętego postępowania klinicznego.

Codzienna praktyka lekarska wymaga od lekarza dentysty stałego podejmowania szeregu decyzji klinicznych, które warunkują nie tylko zdrowie jamy ustnej leczonych pacjentów, ale wpływają także na ogólną kondycję organizmu człowieka.

Skuteczne leczenie pacjenta uwarunkowane jest trafną diagnozą, która wynika z wnikliwej analizy badania podmiotowego, przedmiotowego oraz właściwie zaleconych badań dodatkowych i prawidłowo zinterpretowanych ich wyników. Rodzaj i liczba badań, jakie dodatkowo wykonamy dla potwierdzenia rozpoznania, oraz zakres podjętego leczenia wynikają z rzetelnej wiedzy o etiopatogenezie chorób zębów i tkanek jamy ustnej oraz indywidualnego doświadczenia lekarza. Jednak zarówno dobra wiedza podstawowa, jak i indywidualne doświadczenie mogą być niewystarczające dla podjęcia najwłaściwszej decyzji. Skuteczność leczenia w przypadku jednego pacjenta nie oznacza, że leczenie innego pacjenta z podobnym rozpoznaniem zakończy się sukcesem. Na ostateczny wynik leczenia mają wpływ: uwarunkowania genetyczne, społeczne, mentalne oraz rzetelne stosowanie się do zaleceń lekarskich. Stąd też próby wprowadzenia i stosowania „standaryzacji” w postępowaniu klinicznym nie tylko są niezgodne ze stanowiskami krajowych i międzynarodowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, ale także często kończą się niepowodzeniem leczenia.

Współcześnie, do podjęcia trafnej decyzji klinicznej niezbędna jest również znajomość najnowszego piśmiennictwa medycznego oraz zrozumienie zawartych w nim danych. W ostatnich latach toniemy jednak w liczbie publikacji dotyczących przypadków medycznych, a w tym natłoku informacji niejednokrotnie trudno znaleźć właściwą odpowiedź na konkretny problem kliniczny. We współczesnej praktyce stomatologicznej szeroko akceptowane są decyzje kliniczne oparte na wysokiej jakości dowodach związanych z wynikami randomizowanych badań klinicznych i ich metaanaliz. Amerykańskie Towarzystwo Dentystyczne zdefiniowało pojęcie Evidence-Based Dentistry (EBD), jako drogi wiodącej do zdrowia jamy ustnej, która wymaga rozsądnego połączenia systemowej oceny klinicznych dowodów naukowych, wpływających na zdrowie pacjenta z biegłością w praktyce klinicznej lekarza dentysty i preferencjami samego pacjenta (Ryc. 1).

Przez biegłość w praktyce klinicznej należy rozumieć posiadaną wiedzę, fachowość i zdolność podejmowania decyzji nabywaną przez lata pracy. Umiejętność ta znajduje swoje odzwierciedlenie w bardziej efektywnej diagnostyce i przemyślanej identyfikacji złożonych problemów pacjenta. EBD jest jedną ze składowych szerszego terminu Evidence-Based Medicine, który opisuje



Ryc. 1. Evidence-Based Dentistry

praktykę wykorzystywania w podejmowaniu decyzji klinicznych najlepszych dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności oraz bezpieczeństwa podjętego postępowania klinicznego. Potrzebnych dowodów naukowych dostarczają zarówno wyniki wiarygodnych badań eksperymentalnych, dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa interwencji medycznych, jak i badań obserwacyjnych, które dostarczają danych o efektywności i bezpieczeństwie zastosowanego leczenia. Zatem medycyna oparta na faktach umożliwia lekarzom korzystanie z najnowszej dostępnej wiedzy pochodzącej z systematycznych badań naukowych, a tym samym uzyskania najlepszych informacji istotnych dla rozwiązania konkretnego problemu klinicznego. EBD rekomendowane przez Światową Federację Dentystów (FDI) zyskuje coraz więcej zwolenników, ale w specjalistycznej literaturze stomatologicznej pojawiają się również głosy krytyczne, które wskazują zagrożenia stosowania EBD w codziennej praktyce stomatologicznej. Przeciwnicy EBD podnoszą przede wszystkim niebezpieczeństwo dehumanizacji medycyny przez wprowadzenie dowodu opartego głównie na analizie statystycznej, który wypiera indywidualne podejście do leczenia oparte na doświadczeniu klinicznym lekarza. Zwolennicy natomiast wskazują, że każdy dobry klinicysta charakteryzuje się również sceptycyzmem w stosunku do publikowanych doniesień i jest świadomy, na ile publikowane dane są wiarygodne i dobrej jakości.

Stosowanie strategii EBD wymaga umiejętności przyswojenia 5 kroków: 1) sformułowania jasnych pytań związanych z problemem klinicznym, na które szukamy odpowiedzi; 2) poszukiwania odpowiedzi dotyczących podobnych

problemów klinicznych w wiarygodnym piśmiennictwie; 3) krytycznej ocenie uzyskanych danych; 4) zastosowania w wyważony sposób istotnych informacji w leczeniu pacjenta; 5) dokonania oceny skuteczności zastosowanego leczenia. Dla ułatwienia klinicystom czasochłonnych poszukiwań, współcześnie decyzje coraz częściej podejmowane są na podstawie rekomendacji wydawanych przez uznanych w danej dziedzinie specjalistów.

Na ostatniej sesji plenarnej ERO-FDI w Tbilisi przewodnicząca grupy ERO-FDI ds. Relacji Lekarzy Praktyków z Uniwersytetami, prof. Nermin Yamalik, zaprezentowała obszerny materiał dotyczący odniesienia stomatologii opartej na dowodach do codziennej praktyki zawodowej. Wyniki prac grupy zostały opublikowane w magazynie FDI „International Dental Journal” (IDJ) oraz na stronie internetowej ERO-FDI. Opracowany przez grupę „Wykaz klinicznych wytycznych dla praktyki stomatologicznej” może być cennym narzędziem pomocniczym w pracy, które umożliwia znalezienie w kilka minut odpowiedzi na pytania dotyczące problemów spotykanych w naszych praktykach. Wykaz to prezentacja zebranych przez ekspertów wytycznych przydatnych w danej specjalności, a zgromadzone linki skatalogowane w różnych kolorach pozwalają na szybkie znalezienie interesującej nas strony. Prof. Yamalik podkreśliła, że ma to być narzędzie wspomagające dla indywidualnego lekarza dentystry, który ma wątpliwości kliniczne, a nie jest to w żaden sposób próba standaryzacji naszej pracy.

EBD jest stosunkowo młodą dyscypliną, której pozytywne skutki będą dopiero widoczne. Dzięki rosnącemu przekonaniu o ogromnej jej wartości dla skuteczności praktyki klinicznej, wzrostu jakości opieki nad pacjentami i zwiększenia ich bezpieczeństwa, będzie nadal się rozwijać. Należy podkreślić, że EBD jest jedynie narzędziem, dzięki któremu łatwiej będzie nam podjąć właściwą decyzję kliniczną dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta. Aby zyskać takie narzędzie w codziennej praktyce, muszą być realizowane rzetelne i dobrze zaprojektowane badania kliniczne we wszystkich dziedzinach stomatologii. Tylko realizacja dobrej jakości badań jest w stanie stworzyć podłoże dla nowoczesnych opracowań, o dużej wartości klinicznej. Należy pamiętać, że tylko od stomatologów zależy dalszy rozwój stomatologii oraz niezbędnego nam w pracy narzędzia, jakim jest EBD. Temat ten podnosiła również niedawno na łamach Czasopisma Stomatologicznego, wydawanego przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, dr hab. Marta Czerśnikiewicz-Guzik.

Podsumowując, stomatologia oparta na faktach umożliwia lekarzom denty stom korzystanie z najnowocześniejszej dostępnej wiedzy. Nasze działania powinny zatem zmierzać do stałego podnoszenia jakości badań klinicznych w stomatologii, ich rzetelnego i transparentnego raportowania oraz krytycznej oceny i interpretacji publikowanych wyników przez specjalistów w danej dziedzinie. ■

EBD
rekomendowane
przez Światową
Federację
Dentystów
(FDI) zyskuje
coraz więcej
zwolenników, ale
w specjalistycznej
literaturze
stomatologicznej
pojawiają się
również głosy
krytyczne,
które wskazują
zagrożenia
stosowania EBD
w codziennej
praktyce
stomatologicznej.



**Marek
Szewczyński**

Radca prawny,
Naczelna Izba
Lekarska

Stawki
wynagrodzeń
autorskich
mają formę
miesięcznego
ryczałtu
wynikającego
z tzw. tabel
wynagrodzeń
autorskich
opracowywanych
przez daną
organizację
zbiorowego
zarządzania
i zatwierdzanych
przez Komisję
Prawa
Autorskiego.
Wysokość opłat
zależy m.in.
od rodzaju,
rozmiaru i miejsca
prowadzonej
działalności.

Tantiemy w praktyce

Czy lekarze i lekarze dentyści są zobowiązani płacić za korzystanie w ramach prowadzonej działalności leczniczej z utworów chronionych prawami autorskimi?

O o jakiś czas niektóre gabinety lekarskie¹, zwłaszcza stomatologiczne, otrzymują propozycje, a w zasadzie wezwania do zawarcia z organizacjami zbiorowego zarządzania² umowy licencyjnej, na podstawie której będą uprawnione do korzystania z utworów chronionych prawem autorskim w ramach prowadzonej działalności – w tym przypadku chodzi o odtwarzanie utworów muzycznych lub audiowizualnych za pomocą urządzeń do odbioru programów radiowych i telewizyjnych.

Jak można się domyślać, takie umowy wiążą się z koniecznością uiszczania opłat. Stawki wynagrodzeń autorskich mają formę miesięcznego ryczałtu wynikającego z tzw. tabel wynagrodzeń autorskich opracowywanych przez daną organizację zbiorowego zarządzania i zatwierdzanych przez Komisję Prawa Autorskiego. Wysokość opłat zależy m.in. od rodzaju, rozmiaru i miejsca prowadzonej działalności.

Lekarze są informowani, że w przypadku korzystania w swoich gabinetach i przychodniach z urządzeń radiowych bądź telewizyjnych lub innych nośników dźwięku znajdujących się w zasięgu odbioru przez pacjentów korzystających ze świadczeń lub oczekujących na ich udzielenie mają obowiązek zawarcia z uprawnioną organizacją umowy licencyjnej i uiszczania wynikających z niej opłat, w związku z publicznym odtwarzaniem utworów (jedno z tzw. pól eksploatacji) w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej. Naruszenie tego obowiązku oznacza zaś, że narażają się zarówno na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), jak też karną.

Pojawia się wobec tego pytanie, czy rzeczywiście zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa takie podmioty są w wyżej wskazanych okolicznościach zobowiązane do zapłaty wynagrodzeń autorskich, których się od nich żąda. Obecnie nie da się niestety na to pytanie jednoznacznie odpowiedzieć, przede wszystkim z uwagi na brak orzeczeń sądów polskich odnoszących się do takiej właśnie sytuacji.

Orzecznictwo

W świetle obowiązującej ustawy o prawach autorskich i prawach pokrewnych oraz, uwzględniając jeden z wyroków Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej³, jak również niedawno zakończony proces pomiędzy Stowarzyszeniem ZAiKS a właścicielem zakładu fryzjerskiego, który toczył się przed sądami w Świdnicy i Wrocławiu⁴, można stwierdzić, że co do zasady podmioty wykonujące działalność leczniczą w formie niedużych gabinetów lekarskich i lekarsko-dentystycznych nie podlegają w omawianej sytuacji obowiązkowi zawierania umów licencyjnych, ponieważ działają w ramach tzw. dozwołowego użytku.

Interpretacja

Wskazane orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości UE dotyczyło sprawy, której stan faktyczny był bardzo zbliżony, o ile nie identyczny, z sytuacją większości gabinetów lekarskich, o których mowa w niniejszym opracowaniu. To zaś stanowić powinno wskazówkę dla sądów polskich, że przepisy ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, które wdrażają do polskiego prawa dyrektywy unijne regulujące zagadnienia dotyczące prawa autorskiego, należy interpretować i stosować w ten sam sposób.

Co ważne, orzeczenie to jest przez polskie sądy dostrzegane, czego przykładem są wspomniane wyżej wyroki sądów w Świdnicy i Wrocławiu w sprawie pomiędzy Stowarzyszeniem ZAiKS a przedsiębiorcą prowadzącym zakład fryzjerski, o której zresztą wiele pisano w mediach.

Sądy obu instancji uznały, że odtwarzanie programów radiowych, w tym muzyki, w zakładzie fryzjerskim o małej powierzchni nie miało na celu zwiększenie, obrotów, a więc nie wiązało się z osiągnięciem przez właściciela korzyści majątkowych. W tym przypadku kryterium wyboru usługodawcy przez klienta stanowi jakość świadczonych usług, a nie możliwość wysłuchania muzyki podczas oczekiwania na usługę lub jej świadczenia.

Zgadzać się z tym stanowiskiem, można wnosić, że tym bardziej zasadne jest ono w przypadku gabinetów lekarskich i udzielanych tam świadczeń zdrowotnych. Tu w jeszcze większym stopniu znaczenie przy podejmowaniu przez pacjentów decyzji o wybraniu danego gabinetu ma jakość udzielanych świadczeń i kwalifikacje lekarza, a nie to, czy odtwarzane tam są programy radiowe lub telewizyjne.

Istnieją więc mocne podstawy prawne, na których mogą się oprzeć lekarze i lekarze dentyści niezgadający się na zawieranie umów licencyjnych na wykorzystywanie utworów, o które występują do nich organizacje zbiorowego zarządzania. Wydaje się, że po otrzymaniu pisma w sprawie zawarcia umowy licencyjnej lekarze ci powinni odpowiedzieć organizacji zbiorowego zarządzania, że w przypadku prowadzonej przez nich działalności leczniczej nie ma podstaw do płacenia wynagrodzeń autorskich z tytułu odtwarzania utworów za pomocą urządzeń do odbioru programów radiowych i telewizyjnych.

Kontrowersje

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że przytoczone orzeczenia i wynikająca z nich argumentacja nie dają gwarancji, że dana organizacja odstąpi od swych żądań na tym etapie. Ostatecznym rozwiązaniem może być niestety postępowanie sądowe pomiędzy organizacją zbiorowego zarządzania a konkretnym lekarzem prowadzącym praktykę bądź podmiotem leczniczym, jeżeli organizacja ta zdecyduje się wystąpić z pozwem. Nie można przy tym

z całą pewnością wykluczyć, że w przypadku ewentualnego postępowania sądowego zostanie jednak wydane orzeczenie niekorzystne dla lekarza.

Trzeba bowiem pamiętać – co podkreślił m.in. Sąd Okręgowy w Świdnicy – że w przypadku ewentualnych naruszeń prawa autorskiego bada się indywidualnie każdy rozpatrywany przypadek. W sytuacji „typowego” gabinetu lekarskiego wydaje się, że zasadne jest twierdzenie, iż odtwarzanie programów radiowych czy telewizyjnych rzeczywiście nie ma na celu zachęcania pacjentów do korzystania ze świadczeń i nie wiąże się z osiąganiem korzyści majątkowych. Można by jednak zastanowić się, czy np. w przypadku przychodni specjalizującej się w świadczeniach dla dzieci, posiadającej przystosowaną do tego poczekalnię (wystrój, meble, zabawki) i nadającej programy radiowe, telewizyjne bądź muzykę dla dzieci, nie dałoby się wykazać związku pomiędzy osiąganiem korzyści majątkowych a odtwarzaniem takich utworów.

W razie ewentualnego postępowania sądowego uprawniona organizacja może dochodzić kwoty odpowiadającej dwukrotności, a w przypadku gdy naruszenie jest zawinione – trzykrotności wynagrodzenia, które byłoby należne tytułem udzielenia przez uprawnionego zgody na korzystanie z utworu, czyli podwójnej lub potrójnej wysokości opłaty licencyjnej za każdy miesiąc korzystania z utworów bez umowy. Ponadto strona przegrywająca ponosi zwykle koszty postępowania (m.in. opłaty sądowej, określonej przepisami kwoty wynagrodzenia pełno-

mocnika procesowego strony wygrywającej) oraz koszty własnej obsługi prawnej.

Z drugiej strony, organizacja zbiorowego zarządzania musi rozważyć, czy ryzyko ewentualnej przegranej w takim procesie nie będzie dla niej na tyle niekorzystne, aby w ogóle odstąpić od wnoszenia pozwu do sądu. W następstwie takiego wyroku (spodziewając się, że informacja o tym zostanie szeroko rozpowszechniona, choćby przez samorząd lekarski) większość lekarzy będzie bowiem, jak można przypuszczać, nie tylko odmawiać zawierania umów licencyjnych, ale też rozwiązywać te już zawarte. ■

1) W niniejszym artykule pod tym pojęciem należy rozumieć lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w ramach prowadzonych przez siebie indywidualnych i grupowych praktyk albo niedużych podmiotów leczniczych.

2) Organizacje zbiorowego zarządzania prawami autorskimi lub prawami pokrewnymi działające na podstawie ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych to stowarzyszenia zrzeszające twórców, wykonawców, producentów, które są uprawnione do zbiorowego zarządzania i ochrony powierzonych im praw autorskich; działalność ta polega w szczególności na udzielaniu zgody na korzystanie z utworów (licencje), pobieraniu wynagrodzeń z tytułu korzystania z utworów (tantiemy) oraz podziale i wypłacie pobranych opłat pomiędzy uprawnionych; obecnie działa w Polsce 14 takich organizacji reprezentujących różne grupy twórców, oprócz najstarszego i najbardziej znanego Stowarzyszenia Artystów ZAiKS można w omawianym zakresie wskazać stowarzyszenie producentów fonogramów i wideogramów ZPAV/ czy związki reprezentujące artystów wykonawców (wokalistów i instrumentalistów) STOART i SAWP.

3) Wyrok z 15 marca 2012 r. w sprawie SCF Consorzio Fonografici przeciwko Marco Del Corso, sygn. C-135/10.

4) Wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z 14 kwietnia 2014 r., sygn. akt I C 2418/13, utrzymany wyrokiem Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 29 sierpnia 2014 r., sygn. akt I ACA 806/14.

O orzeczeniu Trybunału
Sprawiedliwości UE
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Poświadczenie nieprawdy

Opis przypadku

Obwiniony lekarz z miasta W., specjalista chorób wewnętrznych, działając jako lekarz sądowy, w 2011 r. dwukrotnie wydawał zaświadczenia stwierdzające niezdolność do stawiennictwa na rozprawie sądowej, każdorazowo na okres jednego miesiąca. Sąd zwrócił się pisemnie do lekarza z prośbą o podanie, jaka choroba była powodem wydania zaświadczeń. Ponieważ wyjaśnienia lekarza budziły wątpliwości, Wydział Karny Sądu Rejonowego dla miasta W. złożył doniesienie o możliwości poświadczenia przez lekarza nieprawdy.

Postępowanie

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej na podstawie zgromadzonej w aktach dokumentacji medycznej, a w szczególności opisu badania bezpośredniego przeprowadzonego u pacjenta ustalił, że stwierdzony stan faktyczny nie uzasadniał wydania przez lekarza zaświadczeń orzekających niezdolność do stawiennictwa na rozprawie sądowej na podstawie jednostki chorobowej M-51 (inne choroby krążka międzykręgowego) wg ICD-10. Ponadto obwiniony lekarz orzekał w schorzeniu, które nie było w zakresie posiadanej przez niego specjalizacji. Dodatkowo, w opinii rzecznika, w pismach skierowanych do sądu obwiniony lekarz zwracał się w nie do końca w stosownym tonie. Jednocześnie w pismach tych przyznał, że nie czuje się kompetentny do opiniowania na temat zdolności do stawiania się na wezwanie organu procesowego w przypadku zgłaszania się pacjentów spoza jego specjalności medycznej.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej stwierdził, że swoim działaniem obwiniony lekarz podważył zaufanie do zawodu lekarza i godność tego za-

wodu, a także naruszył zaufanie sądu do funkcji lekarza sądowego oraz dopuścił się orzekania poza uprawnieniami wynikającymi z posiadanej przez siebie specjalizacji. Uznał, że obwiniony lekarz dopuścił się tym samym popełnienia przewinień zawodowych z art. 1. ust. 3, art. 10. ust. 1, art. 40 i art. 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Na tej podstawie skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego wniosek o ukaranie.

Okręgowy Sąd Lekarski uznał winę lekarza, stwierdzając, że nie miał on żadnych podstaw do wystawienia wspomnianych zaświadczeń i orzekł w stosunku do lekarza karę upomnienia. Obwiniony lekarz odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który we wrześniu 2012 r. utrzymał w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji.

Kasacja

W 2013 r. pełnomocnik obwinionego lekarza skierował skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. Po rozpatrzeniu sprawy Sąd Najwyższy oddalił kasację jako całkowicie bezzasadną.

Naruszone zostały:

Art. 1. ust. 3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 10. ust. 1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.

Art. 40. Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

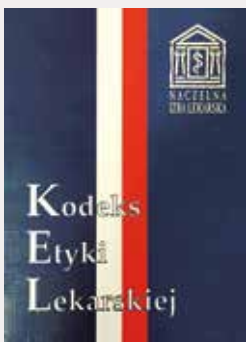
Art. 61. Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

które wydają. Nierzadko zaświadczenia wystawiane są bez osobistego badania pacjenta, dotyczą chorób, które wykraczają poza specjalizację lekarza i co najgorsze, zawierają poświadczenie nieprawdy. Taką sytuację mieliśmy w przytoczonym wyżej przykładzie. Naruszone przez skazanego lekarza artykuły Kodeksu Etyki Lekarskiej i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty są czytelne i powinny przesuwać się nam przed oczami szczególnie wtedy, gdy w imię nie zawsze najlepiej pojmowanej solidarności zawodowej chcemy pomóc koleżance lub koledze po fachu, zapominając, że prawie każdą opinię i zaświadczenie można zweryfikować, a najgorzej, jeśli tej weryfikacji dokonuje sąd, ogniskując wnioski na jego autorze. W tej sprawie ani Okręgowy Sąd Lekarski, ani Naczelny Sąd Lekarski nie miały wątpliwości co do winy i kary, a osądziły sprawę zgodnie z procedurą, co znakomicie podkreślił Sąd Najwyższy, oddalając kasację. Pamiętajmy, że skutkiem ubocznym nienależytej staranności są dowody na naszą niekorzyść. ■

Komentarz

Opisana sprawa dotyczy bardzo ważnego problemu w codziennej pracy sądów lekarskich i jak wynika z przytoczonych faktów, również sądów powszechnych. Warto podkreślić jest to, że skargę na lekarza złożył właśnie sąd karny, który jak można się domyślać, stracił nie tylko zaufanie do tego lekarza sądowego, ale chyba również cierpliwość do skutków wynikających z wydawanych przez niego zaświadczeń. Skutki te to przede wszystkim odraczanie rozpraw z powodu choroby oskarżonego, a w dalszej konsekwencji przewlekanie postępowania i często przedawnienie karalności z powodu upływu czasu, po jakim nie można już skazać oskarżonego. Identyczne konsekwencje niosą zaświadczenia wydawane przez lekarzy sądowych na potrzeby odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Często w sprawach tej odpowiedzialności odnosi się wrażenie, że lekarze nie doceniają wagi i skutków zaświadczeń lekarskich,



**Wojciech
Łącki**

Przewodniczący
Naczelnego Sądu
Lekarskiego

BIULETYN

Nr 3 (162) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, VI 2015

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 26 czerwca 2015 r.

UCHWAŁA Nr 7/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie powołania Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651) w związku z § 3 ust. 1 uchwały Nr 4/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 lutego 2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Marka Czarkowskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 8/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie powołania Rady Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 1247) w związku z § 5 uchwały Nr 4/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 lutego 2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej w składzie:

- 1) Zdzisław Annusewicz
- 2) Mariusz Janikowski
- 3) Romuald Krajewski
- 4) Konstanty Radziwiłł
- 5) Krystyn Sosada

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 9/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2014

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

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2014, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 19.367.492,33 PLN.
2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 223.229,21 PLN na działalność ustawową Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 10/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Zwołuje się Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 13-14 maja 2016 r.
2. Ustalenie miejsca Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Przedmiotem obrad Zjazdu będą:

- 1) omówienie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia i przyjęcie ewentualnych stanowisk w tej sprawie,
- 2) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy,
- 3) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej,
- 4) wybory uzupełniające do organów Naczelnej Izby Lekarskiej,
- 5) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach

- oraz wyborów komisji wyborczych, przygotowanego przez Krajową Komisję Wyborczą,
- 6) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej,
- 7) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich.

§ 3.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 11/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 czerwca 2015 r.**

**w sprawie upoważnienia do podpisania umowy
o udzielenie pożyczki
Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Udzielić pożyczki Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu do kwoty 1.000.000 zł (słownie: jeden milion złotych) na następujących zasadach:

- 1) spłata pożyczki wraz z odsetkami zostanie zabezpieczona hipoteką ustanowioną na nieruchomości położonej w Warszawie przy ul. Grójeckiej 65a/24, będącej własnością Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego wpisanej do księgi wieczystej prowadzonej przez Sąd Rejonowy dla Warszawy - Mokotowa pod numerem WA1M/00058673/3,
- 2) umowa pożyczki zostanie zawarta pod warunkiem udzielania przez Exactus Ewa Mastalerz, Marek Wiktorowski spółka jawna z siedzibą w Łodzi przy ul. Kościuszki 17/1 poręczenia spłaty całej kwoty pożyczki wraz z odsetkami, lub gwarancji bankowej spłaty całej pożyczki wraz z odsetkami,
- 3) spłata pożyczki wraz z odsetkami nastąpi jednorazowo w terminie do 30 października 2016 r.,
- 4) oprocentowanie pożyczki jest zmienne i ustala się je jako sumę stawki WIBOR 3M + 2,0% w skali roku,
- 5) koszty związane z udzieleniem pożyczki, w tym podatek od czynności cywilnoprawnych, koszty ustanowienia hipoteki i wpisania jej do księgi wieczystej ponosi w całości Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

§ 2

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej - Macieja Hamankiewicza i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej - Wojciecha Marquardta do podpisania z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym umowy pożyczki na warunkach określonych w § 1 oraz do podpisania umowy poręczenia z Exactus Ewa Mastalerz, Marek Wiktorowski spółka jawna lub gwarancji bankowej, o której mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Uchwała Nr 12/15/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 czerwca 2015 r.**

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie dotyczącym przerwy w wykonywaniu zawodu, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 12/15/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 czerwca 2015 r.

Projekt

**Ustawa
z dnia**

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 1.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu, rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich oraz ordynowaniu produktów, o których mowa w art. 45 i wydawaniu zleceń lekarskich.”

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty uważa się także prowadzenie przez osoby, o których mowa w ust. 1 i 2 prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, promocję zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, sprawowanie merytorycznego nadzoru i kontroli nad wykonywaniem zawodu lekarza.”

2) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10.1. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza, lekarza dentysty przed przyznaniem ograniczonego prawa wykonywania zawodu, obowiązany jest do odbycia przeszkolenia teoretycznego, którego tryb, program, miejsce i okres określi okręgowa rada lekarska w drodze uchwały, biorąc pod uwagę długość okresu, który upłynął od uzyskania dyplomu.

2. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od ukończenia stażu podyplomowego lub od uznania jego kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 5c ust. 1, ma obowiązek odbycia przeszkolenia po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu.

3. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek odbycia przeszkolenia.

4. Lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu w innym państwie,

zamierzający podjąć wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zaprzestał wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat przed terminem wystąpienia o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, po uzyskaniu tego prawa, ma obowiązek odbycia przeszkolenia.

5. Za przerwę w wykonywaniu zawodu uznaje się:

- 1) zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza lub
- 2) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2, sporadycznie lub w znikomym wymiarze lub zakresie lub
- 3) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2, z naruszeniem zakazu wykonywania zawodu orzeczonego tytułem środka karnego przez sąd powszechny lub
- 4) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2, z naruszeniem zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego tytułem środka zapobiegawczego przez sąd powszechny lub prokuratora lub
- 5) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2, z naruszeniem zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego przez sąd lekarski lub wynikającego z uchwały okręgowej rady lekarskiej.

6. Przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza nie stanowi wykonywanie zawodu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym lekarz wykonywał zawód lub prawa międzynarodowego.

7. Okręgowa rada lekarska może wezwać lekarza do przedstawienia dokumentów, w szczególności umów o pracę, związanych z nawiązaniem stosunku służbowego, świadectw pracy oraz umów cywilnoprawnych, dokumentacji medycznej lub innych dokumentów potwierdzających, że wykonywał zawód lekarza w okresie, którego dotyczy postępowanie w sprawie stwierdzenia przerwy w wykonywaniu zawodu.

8. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały stwierdza istnienie trwającej co najmniej 5 lat przerwy w wykonywaniu zawodu i kieruje lekarza na przeszkolenie oraz ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, o którym mowa w ust. 2 - 4, uwzględniając dotychczasowy okres i formę wykonywania zawodu, kwalifikacje lekarza, długość przerwy w wykonywaniu zawodu. Przeszkolenie zawodowe powinno trwać nie krócej niż 3 miesiące i nie dłużej niż 12 miesięcy.

9. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 2 - 4, odbywa się na podstawie umowy o szkolenie zawartej przez lekarza z właściwym podmiotem, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, wskazanym w uchwale przez okręgową radę lekarską. Koszty przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1 - 4 ponosi lekarz.

10. Lekarz zobowiązany przez okręgową radę lekarską do odbycia przeszkolenia, w okresie jego trwania może wykonywać zawód jedynie w miejscu odbywania przeszkolenia.

11. W razie nieusprawiedliwionego uchylenia się lekarza od odbywania przeszkolenia w okresie 3 miesięcy od podjęcia uchwały zobowiązującej lekarza do odbycia przeszkolenia lub nieusprawiedliwionego przerwania przeszkolenia na okres dłuższy niż 3 miesiące, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu do czasu ustania przyczyny zawieszenia.

12. Obowiązek odbycia przeszkolenia z powodu przerwy w wykonywaniu zawodu nie dotyczy lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

13. Lekarz, który zaprzestał wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na czas określony lub nieokreślony, może wyłącznie udzielać świadczeń zdrowotnych oraz ordynować leki w odniesieniu do swojej osoby, małżonka oraz wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, w warunkach ambulatoryjnych, a także obowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30⁴;

3) w art. 11 ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. W razie nieusprawiedliwionego niestawiania się lekarza przed komisją, o której mowa w ust. 1, lub uchylenia się od uczestnictwa w uzupełniającym przeszkoleniu, o którym mowa w ust. 2, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności me-

dycznych do czasu zakończenia przeszkolenia.

5. Okręgowa rada lekarska ustala tryb, miejsce i program przeszkolenia, o którym mowa w ust. 2. Koszty tego przeszkolenia ponosi lekarz;”

4) w art. 57 ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Od uchwał okręgowych rad lekarskich lub Wojskowej Rady Lekarskiej w sprawach, o których mowa w art. 5 ust. 1-4 i 7, art. 5a, art. 5b ust. 1, art. 5c ust. 1, art. 6 ust. 1, art. 6a ust. 1, art. 7 ust. 1-3 i 5, art. 8 ust. 1, art. 9 ust. 7, art. 10 ust. 8 i 11, art. 11 ust. 2 i 4, art. 12 ust. 1 oraz ust. 3-5, lekarzowi przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej. Uchwały te podpisują prezes lub wiceprezes i sekretarz lub zastępca sekretarza okręgowej rady lekarskiej.

1a. Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej, o których mowa w ust. 1, podpisują prezes lub wiceprezes i sekretarz lub zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej.”

Art. 2.

Ustawa wchodzi w życie z dniem ...

Uzasadnienie dostępne na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/101332/ru012-15-VII.pdf

STANOWISKO NR 3/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie poparcia kampanii „Ostatni dyżur”

Naczelna Rada Lekarska, głęboko zaniepokojona najnowszymi prognozami dotyczącymi zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w opiekę pielęgniarską i położniczą przedstawionymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i po zapoznaniu się z ideą projektu „Ostatni dyżur”, deklaruje poparcie dla tej kampanii.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że samorządy zawodowe lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek i położnych reprezentują środowiska, które są fundamentem demokratycznego życia publicznego w Polsce. Zrzeszają one osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i liczą łącznie ponad 600 tysięcy członków. Są głosem wykształconych, aktywnych i świadomych swojej roli w społeczeństwie obywateli.

Naczelna Rada Lekarska popiera kampanię „Ostatni dyżur”, gdyż zwraca ona uwagę społeczeństwa i polityków, na to, że poprawa sytuacji pacjentów w Polsce nie jest możliwa bez pilnego rozwiązania problemów środowiska pielęgniarskiego.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 4/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 czerwca 2015 r.

w sprawie niezbędnej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na konieczność nowelizacji ustawy o działalności leczniczej poprzez określenie wymagań niezbędnych do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą.

Wymóg posiadania przez osoby kierujące jednostkami ochrony zdrowia pewnych minimalnych kwalifikacji obowiązywał w Polsce na gruncie przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Obecnie, na podstawie art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, takie wymogi określone zostały jedynie wobec kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Z uwagi na fakt, iż ustawa o działalności leczniczej powierza kierownikowi podmiotu leczniczego bardzo ważną rolę w procesie organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym podmiocie, to zasadnym jest określenie minimalnych wymogów, jakie spełniać

powinna osoba pełniąca taką funkcję.

Problem niedostatecznego nadzoru merytorycznego w podmiotach leczniczych może występować z różnym nasileniem w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń. Nie będzie on zauważalny tam, gdzie poziom minimalnych wymagań dla prowadzenia danej działalności leczniczej jest stosunkowo wysoki (np. specjalizacja lekarska jako wymóg podstawowy, szpitale prowadzone przez niepubliczny podmiot). Może wystąpić jednak tam, gdzie lekarze zaraz po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu samodzielnie udzielają świadczeń (stomatologia) i być tym bardziej widoczny w momencie likwidacji stażu podyplomowego.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej powyższe argumenty uzasadniają wprowadzenie do ustawy o działalności leczniczej w stosunku do podmiotów udzielających świadczeń zastrzeżeń do kompetencji lekarzy lub lekarzy dentystów wymogu posiadania prawa wykonywania zawodu odpowiednio lekarza lub lekarza dentysty oraz minimum 5 letniego doświadczenia w wykonywaniu jednego z tych zawodów lub tytułu specjalisty, jako wymogów niezbędnych do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, 5-6 ustawy. W przypadku, w którym kierownikiem podmiotu leczniczego jest zarząd spółki kapitałowej, wspomniane wymogi powinna spełniać co najmniej jeden członek zarządu.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Apel nr 9/15/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 czerwca 2015 r.**

w sprawie: przywrócenia stażu podyplomowego oraz poprawy warunków realizacji kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o przywrócenie stażu podyplomowego oraz o poprawę warunków realizacji kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Postulaty zgłaszane w niniejszym apelu przez samorząd lekarski wynikają z troski o zapewnienie właściwego poziomu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów zarówno na etapie przygotowania do zawodu jak i kształcenia podyplomowego. Samorząd lekarski niezmiennie stoi na stanowisku, że od właściwego ukształtowania modelu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów zależy nie tylko ich kwalifikacje, ale także bezpieczeństwo pacjentów oraz jakość i dostępność udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

1. Przywrócenie stażu podyplomowego

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że podjęta na mocy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty decyzja o likwidacji stażu podyplomowego i zastąpieniu go dwusemestralnym praktycznym nauczaniem w dziedzinach klinicznych realizowanym w trakcie ostatniego roku studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, była błędna. Rada, podobnie jak towarzystwa naukowe, inne organizacje lekarskie oraz środowiska uniwersyteckie, w trakcie procedowania projektów tych przepisów wielokrotnie wyrażała negatywne opinie o likwidacji stażu. Rada apeluje do Ministra Zdrowia o ponowną analizę skutków likwidacji stażu zarówno pod kątem wpływu na jakość kształcenia kadr medycznych, prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i etycznych oraz uprawnienia osób kształcących się w zawodach lekarza i lekarza dentysty do właściwych, w tym także bezpiecznych od strony prawnej, warunków zdobywania wiedzy praktycznej. Staż podyplomowy jest tą formą kształcenia, która w sposób najlepszy i sprawdzony przez wiele lat w Polsce i wielu innych krajach prowadzi do nabycia przez lekarza/lekarza dentystę uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu. Sa-

morząd lekarski uważa, że staż podyplomowy stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów.

Przeciwko likwidacji stażu podyplomowego przemawia szereg argumentów. Wprowadzenie dwusemestralnego praktycznego nauczania prowadzi de facto do skrócenia studiów w zakresie nauczania wiedzy medycznej, co może negatywnie wpłynąć na jakość tego kształcenia. Likwidacja stażu podyplomowego to również odejście od dobrej i sprawdzonej tradycji nabywania pełnych uprawnień do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty poprzez staż realizowany dopiero po zakończeniu studiów przez absolwentów studiów medycznych i stomatologicznych.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że o ile osoba realizująca staż podyplomowy legitymuje się już tytułem zawodowym lekarza/lekarza dentysty uzyskanym w wyniku ukończenia studiów, posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu, co oznacza, że przed jego przyznaniem właściwa izba lekarska sprawdziła wymóg nienagannej postawy etycznej, o tyle model dwusemestralnego praktycznego nauczania zakłada, że do pacjenta zostanie dopuszczona osoba niemająca tytułu zawodowego, nieposiadająca prawa wykonywania zawodu, której postawa etyczna nie była przedmiotem badania. Może to budzić uzasadnione obawy i sprzeciw ze strony pacjentów, którzy w takiej sytuacji mogą masowo odmawiać zgody na bycie przedmiotem nauczania studentów.

Należy również zwrócić uwagę, że na podstawie art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, lekarze/lekarze dentyści stażyści podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, podczas gdy studenci odpowiedzialności takiej nie ponoszą.

Argumenty te przemawiają za utrzymaniem w Polsce stażu podyplomowego. Mając świadomość, że staż podyplomowy nie jest pozbawiony wad, samorząd lekarski deklaruje pomoc w pracach zmierzających do wprowadzenia ulepszenia zasad i praktyki odbywania stażu.

2. Kształcenie studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęty przez ustawodawcę model dwusemestralnego praktycznego nauczania na ostatnim roku studiów, nie daje wystarczających gwarancji prawidłowej realizacji kształcenia praktycznego. Rada apeluje o zapewnienie właściwego finansowania potrzeb, jakie wykreował nowy system szkolenia przeddyplomowego, w celu zapewnienia odpowiednich standardów nauczania i nabywania wysokich kompetencji przez studentów. Niewątpliwie realizacja praktycznego nauczania zawodu przez studentów będzie wymagała ponoszenia wymiernych nakładów przez podmioty kształcące studentów, konieczne jest wobec tego zabezpieczenie środków na refundację tych nakładów.

3. Uprawnienia studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego

Obecny status prawny studenta biorącego udział w praktycznym nauczaniu zawodu budzi szereg wątpliwości, dlatego należy wprowadzić przepisy, które w sposób jednoznaczny regulowałyby m. in.:

- zakres uprawnień studenta do udzielania świadczeń zdrowotnych, z określeniem, które czynności może wykonywać samodzielnie, które pod bezpośrednim nadzorem, a których nie wolno mu wykonywać;
- dostęp studenta do dokumentacji medycznej pacjentów i do danych objętych tajemnicą lekarską;
- kwestię prawa pacjenta do wyrażenia sprzeciwu wobec udziału studenta w udzieleniu świadczenia zdrowotnego;
- ochronę studenta odbywającego praktyczne nauczanie przed majątkową odpowiedzialnością za szkody wyrządzone pacjentowi w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach zbliżonych do ochrony, z jakiej korzystają osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia o pilne wydanie szczegółowych regulacji dotyczących powyższych problemów, bowiem ich brak utrudni kształcenie studentów według nowego modelu.

4. Tworzenie nowych specjalizacji

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia o opracowanie i opisanie jasnych kryteriów tworzenia nowych specjalizacji lekarskich i le-

karsko-dentystycznych z uwzględnieniem, zasady, że należy ograniczyć kreowanie potrzeb w tym zakresie poprzez działania NFZ wprowadzające nieuzasadnione merytorycznie arbitralne wymogi kwalifikacji personelu do wykonywania określonych świadczeń, naruszając tym samym prawa nabyte lekarzy, którzy przed wejściem tych regulacji z powodzeniem wykonywali danego rodzaju świadczenia.

Rada uważa też, że należy przeanalizować narzucane przez NFZ wymogi kwalifikacji personelu do wykonywania określonych świadczeń, pod kątem zwiększenia ich wykonywania przez specjalistów pierwszego stopnia, zwłaszcza w specjalnościach niezabiegowych.

5. Finansowanie szkolenia specjalizacyjnego

Rada uważa, iż konieczne jest także stworzenie jasnych zasad finansowania szkolenia specjalizacyjnego, przede wszystkim ze środków publicznych lub ze środków pracodawcy lekarza/lekarza dentysty. Należy również dążyć do tego, aby możliwość zrealizowania programu specjalizacji nie zależała od finansowania przez NFZ, czy, jak to ma miejsce w specjalnościach lekarsko-dentystycznych, od zamożności pacjenta. Należy również przyjąć zasadę, że każdy specjalizujący się lekarz/lekarz dentysta będzie miał możliwość odbycia szkolenia w ramach rezydentury.

6. Wynagrodzenie osób odpowiedzialnych za szkolenie specjalizacyjne

Samorząd lekarski ponawia postulat wprowadzenia wynagradzania dla osób odpowiedzialnych za kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów, a w szczególności dla kierowników specjalizacji, na których spoczywa ciężar nadzoru nad działaniami zawodowymi specjalizującego się lekarza/lekarza dentysty i czynionymi przez niego postępowaniami, właściwym przygotowaniem go do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, a przede wszystkim odpowiedzialność za to, że osoba wykształcona pod jego kierunkiem daje rękojmię należytego wykonywania świadczeń specjalistycznych.

7. Zwiększenie liczby podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

Obecnie dużym problemem w dostępie do szkolenia specjalizacyjnego, szczególnie w specjalnościach lekarsko-dentystycznych, jest zbyt mała liczba miejsc akredytowanych. Zmiany w tym zakresie można rozpocząć od urealnienia wymogów akredytacji do niezbędnego minimum, jednak zapewniającego jakość indywidualnego kształcenia. Celowa jest też ponowna weryfikacja czasu trwania niektórych specjalizacji, m.in. poprzez ocenę programów specjalizacji pod kątem realności szkolenia w zakresie wyjątkowo rzadkich procedur.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że poważną przeszkodą w realizacji programu niektórych specjalizacji, szczególnie lekarsko-dentystycznych, jest niewystępowanie procedur objętych programem specjalizacji w koszty świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym, co sprawia, że realizacja programu specjalizacji jest w praktyce uzależniona od zasobności pacjentów.

8. Kursy objęte programem specjalizacji

Naczelna Rada Lekarska postuluje ograniczenie liczby obowiązkowych kursów nie związanych z merytoryczną wiedzą z zakresu danej specjalizacji. Liczba tego rodzaju kursów nie związanych z nabywaniem wiedzy i umiejętności w danej specjalności zwiększa się coraz bardziej. Ponadto Rada postuluje, aby umożliwić realizację jak największej liczby kursów wymaganych programem specjalizacji na szczeblu wojewódzkim, ponieważ odbywanie ich w CMKP jest kosztowne i czasochłonne dla specjalizujących się. Minister Zdrowia powinien również zachęcać CMKP do opracowania platformy internetowej, która umożliwiłaby realizację kursów bez konieczności dojazdu i zakwaterowania w miejscu oddalonym od miejsca zamieszkania lekarza.

9. Realizacja szkolenia w podmiotach prywatnych

Rada uważa, że konieczne jest także wprowadzenie zasad umożliwiających szersze wykorzystanie podmiotów prywatnych w szkoleniu specjalizacyjnym, szczególnie lekarzy dentystów. Obecnie podmioty publiczne, głównie uczelnie medyczne, realizujące szkolenie specjalizacyjne dla lekarzy dentystów są już bardzo obciążone, a nie widać perspektyw na poszerzenie możliwości bazy dydaktycznej tak, aby sprostała zapotrzebowaniu na kształcenie specjalizujące lekarzy dentystów. Podmioty uczestniczące w szkoleniu specjalizacyjnym, w tym wypadku praktyki dentystyczne i podmioty lecznicze, nie powinny jednak ponosić dodatkowych kosztów z tego tytułu, muszą zatem powstać mechanizmy finansowe pozwalające na rzetelne pokrycie kosztów organizacji szkolenia.

10. Ustalenie potrzeb zdrowotnych

Rada apeluje także o zainicjowanie i wykonanie rzetelnych badań zmierzających do określenia liczby lekarzy i lekarzy dentystów oraz lekarzy/lekarzy dentystów specjalistów, jakie powinny przypadać na określoną populację mieszkańców, przy uwzględnieniu celów polityki zdrowotnej. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej decyzje o limitach przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny oraz o liczbie miejsc szkoleniowych dla specjalizujących się powinny być podejmowane na podstawie ustalonych uprzednio norm mających odzwierciedlenie w zapotrzebowaniu zdrowotnym.

11. Ustawiczne kształcenie zawodowe

Rada postuluje zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów przewidują, że za niektóre formy doskonalenia zawodowego lekarz może uzyskać nie więcej niż wskazaną tam liczbę punktów wliczanych do ewidencji doskonalenia zawodowego, co w sposób nieuzasadniony utrudnia rozliczenie obowiązku doskonalenia zawodowego. Ograniczenia te powinny zostać uchylone.

Ponadto Rada ponawia postulat uznania kosztów ponoszonych przez lekarza i lekarza dentystę na doskonalenie zawodowe za koszty uzyskania przychodu. Nałożenie na lekarzy ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego potwierdzonego uzyskaniem odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych oznacza, że dla lekarzy realizacja tych szkoleń i ponoszone na nie koszty są ściśle związane z wykonywaniem zawodu zatem, jako koszt niezbędny do prawidłowego wykonywania zawodu, powinny zawsze stanowić koszt uzyskania przychodu w rozumieniu prawa podatkowego.

12. Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach lekarsko-dentystycznych

Naczelna Rada Lekarskiej zgłasza następujące propozycje, które mogą wpłynąć na usprawnienie systemu kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów, przy zachowaniu odpowiedniej jakości kształcenia:

- 1) Rada postuluje zmianę standardów akredytacyjnych podmiotów szkolących w poszczególnych dziedzinach lekarsko-dentystycznych poprzez:
 - a) wykreślenie obowiązku posiadania odpowiedniego pomieszczenia dydaktycznego wyposażonego w sprzęt audiowizualny oraz obowiązku posiadania podstawowych podręczników i czasopism naukowych,
 - b) wykreślenie obowiązku posiadania komisji lub powołania osoby odpowiedzialnej za ocenę jakości szkolenia;
- 2) Rada postuluje zmianę standardów akredytacyjnych podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie protetyki stomatologicznej poprzez:
 - a) wykreślenie obowiązku posiadania unitu implantologicznego,
 - b) wykreślenie obowiązku posiadania stołu laboratoryjnego z wyposażeniem technicznym,
 - c) wykreślenie obowiązku zapewnienia co najmniej jednego stanowiska przedklinicznego wyposażonego w fantom;
- 3) Rada postuluje zmianę programu specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej poprzez:
 - a) zamianę stażu kierunkowego z dermatologii i alergologii na formę kursu,
 - b) włączenie stażu kierunkowego z chirurgii szczękowo-twarzowej do stażu z chirurgii stomatologicznej;
- 4) Rada postuluje zmianę dotyczące programu specjalizacji w dziedzinie protetyki stomatologicznej poprzez:
 - a) zwiększenie czasu przeznaczanego na szkolenie z zakresu zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego,
 - b) uwzględnienie w procedurach zabiegowych konieczności wykonania protez dziecięcych,
 - c) zwiększenie liczby wykonania procedur protez ruchomych podpartych;
- 5) Rada postuluje zmianę programu specjalizacji w dziedzinie periodontologii poprzez wprowadzenie możliwości realizacji kursu z zakresu patomorfologii zamiast histopatologii.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

MEDEVAC!

„Wybuchła mina, zginął żołnierz koalicji, dwóch rannych”, „rakietą trafiła w wioskę, są zabici”, „atak na konwój...” – w mediach przez kilkanaście ostatnich lat przewijały się informacje z frontu afgańskiego. Zadaję sobie pytanie, kto ratował, gdy na głowę leciały pociski? Kto latał porozrywane ciała? Kto tamował rozległe krwotoki?

Afganistan, 4 tys. km stąd w linii prostej, upał, bieda, ludzie żyjący w zupełnie innej kulturze. Tam, przez 12 lat (marzec 2002 – grudzień 2014) Polski Kontyngent Wojskowy uczestniczył w operacji stabilizacyjnej ISAF – Międzynarodowych Sił Wsparcia Bezpieczeństwa, by walczyć z Talibami. Pytam w środowisku medycznym, czy znają kogoś, kto tam był, ratował. Udaje mi się zdobyć kilka cennych telefonów. Umawiam się na rozmowy.

Cel: Ghazni

Jaką rolę medycy odegrali w czasie tej wojny? Pytam ppłk. Janusza Walendzika, który był w Afganistanie na dwóch zmianach (ósmej i dwunastej, jedna zmiana trwa pół roku), za pierwszym razem jako zastępca szefa służby zdrowia PKW, a na kolejnej czasowo pełnił funkcję jej szefa, a potem zastępcy. – Na początku misję zabezpieczali przede wszystkim Amerykanie. Dopiero z czasem Dowództwo Operacyjne zaczęło formować rozleglejsze struktury, aż w sierpniu 2010 r. powstał w bazie w Ghazni polski szpital polowy – tłumaczy. Nie od razu działał na pełnych obrotach, bo brakowało lekarzy.

Droga do Ghazni nie jest prosta. Najpierw lądowanie w Bagram, gdzie na przybyszy czeka kilka dni szkoleń i aklimatyzacji. Potem już śmigłowcem do celu, ale to przecież nie podróż odstrasza przed wyjazdem. Nie jadą, bo się boją? – Raczej kalkulują, na misji nie ma dużych zarobków, a dodatkowo gdy lekarz ma w kraju rodzinę i całe dotychczasowe zawodowe życie, to woli z atrakcji wojennych zrezygnować – uważa ppłk prof. Waldemar Machała, anestezjolog, który pracował w Ghazni od maja 2012 r. na kilku zmianach.

W końcu udaje się skompletować załogę. Anestezjolog, chirurg, ortopeda, pielęgniarki, ratownicy, laboranci, a nawet stomatolog, technik radiologii i farmaceuta. Braki w kadrze uzupełniono ukraińskimi medykami. – Szpital wyposażono w świetny sprzęt, którego próżno szukać na polskich SOR-ach. Mogliśmy zacząć samodzielną pracę. Wcześniej w bazie w Ghazni działał tylko szpital amerykański – wyjaśnia ppłk dr n. med. Robert Brzozowski, specjalista chirurgii ogólnej, który zaliczył w sumie pięć zmian (w latach 2010–2014). Rozmawiamy przez Skype’a. W pewnej chwili ktoś wchodzi do gabinetu i przerywa naszą rozmowę. To żołnierz, który na misji został zraniony odłamkiem granatnika. Także po powrocie do kraju poszkodowani w Afganistanie szukają u niego pomocy. Musimy zrobić przerwę.

Bogu, co boskie

W lato 45 st. C w cieniu, w zimie za to 30 st. C na minusie. Na bazę co jakiś czas spadają rakiety wystrzelwane przez Talibów. – Incoming! Incoming! Gdy słychać taki komunikat, a syreny alarmowe wyją, to znaczy, że trwa ostrzał. Nigdy

nie wiemy, gdzie walnie, to wiadomo dopiero po fakcie. Nie wolno uciekać. Procedura nakazuje, by paść na ziemię i czekać. Potrzeba żelaznych nerwów i silnej woli, by nie biec do schronu. Można to zrobić dopiero wtedy, gdy alarm ucichnie. Najgorzej, kiedy syreny zaczynają wyć w czasie operacji, no... ale nie ma kompromisów, trzeba położyć się na podłogę i czekać. Nawet, gdy z pacjentem jest źle. Taki los. Czasem trzeba oddać bogu, co boskie... – opowiada spokojnym, rzeczowym tonem prof. Machała. To chyba jednak, tak po ludzku, trudna decyzja? – Na szczęście nie miałem takiej sytuacji, żeby pacjent umarł przez incoming. To jednak wojna i procedury są jak rozkazy – trzeba wypełnić. Kiedy zginę, nikomu już nie pomogę – tłumaczy.

Płk Marcin Wojtkowski, ortopeda, traumatolog, miał mniej szczęścia. Na siódmej zmianie, a jego pierwszej, takiego systemu powiadomień o nadchodzącym zagrożeniu jeszcze nie było. Spał, kiedy zaatakowano bazę. – Dzień wcześniej było dużo pracy, miałem w sumie ponad 20 rannych, w tym jedną interwencję w nocy. Nad ranem do mojego campu wpadła rakietą i wybuchła. Było kilka osób poszkodowanych, w tym ja. Musiałem być operowany i wrócić do Polski na dalsze leczenie – opowiada. Kiedy wyzdrowiał, wrócił na afgańskie szlaki jeszcze dwa razy.

Z kolei pod koniec sierpnia 2013 r. Talibowie wtargnęli do bazy obladowani ładunkami wybuchowymi, alarm niewiele by zmienił. – Byłem wtedy na dyżurze. Kilka osób zostało rannych – wspomina anestezjolog Machała. Talibów też ratowaliście? – W niektórych przypadkach, choć nie wtedy, naszym nieprzyjaciółom też pomagaliśmy. To trochę przerażające doświadczenie, bo oni traktują cię jak niewiernego, który przerwał im drogę do zbawienia – wyjaśnia mi, a ja pytam dalej. – A gdyby w tym samym czasie przywieziono rannego Polaka? – Jeśli byłby ciężiej lub tak samo ranny jak Talib, to najpierw ratowalibyśmy rodaka. Dla mnie to oczywiste, w końcu jesteśmy na wojnie – odpowiada bez zawahania.

Regulamin każe chodzić po bazie w mundurze z naładowaną bronią przy sobie, a kiedy stopień zagrożenia jest wyższy, to w kamizelce kuloodpornej i hełmie, i nie zdejmować nawet w trakcie wykonywania operacji. Przy pasie zawsze musi być krótkofalówka – w końcu w każdym momencie może zacząć się alarm ewakuacji medycznej, czyli MEDEVAC, który oznacza, że zaraz przywiezą rannych. To realia wojenne. Obok tego wręcz luksusowe warunki do życia: mieszka się w klimatyzowanych kontenerach i bungalowach, jest dobrze wyposażona stołówka (jak ktoś lubi amerykański styl odżywiania się), prysznice, boiska do siatkówki i kosza, siłownia, klub żołnierski, gdzie każdy miał dzienny limit rozmów telefonicznych z bliskimi w kraju i dostęp do internetu, a nawet kościół i tzw. „Złote Tarasy”, gdzie można

Lidia Sulikowska

Regulamin każe chodzić po bazie w mundurze z naładowaną bronią przy sobie, a kiedy stopień zagrożenia jest wyższy, to w kamizelce kuloodpornej i hełmie, i nie zdejmować nawet w trakcie wykonywania operacji.



FOTO: Janusz Walendzik

Od swoich rozmówców słyszę, że pacjent po wypadku komunikacyjnym z wielonarządowymi obrażeniami ma w Polsce mniejsze szanse na przeżycie niż żołnierz z podobnymi obrażeniami w Afganistanie.

wypić kawę czy odwiedzić afgańskie sklepiki. A codzienne życie? Bieganie czy co kto woli, prysznic, śniadanie, odpawa, praca, czas wolny, a po zmroku najważniejsze, żeby mieć ze sobą latarkę, bo w bazie ze względów bezpieczeństwa jest całkowite zaciemnienie.

Za bramą

Pierwszym ogniwem łańcucha przeżycia na polu walki są ratownicy – to oni zabezpieczają praktycznie każdy patrol i konwój, przez co ich praca jest szczególnie ryzykowna. Udzielają niezbędnej pomocy medycznej, a potem przekazują informację o zdarzeniu do centrum operacji taktycznych (TOC) i czekają na śmigłowce, które zabiorą rannych. W Ghazni były takie dwa, należały do Amerykanów.

– Jedziemy i czekamy, aż coś się wydarzy. A gdy się wydarzy, to znowu czekamy, aż źródło zagrożenia zostanie zneutralizowane. Do tego czasu ranny żołnierz wie, że musi radzić sobie sam, według procedury „self-aid”. Dopiero, gdy środowisko taktyczne staje się „bezpieczne”, podejmujemy medyczne czynności ratunkowe. Te interwencje są silnie stresogenne, bo pomagamy osobom, z którymi codziennie spędzamy po kilkanaście godzin w patrolach. Często jesteśmy tak ze sobą zżyci, że traktujemy się jak bracia. Aż tu nagle ktoś traci nogę i trzeba zachować zimną krew... – opowiada Tomasz Sanak, ratownik medyczny, uczestnik pierwszej, szóstej i dziewiątej zmiany.

Obowiązują ich inne standardy postępowania niż podczas służby w czasie pokoju w Polsce. Działają według Tactical Combat Casualty Care (TCCC), czyli procedur opracowanych przez Amerykanów, dostosowanych do specyfiki obrażeń bojowych. – W Polsce u pacjentów urazowych najpierw zabezpieczamy szyjny odcinek kręgosłupa, potem sprawdzamy drożność dróg oddechowych. Na wojnie w pierwszej kolejności szukamy masywnych krwotoków z kończyn i tamujemy je. Dlaczego? Amerykanie swoje procedury medyczne opierają na podstawie tzw. trauma registry, z którego wynika, że urazy kręgosłupa to promilowe sytuacje urazów wojennych – wyjaśnia Tomasz Sanak. Także wyposażenie ratownika w kraju i Afganistanie bardzo się różni. W plecaku Tomka Sanaka i innych ratowników pracujących podczas afgańskiej misji był zestaw leków i produktów medycznych, o których mogliby tylko pomarzyć w realiach polskiego systemu ratownictwa medycznego, między innymi środki hemostatyczne, różne rodzaje produktów do chirurgicznego udrożnienia dróg oddechowych, leki w ampułkostrzykawkach etc.

Po ustabilizowaniu rannego ratownik wysyła meldunek do TOC i mówi, co i gdzie się stało, ilu jest rannych, w jakim są stanie. TOC powiadamia Centrum Koordynacji Ruchu Pacjentów (PECC), które podejmuje decyzję o wysłaniu śmigłowca ratowniczego, który przetransportuje rannego do najbliższego szpitala polowego, takiego jak np. polska jednostka w Ghazni. Jeśli potrzebna jest dalsza, bardziej specjalistyczna interwencja, ranny leci do szpitala amerykańskiego w Bagram, po stabilizacji jest ewakuowany do szpitala NATO w Landstuhl w Niemczech, a niekiedy wraca do własnego kraju. Istotą tego systemu jest ewakuacja na koleje poziomy, tak aby luzować łóżka szpitalne w rejonie operacji.

Tylko nie fosfor i dzieci

Polski szpital miał ratować przede wszystkim polskich i koalicyjnych żołnierzy. Kiedy były wolne moce przerobowe, ratował też afgańskich cywilów, którzy ucierpieli w związku z działaniami wojennymi. Ich było najwięcej. – Serce szpitala to tzw. trauma room. Stosunkowo nieduże pomieszczenie, gdzie muszą zmieścić się cztery stanowiska, tzw. trauma bed, obsługiwane przez kilkusobowe zespoły urazowe – wyjaśnia podpułkownik Walendzik. Nieraz wszystkie były zajęte, a lżej ranni czekali lub udzielano im pomocy w ambulatorium, korytarzach i poczekalni. Miejsca jest mało, więc nie ma zbędnych ruchów i zapytań. – Lekarz jest głową, a pozostałe osoby to jego kończyny. Musimy działać jak roboty – opowiada doktor Marcin Wojtkowski, uczestnik siódmej, dziesiątej i czternastej zmiany. Prawa ręka się wkuwa, lewa pobiera krew, USG FAST, mobilne RTG, koniecznie recorder... i tak dalej. – Płynna praca personelu medycznego Polskiego Szpitala w Ghazni możliwa była wyłącznie dzięki poświęceniu całego zespołu, zaczynając od kierowców, ratowników, którzy najbardziej narażali własną skórę i wykonywali gros działań ratujących życie, poprzez pielęgniarki i techników wspieranych przez laborantów, a kończąc na lekarzach. To zgranie zespołu dawało poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach skrajnych. To nasz zespół! – podkreśla ppłk Janusz Walendzik.

Ranni na wojnie to dość specyficzna grupa pacjentów. Wielu obrażeń nie spotyka się w czasie pokoju. Czy to duże wyzwanie dla lekarza i obciążenie psychiki? – Na co dzień ratujemy osoby poszkodowane w wypadkach komunikacyjnych, więc trudno nas czymś zaskoczyć. Wśród ofiar wojennych najtrudniej ratować obrażenia spowodowane



rakietami nafaszerowanymi fosforem. To paskudztwo płonie, dopóki nie wypali każdej żywej tkanki. Jest niebezpieczne dla każdego, kto się z nim zetknie – ocenia Waldemar Machała. Najwięcej pracy jest od maja do listopada. Wtedy intensyfikują się działania bojowe, bo pogoda sprzyja.

Największe wezwanie? – Trudno powiedzieć. Mieliliśmy kiedyś piętnastu rannych w jednym czasie, więc było naprawdę gorąco. To byli afgańscy weselnicy, którzy wjechali na minę. Żołnierze mniej wzruszają, bo to ludzie, którzy są świadomi zagrożenia, wiedzą, czym ryzykują. Najbardziej zapadły mi w pamięć dzieci. Kiedy ojcu w ciągu kilku sekund ginie syn, a trzech jest ciężko rannych, bo weszły na minę przy wypasaniu kozy, to trudno zrozumieć ten świat. To były dla mnie chyba najsmutniejsze obrazy wojny – mówi prof. Machała. W jego wspomnieniach przewijają się różne postacie, na przykład kilkuletnia dziewczynka z postrzałem w brzuch albo poparzone dzieci. I to nie przez wybuchy. W Afganistanie ojcowie czasami każą nawet kilkulatek poprzez zanurzenie nogi czy ręki we wrzącej wodzie.

Polskie podwórko

Front to nie jest spokojne miejsce pracy. Postrzały, rany szarpane, oparzenia, obrażenia wielonarządowe, krwotoki zewnętrzne i wewnętrzne, odma płucnowa z nadciśnieniem. Wszystko ma swoje algorytmy postępowania, często różniące się od tych stosowanych w medycynie cywilnej. Od swoich rozmówców słyszę, że pacjent po wypadku komunikacyjnym z wielonarządowymi obrażeniami ma w Polsce mniejsze szanse na przeżycie niż żołnierz z podobnymi obrażeniami w Afganistanie. – W kraju brakuje dobrego zaopatrzenia w krew, odpowiednich urządzeń ratujących życie i wiedzy. Nikt nie mówi, że system medycyny ratunkowej może być lepszy, a może. Pokazują to doświadczenia, jakie nabyliśmy w Afganistanie. Dużo się nauczyliśmy od Amerykanów. Tam korzystanie z urządzeń do szybkiego toczenia krwi czy stosowanie opasek uciskowych to normalność – mówi mi doktor Robert Brzozowski. – Raz przetoczyliśmy pacjentowi 35 jednostek krwi pełnej bez powikłań. W bardzo prosty sposób można komuś uratować życie, trzeba tylko chcieć. Niestety w Polsce zbyt często się nie chce – dodaje z kolei prof. Machała.

Trudny powrót

Prawie każdemu, kto służył na misji w zespole medycznym, udało się wrócić. Powrót, tak jak i przyjazd, jest

dość uciążliwy. Przesiadki, międzylądowania, godziny, a nawet dni oczekiwania na transport. Czasem szybciej, czasem wolniej, raz w pasażerskim boeingu, innym razem na pokładzie transportowca. Nie wszystko da się przewidzieć i zaplanować. Po wylądowaniu dostają trzy tygodnie urlopu (ci w czynnej służbie wojskowej), potem wracają do pracy. Jak trudno jest wejść w tryb normalnego życia? – Najtrudniej jest się wyciszyć. Po powrocie człowiek ma bardzo wyostrome zmysły. Wszystko słyszał jakby wyraźniej, z głowy jeszcze nie zeszło napięcie, tam żyliśmy przecież w ciągłym stresie przed ostrzałami. I ta cisza w nocy. W Ghazni było non stop głośno przez śmigłowce, w których ze względów bezpieczeństwa nigdy się nie wyłączało silników. To jednak mija i powoli przyzwyczajamy się do życia bez wojny w tle – słyszę od jednego z lekarzy.

Gotowi

Większość lekarzy nie poprzestaje na jednym wyjeździe. Zazwyczaj zaliczają po kilka zmian i cały czas tęsknią za tamtą pracą. – Po takich doświadczeniach mogę powiedzieć tylko jedno: pojechałbym na każdą wojnę. Tęsknię za tym, co było w Afganistanie. Każdy, kto tam był, powie to samo – deklaruje z pełnym przekonaniem prof. Machała. Rzeczywiście, każdy, z kim rozmawiałam, potwierdza słowa profesora. – Dla mnie pierwsza zmiana była dla przygody, kolejna, bo tęskniłem, a trzecia, bo się chyba uzależniłem od tej pracy – mówi ratownik Sanak. A co ze strachem? – Tylko głupi się nie boi, ale tam mogłem się naprawdę realizować – słyszę właściwie od każdego swojego rozmówcy. Co powoduje, że tak nostalgicznie wspominają tamten czas? – Tam się ludziom chce pracować. Kiedy przywożą rannego, to wszystkie ręce na pokład. Wszyscy życzliwi, pomocni, można rzec, prawdziwi kumple. Chciałbym, żeby tak było w Polsce, aby pacjent był ważny, traktowano go jak kogoś bliskiego. Przecież jutro to ja mogę potrzebować pomocy – podkreśla prof. Machała.

– Może to dlatego, że w naszym kraju po dyżurze wracamy do domu, w Afganistanie to niemożliwe. Tutaj od rana do nocy przebywamy wśród tych samych ludzi, nie da się oddzielić życia zawodowego od prywatnego. To tworzy specyficzny klimat. Poza tym to trochę inna medycyna. Może utyłana w brudy wojenne, ale dzięki temu wybielona i bezinteresowna – myśli głośno Janusz Walendzik. ■

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

Premium



Według oficjalnych danych Ministerstwa Obrony Narodowej poszkodowanych* w działaniach bojowych PKW Afganistan zostało 869 żołnierzy i pracowników wojska, z czego 361 rannych**. * Poszkodowany – wymagający interwencji medycznej poniżej 7 dni. ** Ranny – wymagający interwencji medycznej powyżej 7 dni.

Terbinafina w leczeniu grzybicy stóp

**Alicja
Romaszkiewicz**

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

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

Grzybica to częste schorzenie znane od setek lat. Słowo tinea zostało pierwszy raz zastosowane przez Rzymian do określenia zakażeń skóry wywołanych przez dermatofity. Pojęcie to z języka greckiego oznacza larwę mola odzieżowego, który niszczy wełniane ubrania z pozostawieniem okrągłej dziury. Dopatrywano się analogii pomiędzy obrazem klinicznym zakażeń grzybiczych najczęściej mających okrągły, obrączkowaty charakter, a działaniem niszczącego szkodnika.

HISTORIA

Rozmieszczenie flory grzybiczej podlega nieustającej zmianie i różni się w zależności od obszaru geograficznego. Na zmianę flory mikologicznej wpływają takie czynniki, jak: zmiana warunków klimatycznych, zmiana profilu gospodarki oraz masowe podróże międzykontynentalne. W 1888 roku Pelizzari po raz pierwszy opisał przypadek grzybicy stóp. Na przełomie XIX i XX wieku Sabouraud i Whitfield uznawali, iż grzybica stóp ma wspólną etiologię z grzybicą skóry owłosionej głowy. Przed II wojną światową w Europie Środkowej i Zachodniej dominował dermatofit zoofilny *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum*, obecnie zaś najczęstszym czynnikiem zakażeń grzybiczych skóry i paznokci w Polsce jest dermatofit antropofilny *Trichophyton rubrum*, pochodzący z Azji.

EPIDEMIOLOGIA

Najczęstszą postacią zakażenia grzybiczego skóry jest grzybica stóp, dotykająca około 15-30% populacji na świecie. W Polsce co trzecia osoba z zakażeniem grzybiczym skóry i jej przydatków to pacjent z grzybicą stóp. W niektórych środowiskach i zawodach, jak np. u żołnierzy, górników, hutników, sportowców, częstość tej choroby sięga aż 70% populacji.

ETIOPATOGENEZA

Najczęstszą przyczyną grzybicy stóp są dermatofity: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, rzadziej *Trichophyton tonsurans*. Ponadto czynnikiem etiologicznym mogą być grzyby drożdżopodobne oraz pleśnie. Wśród czynników predysponujących do wystąpienia grzybicy zaliczamy czynniki wrodzone, nabyte i środowiskowe. Wśród czynników wrodzonych należy wymienić: zaburzenie rogowacenia, nadmierną potliwość, nieprawidłową budowę stopy, defekty immunologiczne, wiek, płeć. Czynniki nabyte to: urazy, zaburzenia krążenia obwodowego, choroby przewlekłe, np. cukrzyca, oraz przyjmowane leki, np. immunosupresyjne, antybiotyki. Czynniki środowiskowymi nazywamy warunki klimatyczne, korzystanie ze wspólnych urządzeń sanitarnych, noszenie niewłaściwych butów i skarpet, nieodpowiednia higiena stóp i pomieszczeń. Należy pamiętać, iż droga zakażenia może być bezpośrednia od chorych osób oraz pośrednia poprzez przedmioty, takie jak: ręczniki, skarpety, buty, wyściółki w basenach. Duży wpływ na rozprzestrzenianie się choroby ma urbanizacja oraz masowe kontakty ludzi (baseny, obiekty sportowe, hotele, internaty). Ponadto powinno się dobierać starannie buty oraz skarpetki, gdyż syntetyczne surowce mogą sprzyjać wzmożonemu nawilżeniu skóry i rozwojowi grzybów chorobotwórczych. Zaobserwowano korelację współwystępowania typu grzybicy w zależności od płci pacjenta. Opisuje się, iż częściej na grzybicę stóp chorują mężczyźni, drożdżycę paznokci rąk dotyka częściej kobiet.

OBRAZ KLINICZNY

Możemy wyróżnić trzy odmiany grzybicy stóp: międzypalcową (*tinea pedis interdigitalis*), potnicową (*tinea pedis dyshidrotica*), złuszczeniową (*tinea pedis desquamativa*). Odmiana międzypalcowa może być również zwana wyprzeniową (*tinea interdigitalis intertriginosa*). Zmiany kliniczne występują najczęściej w III i IV przestrzeni międzypalcowej, choć niekiedy również w pozostałych przestrzeniach międzypalcowych i przyległych okolicach stóp. Początkowo obserwuje się zaczerwienienie, mające charakter wyprzeniowy z maceracją i pęknięciem naskórka. Zmianom może towarzyszyć świąd. W odmianie potnicowej obserwuje się liczne pęcherzyki wykazujące zdolność do skupiania się i tworzenia zlewanych ognisk wysiękowych. W przypadku odmiany złuszczeniowej obserwuje się rumieniowo-złuszczeniowe wykwity, niekiedy z towarzyszącą hiperkeratozą z pęknięciami.

Należy pamiętać, iż grzybicy stóp często towarzyszy grzybica paznokci, która może wpływać na przebieg choroby i jej leczenia.

LECZENIE

Leczenie grzybicy powinno być poprzedzone dodatnim badaniem mikologicznym. Identyfikacja i wyizolowanie grzyba z materiału pobranego od pacjenta upoważnia lekarza do włączenia skutecznego leczenia. Ze względu na różnorodność obrazu klinicznego, terapia nie jest jednolita. Leczenie może być ogólne i miejscowe. Początkowo zazwyczaj stosuje się leczenie miejscowe, takie jak: antyseptyki przeciwgrzybicze, leki azolowe, pochodne allilamino- we, morfoliny i pirydonu.

Wśród antyseptyków miejscowych należy wymienić kwas borowy, salicylowy, benzoesowy, jodową nalewkę 1,5-3 procentową, barwniki anilinowe oraz kwas undecylenowy. Do leków azolowych zaliczamy: klotrimazol, mikonazol, ketokonazol oraz terkonazol. Pochodną alliloaminową jest terbinafina oraz naftyfina. Pochodną morfoliny stanowi amorolfina, zaś pirydonu – cyklopiroks.

Porównywano skuteczność miejscowego leczenia grzybicy stóp terbinafiną (1-procentowy krem 2 razy dziennie przez 4 tygodnie) z leczeniem klotrimazolem (1-procentowy krem 2 razy dziennie przez 4 tygodnie). Tydzień po zakończonej terapii procent wyleczenia w grupie leczonych terbinafiną wynosił 84,6 procent, w grupie leczonych klotrimazolem – 55,8 procent. Patel i wsp. potwierdzili przewagę stosowania miejscowo terbinafiny nad klotrimazolem.

W ciężkich przypadkach, przebiegających ostro, przewlekłe i oporne, u chorych obciążonych cukrzycą oraz pierwotnymi i wtórnymi zaburzeniami immunologicznymi, należy zastosować leczenie ogólne. Stosuje się głównie terbinafinę i itraconazol. Niekiedy w grzybicę międzypalcową konieczne jest również dołączenie antybiotyków systemowych.

TERBINAFINA – SKUTECZNE LECZENIE

Terbinafina to lek stosowany od ponad 20 lat, który jest skuteczny i bezpieczny. Mechanizm jego działania polega na wybiórczym zakłócaniu wczesnej fazy biosyntezy steroli grzybów. Terbinafina wykazuje szeroki zakres działania przeciwgrzybicznego, jest skuteczna zarówno w infekcjach wywołanych przez grzyby dermatofitowe (rodzaju *Epidermophyton*, *Microsporum*, *Trichophyton*), jak i drożdżakowe, pleśniowe i inne. Warto podkreślić, iż minimalne stężenie hamujące (MIC) jest niskie w porównaniu z innymi preparatami – przez co lek ten jest bardziej skuteczny i bezpieczny. Terbinafina jest lekiem dobrze tolerowanym. Poprzez minimalne działanie na układ cytochromu P450, terbinafina (w przeciwieństwie do itraconazolu) nie wchodzi w liczne interakcje z innymi lekami, dlatego też preparat ten może być stosowany w populacji ludzi starszych, których problem grzybicy stóp częściej dotyczy. Wprowadzenie do lecznictwa tego leku zrewolucjonizowało leczenie zakażeń grzybiczych. Preparat ten może być stosowany u chorych z obniżoną odpornością organizmu.

Elewski zaleca stosowanie terbinafiny ogólnie w dawce 250mg dziennie przez 1-2 tygodni.

Ponadto w wielu badaniach wykazano również skuteczne działanie terbinafiny w postaci 1% kremu. Niemniej jednak w ciężkich postaciach grzybicy, opornych na leczenie miejscowe, leczenie ogólne jest wskazane.

WNIOSKI

Terbinafina to skuteczny lek, który może być stosowany ogólnie i miejscowo. U pacjentów z grup ryzyka (chorzy na cukrzycę, leczeni immunosupresyjnie) oraz w przypadku nieskuteczności leczenia miejscowego, należy zastosować leczenie systemowe. Preparat ten wykazuje działanie grzybobójcze. Lek ten w sposób specyficzny i selektywny hamuje aktywność epoksydazy skwalenowej, dzięki czemu dochodzi do zahamowania syntezy ergosterolu w komórce grzyba. Zaletą tego preparatu jest brak wpływu na syntezę cholesterolu u ludzi i przeszło 1000-krotnie wyższe powinowactwo do komórek grzyba niż do enzymów komórek ssaków. Dzięki swoim właściwościom fizykochemicznym lek ten jest jednym z najchętniej stosowanych preparatów przez lekarzy wielu specjalności medycznych.

Piśmiennictwo u autorów

Sponsorem
artykułu jest



Nieplanowany zysk NFZ

29 czerwca Minister Finansów zatwierdził sprawozdanie finansowe NFZ za 2014 r. Dodatni wynik finansowy działalności Funduszu jest niespodzianką – zamiast planowanej straty, wypracowany został zysk.

Prezes Funduszu proponuje przeznaczyć zysk 1 061 026,78 zł na fundusz zapasowy. Artykuł poświęcony jest analizie najważniejszych danych sprawozdania finansowego.

Przychody ogółem

Przychody NFZ w 2014 r. wynosiły 67,185 mld zł i stanowiły 100,41% wartości planowanej. Były wyższe od przychodów uzyskanych w 2013 r. o 2,027 mld zł. ZUS przekazał z tytułu składki za 2014 r. 61,448 mld zł, a KRUS przekazał 3,231 mld zł. Przychody ze składek z lat ubiegłych od ZUS wyniosły 307,274 mln zł, a od KRUS 17,041 mln zł. Dotacja z budżetu państwa na finansowanie zadań ustawowych wyniosła 1,839 mld zł. Pozostałe przychody zostały zrealizowane w wysokości 249,186 mln zł.

Koszty ogółem

W pierwotnym planie finansowym na 2014 r. wartość kosztów świadczeń zdrowotnych wyznaczono

w wysokości 63,387 mld zł, w tym w oddziałach wojewódzkich 62,48 mld zł (na poziomie 2013 r., pomimo prognozowanego na 2014 r. niższego poziomu wartości przychodów ze składek). W trakcie 2014 r. Prezes NFZ skierował do oddziałów wojewódzkich dodatkowe środki finansowe o łącznej wartości 1,307 mld zł, z przeznaczeniem na zwiększenie finansowania świadczeń zdrowotnych. W wyniku dokonania zmian planu finansowego NFZ ustalona pierwotnie na 2014 r. wartość kosztów świadczeń zdrowotnych została zwiększona łącznie o 1,129 mld zł (w tym w oddziałach wojewódzkich o 1,307 mld zł). Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2014 r. kosztów ogółem wyniosła 66,124 mld zł i była wyższa od poniesionych w 2013 r. kosztów o 1,249 mld zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych stanowiły 95,79% kosztów ogółem. Poniesione w 2014 r. przez NFZ koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 63,338 mld zł i stanowiły 98,17 % wielkości planowanej (w tym w oddziałach ▶



**Wojciech
Marquardt**

Skarbnik
Naczelnej
Rady
Lekarskiej

Uzyskany na koniec 2014 r. wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń zdrowotnych wyniósł 98,17% i był wyższy niż odnotowany na koniec 2013 r. (97,19%).

NFZ 98,7%). Z analizy wartości poniesionych przez NFZ w 2014 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynika, że najwyższy udział w strukturze kosztów (podobnie jak w latach poprzednich) stanowiły koszty leczenia szpitalnego z udziałem 49,28%. Kolejne istotne udziały w strukturze kosztów – POZ – 12%, koszty refundacji aptecznej – 11,92%, AOS – 8,58%. Najniższy udział w strukturze kosztów ogółem stanowiły koszty świadczeń pomocy doraźnej – 0,07%.

Poniesione koszty świadczeń POZ wyniosły 7,701 mld zł i były wyższe od 2013 r. o 62,9 mln zł. W 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, w ramach POZ realizowane były programy profilaktyczne chorób układu krążenia i profilaktyki gruźlicy.

Koszty AOS w 2014 r. wyniosły 5,431 mld zł i były niższe od wielkości planowanej o 0,39%, oraz wyższe od kosztów poniesionych w 2013 r. o 180,7 mln zł.

W 2014 r. koszty leczenia szpitalnego wyniosły 31,214 mld zł, stanowiły 99,4% wielkości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w 2013 r. o 656 mln zł. Odnotowana na koniec 2014 r. przez oddziały wojewódzkie NFZ niepełna realizacja planów kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, w łącznej wysokości 188,9 mln zł dotyczyła przede wszystkim niewykonania planu finansowego w zakresie leków objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii (łącznie niewykonanie planu finansowego NFZ w tych pozycjach wyniosło 140,6 mln zł).

Zrealizowane koszty opieki psychiatrycznej wyniosły 2,319 mld zł (99,6%) i były wyższe od poniesionych w 2013 r. o 79,8 mln zł.

Poniesione koszty rehabilitacji (2,1 mld zł) były wyższe od poniesionych w 2013 r. o 26,9 mln zł.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w wysokości 1,099 mld zł były niższe od wartości planowanej o 0,45% oraz wyższe od kosztów poniesionych w roku 2013 r. o 24,11 mln zł.

Poniesione koszty opieki paliatywnej i hospicyjnej w wy-

sokości 376,78 mln zł były niższe od planowanych o 0,95% i były wyższe od kosztów poniesionych w 2013 r. o 21,3 mln zł.

W 2014 r. koszty NFZ związane z realizacją leczenia stomatologicznego wyniosły 1,729 mld zł i były niższe niż środki zapisane w planie finansowym o 0,85%.

Świadczenia zdrowotne w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe wyniosły 599,55 mln zł i stanowiły 99,05% wartości planowanej.

Poniesione w 2014 r. koszty pomocy doraźnej i transportu sanitarnego wyniosły 43,5 mln zł i stanowiły 98,25% planu, były niższe od ich realizacji w 2013 r. o 140,3 tys. zł.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ w 2014 r. realizowane były w ramach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne i wyniosły 159,725 mln zł i były niższe od wielkości planowanej o 4,3%. Koszt programów profilaktycznych był wyższy od realizacji w 2013 r. o 7,2 mln zł.

Poniesione przez NFZ w 2014 r. koszty świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie w wysokości 1,737 mld zł stanowiły 99,68% wartości planowanej i były wyższe od poniesionych w 2013 r. o 76,61 mln zł.

Koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy wyniosły 803,69 mln zł (98,51% planu) i były wyższe od poniesionych w 2013 r. o 100,5 mln zł.

Wartość poniesionych przez NFZ kosztów refundacji leków wyniosła 7,55 mld zł i była wyższa od kosztów w 2013 r. o 367,36 mln zł (w 2013 r. koszty refundacji wyniosły 7,183 mld zł). Realizacja kosztów refundacji stanowiła 94,46% wartości planowanej. Zdaniem NFZ realizacja całkowitego budżetu na refundację na poziomie niższym niż planowanym była wynikiem: rzeczywistej realizacji przez pacjentów recept, prowadzonych negocjacji przez Komisję Ekonomiczną i wnioskodawców ceny zbytu, poziomu odpłatności, wydawanych przez Ministra Zdrowia zgód na import docelowy.

Koszty świadczeń z lat ubiegłych obejmują koszty wynikające z rachunków za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w latach ubiegłych, koszty realizacji prawomoc-

Przychody i koszty NFZ [mld zł] w 2014 r.

	2013 r.	2014 r.	plan 2014 r.	2014 – plan 2014 r.
Przychody NFZ ogółem	65158	67185	66062	1123
przychody brutto ze składek zdrowotnych	59279	61448	64303	-2855
Koszty ogółem	64775	66124	67318	-1194
koszty świadczeń zdrowotnych	62978	63338	64517	-1179
świadczenia ponadumowne	953	824		824
Różnica: przychody ogółem – koszty ogółem	383	1061	-1256	2317

nych wyroków sądowych oraz wartość ugód pozasądowych za świadczenia zdrowotne udzielone w latach ubiegłych. Wartość poniesionych w 2014 r. kosztów z tego tytułu wyniosła 139,8 mln zł (zaledwie 32,89% planu) i była niższa od wartości poniesionych w 2013 r. o 285,23 mln zł. Niska realizacja planu w tej pozycji kosztów wynikała z ujęcia w ramach tej pozycji korekt kosztów opieki zdrowotnej nieuwjętych w księgach rachunkowych 2013 r. i latach wcześniejszych, w tym skutków weryfikacji świadczeń z lat ubiegłych, wystąpień pokontrolnych.

Uzyskany na koniec 2014 r. wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń zdrowotnych wyniósł 98,17% i był wyższy niż odnotowany na koniec 2013 r. (97,19%).

Wynik finansowy NFZ

W 2014 r. przychody NFZ zostały zrealizowane w wysokości 66,185 mld zł, przewyższały przychody planowane o 275,98 mln zł. Koszty ogółem wynosiły 66,124 mld zł i były niższe od planowanych o 2,041 mld zł. W planie finansowym na 2014 r. zaplanowano ujemny wynik finansowy ogółem -1,256 mld zł. Wynik działalności NFZ został ustalony w wysokości 1061 mld zł. W 2014 r. NFZ może pochwalić się nadwyżką przychodów nad kosztami, w tym samym roku świadczeniodawcy wykazali świadczenia ponadumowne w wysokości 842 mln zł. Podmioty lecznicze oczekują, że zaoszczędzone pieniądze wykorzystane zostaną na spłatę niezapłaconych świadczeń.

Na posiedzeniu 9 lipca 2015 r. Rada Funduszu poparła wniosek Prezesa NFZ i pozytywnie zaopiniowała przekazanie zysku za 2014 r. na fundusz zapasowy. ■

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



Koszty świadczeń wg rodzajów świadczeń	Plan 2014 r.	Realizacja 2014 r.	Plan 2014 – realizacja 2014 r.	% realizacji planu	
Koszty świadczeń zdrowotnych	64517195	63338421	1178774	98%	100%
podstawowa opieka zdrowotna	7707818	7701361	6457	100%	12%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5453047	5431662	21385	100%	9%
leczenie szpitalne	31403917	31214921	188996	99%	49%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2327929	2319446	8483	100%	4%
rehabilitacja lecznicza	2105190	2100436	4754	100%	3%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1104038	1099058	4980	100%	2%
opieka paliatywna i hospicyjna	380405	376780	3625	99%	1%
leczenie stomatologiczne	1744016	1729110	14906	99%	3%
lecznictwo uzdrowiskowe	605292	599551	5741	99%	1%
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1743275	1737700	5575	100%	3%
refundacja cen leków	7994279	7551144	443135	94%	12%



**Maria
Domagała**

Nie ma w Europie wytycznych pozwalających zapewnić obu specjalnościom pełne kompetencje w opiece nad dziećmi w POZ. Przyjmuje się, że powinny one obejmować: prowadzenie prewencji, immunizacji, przesiewów, opieki nad niemowlęciem i dzieckiem, okresowe badania, leczenie pospolitych i rozpoznawanie poważnych chorób wieku dziecięcego, działania z zakresu zdrowia psychicznego, medycyny wieku młodzieńczego, resuscytację.

Zdrowie dzieci – lepsze, ale trzeba zmienić podejście

W ostatnich dekadach zdrowie ponad 200 mln europejskich dzieci znacznie się poprawiło (np. wskaźnik umieralności niemowląt spadł z 4,9/1000 w 2000 r. do 3,6 w 2007). Problemów jednak nie ubyło, lecz zmieniły swą naturę.

Zmalało znaczenie chorób ostrych, wzrosło przewlekłych – a to oznacza konieczność zmiany podejścia do ochrony zdrowia dzieci i jej przeprofilowania.

To się zresztą dzieje. Wielkie zakaźne oddziały szpitalne zastępują mniejsze, leczące głównie dzieci z zaostrzeniem chorób przewlekłych. Powstają oddziały wysokospecjalistyczne, np. neonatologiczne dla noworodków kilka lat temu bez szans przeżycia czy onkologiczne leczące nowotwory dziecięce wcześniej nierozpoznawane. Podaż i organizacja świadczeń są jednak niewystarczające.

Służba zdrowia wciąż, wbrew swej nazwie, koncentruje się na chorobie, a nie na zdrowiu – jego ochronie. To samo dotyczy zdrowia dziecka; systemy zdrowotne – jak przed półwieczem – skupiają się na świadczeniach szpitalnych i pilnych interwencjach. Na to idzie większość środków, za mało – na promocję zdrowia i profilaktykę.

Opiekę zdrowotną nad dziećmi wciąż traktuje się jako dodatek do ochrony zdrowia w ogóle – tymczasem jest ona inna i ta odrębność wymusza dostosowanie planowania, leczenia, rodzajów świadczeń, kształcenia personelu, jak również uwzględnienie psychospołecznych uwarunkowań zdrowia.

Rośnie rola POZ

Modele opieki podstawowej dla dzieci to: oparty na lekarzu ogólnym (GP) – w blisko połowie krajów; oparty na podstawowej opiece pediatrycznej (pediatra POZ) – w 1/4 krajów; mieszany (zespół specjalistów). Główne powody zgłoszeń dzieci to choroby układu oddechowego, pokarmowego, laryngologiczne, skórne. Stany przewlekłe w POZ są leczone rzadziej, przeważnie astma i AZS (dane z Niemiec, Holandii i Anglii).

Wyszkolenie, kwalifikacje, wiedza i doświadczenie pediatrów i GP są różne. Lekarze ogólni mogą mieć luki w przygotowaniu pediatrycznym, ale ponieważ opiekują się dziećmi w ramach ich rodzin, mają dane o sytuacji rodzinnej i związanych z nią ryzykach zdrowotnych. Z kolei pediatrzy mogą być niewystarczająco przygotowani do opieki podstawowej – z racji praktyki głównie szpitalnej i mniejszego doświadczenia w pracy w środowisku.

Nie ma w Europie wytycznych pozwalających zapewnić obu specjalnościom pełne kompetencje w opiece nad dziećmi w POZ. Przyjmuje się, że powinny one obejmować prowadzenie prewencji, immunizacji, przesiewów, opieki nad niemowlęciem i dzieckiem, okresowe badania, leczenie pospolitych i rozpoznawanie poważ-

nych chorób wieku dziecięcego, działania z zakresu zdrowia psychicznego, medycyny wieku młodzieńczego, resuscytację.

Choć w większości krajów wzrosła rola POZ, nadal chore dzieci zbyt często leczą się w szpitalu. W Wielkiej Brytanii trafia tam 1/3 dzieci w pierwszym roku życia, w tym połowa z typowymi infekcjami; aż 40 proc. hospitalizacji dzieci do 10 lat jest spowodowane problemami, którym może sprostać POZ. Podobnie jest w innych krajach. Dzieci idą do szpitala – choć nie muszą – bo i rodzice, i lekarze obawiają się, że błahy objaw rozwinie się w poważną chorobę.

Lekarze POZ mogą zapobiec wielu problemom zdrowotnym i wesprzeć koordynację opieki środowiskowej i specjalistki w chorobach przewlekłych. Ich większe zaangażowanie wymaga jednak zmiany organizacji świadczeń i przesunięcia zasobów z leczenia chorób ostrych do opieki przewlekłej, jak też opracowania modeli długotrwałej opieki.

Zmiana formuły

Mimo istnienia europejskiej listy rekomendowanych programów skriningowych dla różnych grup wiekowych obraz badań przesiewowych jest zróżnicowany. W części krajów nadzór nad zdrowiem dziećmi jest aktywny (rutynowe przeglądy GP/pediatry), w innych – pasywny: za wykrywanie zaburzeń odpowiedzialni są rodzice (dobrowolne kontrole zdrowia – tzw. well-child check). Średnio w krajach UE jest to 15 badań w okresie rozwojowym (od 5 do 30). W Anglii nastąpiło przejście od formuły „szukaj i lecz” do „zapobiegaj i promuj”: program Zdrowe Dziecko obejmuje szczepienia obowiązkowe i działania we współpracy z rodziną, szkołą i instytucjami społecznymi zapewniające zdrowy rozwój, ochronę przed zagrożeniami ekonomicznymi i środowiskowymi, medycynę szkolną, zdrowie seksualne i psychiczne – z udziałem specjalistów zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Nie ma systematycznych przeglądów klinicznych problemów pediatrycznych w POZ. Europejskie projekty, jak RICHE (rejestr badań w pediatrii w UE) czy sieć European Academy of Paediatrics Research in Ambulatory Setting network (EAPRASnet) mogą to zmienić, jeśli takie inicjatywy podejmą poszczególne kraje.

Model zintegrowany

Wzrost znaczenia chorób przewlekłych (stanowią 3/4 problemów w pediatrii – jak w populacji ogólnej) wymaga stworzenia zintegrowanego modelu leczenia łączącego

opiekę podstawową i specjalistyczną, działania medyczne, psychologiczne i socjalne – co niektóre kraje robią, wzorując się na amerykańskim modelu opieki przewlekłej (Chronic Care Model, CCM*).

W Finlandii, Szwecji funkcjonuje „łańcuch świadczeń” i wieloprofilowe centra POZ w środowisku (zespół: GP, pediatra, pielęgniarki, dziecko; pracę koordynuje lekarz, a za pierwszy kontakt, organizację opieki i edukację odpowiada pielęgniarka). Francja ma skoordynowaną opiekę i krajowe standardy dla pacjentów z określonymi schorzeniami, indywidualny plan opieki obejmuje badania i zabiegi finansowane przez ubezpieczenie. W Holandii specjaliści pracujący w szpitalu i poza nim świadczą zintegrowaną opiekę (transmural), rozszerzoną o usługi dla młodzieży. We Włoszech dziećmi chorymi przewlekle na co dzień opiekują się pediatrzy, a rozbudowana sieć opieki zdrowotnej i socjalnej umożliwia leczenie domowe dzieci wymagających np. żywienia enteralnego, leczenia tlenem, intensywnej rehabilitacji czy częstego badania krwi. W Niemczech GP lub specjaliści pediatrii koordynują pracę zespołów wielodyscyplinarnych, a harmonogram opieki jest indywidualnie ustalany tak, by wizyty były w jednym miejscu i jednego dnia. Dzieci z zaburzeniami rozwoju, padaczką itd. są pod opieką środowiskowych centrów pediatrii. Program edukacji pacjentów i rodzin (ModuS) pomaga w organizowaniu życia z chorobą przewlekłą. W Norwegii dzieci przewlekle chore są prowadzone w POZ wg indywidualnego planu, opisującego zadania każdego zaangażowanego profesjonalisty.

Gdy dziecko staje się dorosłym

Przejście do systemu opieki zdrowotnej dla dorosłych jest dla dziecka z chorobą przewlekłą trudne – z wielu powodów. W większości krajów Europy medycyna młodzieńcza nie jest traktowana odrębnie, a nie przynależąc ani do pediatrii, ani do medycyny dorosłych, bywa zaniedbywana. W Anglii np. dorastającej młodzieży dedykowane są programy zapewniające kontynuację leczenia i przygotowanie do przejęcia odpowiedzialności za nie (np. Adolescent Health Project Curriculum). Pacjenci widzą potrzebę edukacji i nauki określonych umiejętności, wprowadzenia tzw. koordynatora przejścia, całodobowej infolinii, stworzenia „poradni przejściowych” dla młodych dorosłych. Ma to pomóc dojrzeć psychicznie do zmiany, nauczyć poruszania się z systemie dorosłym i normalnie funkcjonować z chorobą.

W Polsce...

Obecne są zasygnalizowane wyżej niedostatki opieki zdrowotnej nad dziećmi. Zmiany następują wolno; innowacje np. w zakresie pediatrycznej POZ czy opieki przewlekłej są w powijakach. Teoretycznie jest infrastruktura dla zintegrowanej opieki, ale deficyt kadry i środków utrudniają jej prawidłową realizację. Ostatnio np. Ministerstwo Zdrowia donosiło o projektach stworzenia systemu monitorowania losów małego dziecka, wydzielenia koszyka świadczeń pediatrycznych, wyceń świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży – aby zapewnić podział środków na świadczenia adekwatnie do wieku pacjentów. ■

Nadwaga i otyłość dotyczy 24 proc. dzieci w wieku 6-9 lat, połowa 11-latków ma za mało ruchu. Wśród 15-latków jest 19 proc. palaczy, 21 proc. raz w tygodniu pije alkohol. To wszystko niszczy zdrowie – jak wyliczono, nawet w 70 proc... Walka z tymi problemami wymaga działań z zakresu zdrowia publicznego.

Korzystałam z: European Child Health. Services and Systems 2013, www.mz.gov.pl

*CCM opiekuje się dziećmi z astmą, cukrzycą, wadami serca, porażeniem mózgowym, padaczką, depresją, ADHD. Każde dziecko ma osobistego lekarza, który odpowiada za pierwszy kontakt, ciągłość i adekwatność opieki. Zapewnia ją zespół: lekarz opieki podstawowej, specjalista, pielęgniarka, inni profesjonaliści; pacjenci są jego aktywnymi członkami. CCM działa w otoczeniu społecznym, doprasza do zespołów terapeutycznych rodziców, przygotowuje pacjentów do funkcjonowania w życiu. Zintegrowana opieka redukuje potrzebę hospitalizacji czy interwencji pogotowia.



**Joanna
Sokołowska**

Remont



Zrobiłam remont. Każdy, kto kiedyś to robił, rozumie, dlaczego wymazałam to słowo na „R” ze swojego słownika.

Zrobiłam to sobie, choć może tryb dokonany nie jest najbardziej odpowiedni na tym etapie prac... Teraz mój dom przypomina polską ochronę zdrowia: mieszkanie w nim jest teoretycznie możliwe, ale nikt, kto nie musi, z tego nie korzysta. Analogii jest zresztą więcej, ale o tym – później.

Zrobiłam to, bo kiedyś każdy powinien. Jednak gdybym jeszcze kiedyś w życiu chciała to powtórzyć, Koledzy – Lekarze Duszy, dajcie mi jakąś pigułkę! Nie musi być refundowana – i tak wyjdzie taniej...

Na swoje usprawiedliwienie powiem, że długo się broniłam, więc dysponuję bogatym arsenałem argumentów „przeciw” i służę koleżeńską radą wszystkim, którzy to mają w planach. Nie idźcie tą drogą! Pamiętajcie: jest wiele powodów, aby tego nie robić! Po pierwsze – czas, którego nie macie. Nawet, jeśli wygospodarujecie marne kilka tygodni na to, by wyrzucić wasze spokojne życie do góry nogami, prawie na pewno coś pójdzie nie tak. Choćbyście więc nie wiem, jak kombinowali, nie uda wam się zaplanować precyzyjnie terminów rozpoczęcia i, co może istotniejsze, zakończenia prac. Nieuniknione są zbiegi okoliczności, które spowodują ich zatrzymanie w momencie, kiedy wasze mieszkanie, zgodnie z drugą zasadą dynamiki, będzie gwałtownie powiększało swoją entropię.

A jak wiadomo, praw fizyki nie da się zmienić... Brak czasu jest więc argumentem praktycznie nie do zbiccia. Można z nim śmiało powiązać argument braku urlopu, choć taktyka ta sprawdza się tylko na krótką metę. Jeśli żona/mąż jest Mistrzem Planu Wieloletniego – uważajcie! Wasze zagwarantowane prawem pracy 26 dni wolności możecie spędzić jako niewykwalifikowany pracownik na budowie! Wiele z nas może w tej sytuacji ratować się koniecznością wzięcia dodatkowych dyżurów, ale – jeśli nie pełnicie ich jako wolontariusze – osłabiacie siłę kolejnego argumentu: finansowego. A ten sprawdza się naprawdę nieźle! W moim przypadku, przez kilka ładnych lat udawało się podtrzymać opcję niewielkich prowizorycznych modernizacji, uzasadniając ją brakiem płynności finansowej. Z doświadczenia wiem (i proponuję o tym pamiętać), że nie ma takiego materiału budowlanego lub elementu aranżacji wnętrz, którego nie udałoby się zastąpić podobnym, ale kosztującym dziesięć razy więcej. Pozwala to na dość elastyczne manipulowanie wstępnym kosztorysem, dla uzasadnienia tezy „nie stać nas na to w tym momencie”.

Brak koncepcji – to opcja dla zaawansowanych. Tutaj podstawą jest solidne merytoryczne przygotowanie. Znalazona przez żonę/męża firma robiąca to ludziom może mieć duże

Każda chwila
odwlekająca to,
co nieuniknione,
jest na wagę złota,
bo na każdego
Matyska przychodzi
w końcu kryska.

doświadczenie i ludzi wizją szybkich i bezbolesnych zmian. Wnikliwa analiza technologii i materiałów budowlanych pozwoli nam jednak udowodnić każdemu Panu Majstrowi, że tego tutaj w ten sposób zrobić się nie da. Konieczne jest systematyczne podnoszenie swoich kwalifikacji tak, by zawsze być krok przed Panem Majstrem. Ku pokrzepieniu, pamiętajmy, że każda kolejna potyczka z fachowcem, podnosi nasze umiejętności, więc takie postępowanie może okazać się prawdziwym „złotym standardem”!

Gdy wszystko już zawiedzie, pozostaje jeszcze wykorzystanie, jako argumentu, niesprzyjających warunków pogodowych – wszyscy wiedzą, klimat mamy taki, że sorry!

Każda chwila odwlekająca to, co nieuniknione, jest na wagę złota, bo na każdego Matyska przychodzi w końcu kryśka. Na mnie też przyszła. A jak się zacznie, to nie ma już odwrotu. Teoria Pana Majstra jest taka, że fazę budowania poprzedza stosunkowo prosty etap burzenia. Potem trzeba trochę posprzątać i dalej idzie jak z płatka. Tkwię więc w samym środku tego, co sobie zrobiłam, jak w oku cyklonu. Na razie, z dnia na dzień, pogrążam się w chaosie i na powierzchni utrzymuje mnie tylko myśl, że przecież musi nadejść jakiś koniec – albo jego (tego na „R”), albo mój!

Czy to na skutek balansowania na granicy załamania nerwowego, czy z powodu toksycznego działania farb i lakierów, poczułam nawet empatię do zarządzających rodzimą ochroną zdrowia. Tak wiele nas przecież łączy! Remont resortu zdrowia trwa także – od ponad 25 lat! Coś już chyba zostało zrównane z ziemią, po czymś nawet pozamiatano. Faza budowania jednak jakby ciągle tkwi w nieokreślonej przyszłości. Jest biznesplan, ale ekipy remontowe wciąż się zmieniają. Rodzą się nowe pomysły – pojedynczo, a ostatnio nawet w pakietach. Czasem dobre, ale częściej takie sobie. Powstające programy zdrowotne, jak przekładane z miejsca na miejsce materiały budowlane, marnieją. Zdezorientowani wykonawcy – lekarze usiłują na własną rękę naprawiać, co się da. W efekcie zamiast sprawnie działającego systemu, powstaje dziwaczna hybryda idei równego dostępu do leczenia z przymusem jego rentowności. Udręczony inwestor – społeczeństwo – bez specjalnej nadziei czeka na jakiś koniec, a Pan Majster nieco przygaszonym głosem zapewnia: „Będą Państwo zadowoleni...”.

A może tylko mi się zdaje, może to wcale nie jest remont?! Może to tylko, jakże dobrze mi znany z domowych pieleszy, etap „niewielkich prowizorycznych modernizacji”?! Bo na radykalną zmianę czas jest nieodpowiedni, bo brakuje pieniędzy, zmieniają się koncepcje, no i klimat – wiadomo – ciągle nieprzyjazny medykam... ■

Nie idźcie tą drogą!
Pamiętajcie: jest wiele powodów, aby tego nie robić!
Po pierwsze
– czas, którego nie macie. Nawet, jeśli wygospodarujecie marne kilka tygodni na to, by wyrzucić wasze spokojne życie do góry nogami, prawie na pewno coś pójdzie nie tak.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Torre del Lago i Bayreuth

Spośród setek rozmaitych muzycznych festiwali odbywających się w całej Europie każdego lata, rekomenduję obecnie dwa. Właśnie je odwiedziłem, zbierając argumenty, aby pojechali tam wszyscy, o których dbam i którym dobrze życzę, a takimi są czytelnicy moich felietonów.

Mowa tu o Festiwalu Giacomo Pucciniego w tokańskim Torre del Lago i Festiwalu Wagnerowskim w bawarskim Bayreuth. Oba posiadają bogatą przeszłość. Pierwszy funkcjonuje od 61 lat, a drugi legitymuje się aż 139-letnią historią i sięga czasów Ryszarda Wagnera. Oba poświęcone są wyłącznie twórczości swych patronów i uchodzą za swoisty wzorzec metra, jeśli chodzi o interpretację ich dzieł.

W Torre del Lago spoczywa Giacomo Puccini, zamurowany w ścianie dawnej jadalni swego domu nad jeziorem. A w Bayreuth Ryszard Wagner, zakopany w kłombie kwiatowym na tyłach swej willi Wahnfried. Obaj w pewien sposób wirtualnie czuwają nad prezentowanym podczas festiwali dorobkiem twórczym. Realnie czynią to ich potomkowie, co bywa czasem przedmiotem nieporozumień i sporów, nie zawsze na szczęście przenikających do mediów. Nawet terminy obu festiwali się pokrywają. Są to ostatnie dni lipca i niemal cały sierpień.

W tym roku w Torre del Lago prezentowana była „Tosca”, „Turandot”, „Madama Butterfly” i „Tryptyk” („Płaszcz”, „Siostra Angelika” i „Gianni Schicchi”). Każdy tytuł wykonano pięciokrotnie na scenie kilkutyśiecznego amfiteatru z widokiem na jezioro, gdzie niegdyś kompozytor polował, pływał i rozbijał się najnowszymi ówczesnymi modelami samochodów, których był amatorem i kolekcjonerem.

Festiwal Wagnerowski w Bayreuth umieścił na tegorocznych afiszach nową produkcję „Holendra tułacza”, cały „Ring” („Złoto Renu”, „Walkiria”, „Zygfyd”, „Zmierzch Bogów”) oraz „Tristana i Izoldę”.

O ile zdobycie niezbyt drogich biletów na przedstawienia festiwalowe w Torre del Lago nie jest trudne z powodu rozmiarów amfiteatru, to o wiele droższe miejsca w legendarnym Festspielhausie Na Zielonym Wzgórzu trzeba walczyć z co najmniej rocznym wyprzedzeniem albo próbować kupić tuż przed przedstawieniami, u bo-

daj najdroższych koników na świecie.

Miejsca obu festiwali skrywają pewne wstydlive tajemnice z przeszłości. Znany z namiętnych skłonności do kobiet Giacomo Puccini na początku XX stulecia zamieszkiwał w zamienionej dziś na muzeum posiadłości nad jeziorem ze swą żoną Elwirą. Pewnego razu zazdrosna połowica przyłapała męża na nocnej schadzce w kuchni z zatrudnioną od niedawna kilkunastoletnią służącą Dorą Manfredi. Mimo gwałtownych zaprzeczeń z jej strony, Elwira natychmiast usunęła ją ze służby, zarzucając romans z kompozytorem. Oboje twierdzili, że była to tylko przypadkowa, niewinna nocna rozmowa. Afera skończyła się samobójstwem zdesperowanej Dory, a sekcja zwłok wykazała, że oskarżona była dziewicą. Puccini do końca życia nie mógł sobie darować tej śmierci.

Cień na sławę i rozgłos Wagnerowskich Festiwali położyła przyjaźń synowej kompozytora z Adolfem Hitlerem, który często odwiedzał Bayreuth. Winfred Wagner była zafascynowana ideologią faszystów i członkinią NSDAP. Po wojnie musiała to odpokutować wyrokiem sądu w Monachium, który nakazał jej karnie sprzątać plac przed dworcem kolejowym.

Festiwale poświęcone jednemu wybitnemu twórcy mają głęboki sens. Poszerzają wiedzę o nim, pozwalają bliżej poznać jego twórczość, a w przypadku takich wielkości jak Puccini czy Wagner, nasycają nas ich sztuką w kontakcie z miejscem, w którym powstawała i wyrosła.

W Polsce od lat próbujemy festiwalowo utrwać wielkość Chopina (Duszniki), Moniuszki (Kudowa), Szymanowskiego (Zakopane), Paderewskiego (Kąśna), Pendereckiego (Lusławice), Kurpińskiego (Włoszakowice), Nowowiejskiego (jak dotąd nigdzie!). Ale gdzie nam do wspaniałości tych festiwali, które właśnie państwu polecam. ■

Recenzja

**Jarosław
Wanecki**

ARS VITAE z Warmii i Mazur

Każdy z nas jest w jakimś stopniu artystą”. Słowa Anny Lelli z pierwszej antologii twórczości artystycznej w 2008 r. stały się przyczynkiem do opracowywania kolejnych albumów (2012, 2015) zapisujących pasje malarskie, fotograficzne, podróżnicze i literackie lekarzy. Wybór doskonałej formy edytorskiej, niezwykle dbałość o detale kolorystyczne i konsekwencja wydawnicza sprawiły, że od tego roku leżą przede mną już trzy tomy „ARS VITAE” i sprawiają wrażenie,

że wszystkie zostały wydrukowane przed chwilą, tchną pięknem i świeżością.

Okręgowe izby lekarskie często stają się mecenasami sztuki. Wydajemy nie tylko książki, ale także nagrania filmowe i zapisy dźwiękowe z głosami autorytetów w naszych zawodach. Wsłuchujemy się w śpiew chórzystów i brzmienia orkiestr. Zatrzymujemy ślad emocji pędzla, słowa, migawki, sopranu i akordu. Ślad źródeł, z których czerpiemy siłę witalną do pracy z ludźmi cierpiącymi.

Najnowsze wydawnictwo z Olsztyna jest pokłosiem

Wkurzajex Max

W książce „Brzechwa nie dla dzieci” pojawiają się wspomnienia Haliny, siostry poety. Jedno z nich jest charakterystyką Kazimierzy – guwernantki, w której mały Jaś się zakochał: „Była to stara panna, w miarę brzydka, ale miła i sumienna”.

Bardzo spodobało mi się użycie zwrotu „w miarę” w tym opisie. Chociaż określenie to niewątpliwie komplementem nie jest, mieści się w granicach dobrego wychowania. Włączę do własnego słownika i od dziś będę mówił, że ktoś jest w miarę fałszywy, w miarę podły, w miarę wredny, w miarę beznadziejny. Jakoś to milej brzmi.

W tych tekstach staram się nie poruszać tematów politycznych, ale ten akurat ma pewien związek z medycyną. Otóż kilka osób obruszyło się na wieść, że chętnych do kandydowania z listy pewnego ugrupowania do parlamentu przesłuchuje zaprzyjaźniony z liderem tego ruchu psychiatra. Sam lider obruszył się na to, że kilka osób się na to obruszyło i stwierdził, że nie ma w tym nic dziwnego, a gdyby psychiatra porozmawiał z pewnym wysoko postawionym politykiem rządzącej partii „...miałby różne wnioski na jego temat”. Też pięknie powiedziane. Złośliwie, ale zarazem delikatnie. Wiadomo, że propozycja spotkania z psychiatrą nie jest wyrazem prawdziwej troski o zdrowie politycznego przeciwnika, ale obrazić się nie ma za co. Bo przecież „różne wnioski” to nie muszą być koniecznie negatywne opinie fachowca na temat stanu psychiki badanego. Lekarz może stwierdzić, że jest lepiej niż w poprzedniej kadencji, że idzie ku dobremu. Swoją drogą nie widziałbym niczego złego w obowiązku wstępnych badań lekarskich osób, które mają potem decydować o przyszłości naszego państwa. Nie wiem tylko, czy koniecznie trzeba angażować do tego psychiatrów? Nie napiszę, że pediatra by wystarczył, bo zaraz ktoś mnie słusznie oskarży o stosowanie łatwego chwytu polegającego na przyrównywaniu polityki do dziecinady. Lekarz medycyny pracy. Niech zbada i wyda orzeczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności parlamentarzysty, ministra, premiera, prezydenta. Kiedy ja zaczynałem pracę w radiu, byłem

u pani laryngolog i dostałem zaświadczenie, że wystarczająco mówię i słyszę.

À propos słyszę. W radiowych i telewizyjnych reklamach zauważyłem coraz powszechniejszą metodę wielokrotnego powtarzania nazwy promotedo leku:

– Chyba nie chcesz powiedzieć, że nie pójdziesz na randkę?!

– Nie mogę, muszę prasować...

– Aniu, masz kurzajki, tak?! Zastosuj Kurzajex Forte.

– Kurzajex Forte?

– Tak, Kurzajex Forte. To najlepszy preparat do usuwania kurzajek. Od kiedy zażywam Kurzajex Forte, nie wiem, co to samotność.

Przypuszczam, że to zabieg marketingowy, mający na celu utrwalenie nazwy preparatu, ale mogę też przyjąć, że to z troski o zdrowie pacjenta. Trzeba mu parę razy powtórzyć, żeby przez przypadek zamiast Kurzajexu Forte nie kupił Wkurzajexu Max, specyfiku polecanego w nawracających stanach apatii. Jeśli specjaliści od reklamy stwierdzili, że tak trzeba, to korzystajmy z ich wiedzy i stosujmy. W szkole:

– Ocena niedostateczna.

– Niedostateczna? Tak?

– Tak. Niedostateczna.

W gabinecie lekarskim:

– Ma pani grypę.

– Grypę?

– Tak, grypę. I przepiszę pani lekarstwa na grypę.

– A one pozwolą mi pokonać grypę?

– Tak, grypę. Za dwa tygodnie proszę się zgłosić do kontroli.

– Kontroli?

– Kontroli. Musimy wszystko sprawdzić, gdyż jest pani w miarę chora.

– A pan miły i sumienny. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

konkursu fotograficznego „Kamień i woda” z 2014 r. Wartość artystyczna zdjęć jest wizytówką naszego środowiska. Do tego poezja, dobrych i uznanych autorów skupionych wokół różnych grup literackich, w tym Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Cenny jest rozdział ostatni, w którym zaprezentowano sylwetki bohaterów tego przedsięwzięcia.

Album trzeba mieć, dotknąć, obejrzeć i powąchać! I otwierać po stokroć. Przerzucam kartki i spotykam przyjaciół, niektórych znam, innych nie, ale patrzę na świat ich oczami. Zawiesiłem wzrok na strofach Halinki Porębskiej i „idę w górę strumienia”, do źródła życia i wszystkich na tę wycieczkę zapraszam.

*Idę w górę strumienia
po którym ślizgają się słoneczne promienie
z dna podnoszę kamień,
pamięć zaklętą w prehistorii;
Po moich palcach
spływają strużki wody
jak anielskie włosy,
letnie igraszki słońca
Gdy przyjdzie mróz
strumień stanie się najdoskonalszą z rzeźb
z pamięcią na dnie ■*





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

W rękę trzyma
list, zapewne
od Dawida.
Służąca wyciera
jej stopy, ale
Batszeba zdaje
się jej zupełnie nie
widzieć.

Na pół

Królowa Batszeba, żona Uriasza, pewnego dnia brała kąpiel, jak tyle razy robiła to wcześniej, na świeżym powietrzu. Tym razem jednak wszystko miało potoczyć się inaczej. Tego dnia w kąpeli zobaczył ją król Dawid i ich, zdawałoby się przesądzone losy, nagle zmieniły kierunek.

Od tego królewskiego spojrzenia nie było już odwrotu. Dawid oszalał, poddała się tej namiętności i Batszeba, którą wkrótce poślubił, po tym jak zorkiestrował śmierć jej męża. W 1654 roku tę burzliwą historię miłosną postanowił opowiedzieć Rembrandt, sam wtedy boleśnie już doświadczony miłosnymi historiami, już po śmierci ukochanej Saskii, burzliwym odejściu Geertje, w nielegalizowanym związku z Hendrickje, która ponoć służyła za modelkę do obrazu.

Batszeba w kąpeli pod pędzlem Rembrandta to przede wszystkim obraz o miłości. Skupiony, bez zbędnych dekoracji, w zasadzie wszystko wpisane jest tu w ciało kobiety. W rękę trzyma

list, zapewne od Dawida. Służąca wyciera jej stopy, ale Batszeba zdaje się jej zupełnie nie widzieć. Rembrandt pochwyca moment najwyższego wahania, tuż przed przechyleniem się szalki. Opuszczona głowa królowej, jeszcze nie do końca pewny gest ręki. Pół w niej Batszeby, pół Hendrickje, która także wybrać musiała między związkiem z Rembrandtem, a życiem w zgodzie z prawem kościoła. Batszeba w połowie jeszcze jest tu, u boku Uriasza, w połowie już gdzieś zupełnie indziej.

Coś jeszcze jednak w tej postaci niepokoi. Czy ciało kobiety pokazuje symptomy cierpienia na jakąś chorobę? ■



Obraz: Rembrandt van Rijn, *Batszeba w kąpeli*, 1654, Luwr

a

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalariski@gazetalekarska.pl
do 14 września 2015 r.

W temacie maila należy wpisać GL08.
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” 06-07/2015
Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Anna Koblańska-Bąk z Bydgoszczy
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 06-07/2015

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Istnieją spekulacje, że sposób, w jaki namalowana została Prokris, nie idzie w parze z legendą o jej nagłej śmierci spowodowanej uderzeniem włóczni. Zarówno ułożenie dłoni, jak i całego ciała sugerują raczej, że kobieta padła ofiarą brutalnego morderstwa, broniąc się przed ciosami zadawanymi nożem. Badacze twierdzą, że dopatrzyć się tu można raczej podcięcia gardła niż ciosu włócznią.

Szczegóły

1. Zmiana ułożenia palców lewej dłoni dziewczyny: palce otwarte.

Charakterystyczne zamknięcie i odwrócenie dłoni dziewczyny uchwycone przez Piera di Cosimo może być interpretowane jako tak zwany „napiwek kelnera”. Jest to kondycja powstała na skutek uszkodzenia korzeni C3 i C4, które powoduje ułożenie dłoni przypominające rękę kelnera sięgającą po ukryty napiwek.

2. Zmiana psa na lwa.

Pies był prezentem Prokris dla Kefalosa, jego obecność na obrazie jest więc jak najbardziej uzasadniona.

3. Zmiana koloru wzgórz w oddali na intensywnie zielone.

Piero di Cosimo zastosował w swoim obrazie tak zwaną perspektywę powietrzną: wszystko, co znajduje się dalej od widza, nabiera niebieskiej barwy, niby rozmywając się w powietrzu i dodając pejzażowi głębi. Zasadą tego zabiegu było stosowanie coraz mniej intensywnych barw w najdalszych częściach przedstawienia, stąd intensywna zieleń nie miałaby sensu.

4. Zamiana końskich nóg satyra na ludzkie.

Satyrów, kompanów boga wina Dionizosa, wyróżniało między innymi posiadanie końskich kopyt. Satyr, pół-człowiek pół-koń, najczęściej przedstawiany był z kopytami, końskim ogonem i dużych rozmiarów przyrodzeniem. Jednak namalowanie go w wersji z ludzkimi nogami nie byłoby aż tak wyjątkowe, tego rodzaju interpretacje spotkać można między innymi na greckich wazach czerwonofigurowych.



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



**Jarosław
Pańnik**

Laureat I miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2015) w kategorii
„Opowieść
lekarza, opowieść
pacjenta”

Pełny tekst opowieści
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Skrawki pamięci (fragmenty)

Skrawek pierwszy

Spotkałem go leżącego na łóżku i czytającego Marquiza. Stara książka, PIW-owskie wydanie jeszcze z lat siedemdziesiątych, twarda płócienna oprawa, z żołnierzami nieznanej armii, staromodnymi samochodami i z rozpostartym nad nimi dużym sztandarem na okładce.

– Wiesz, dlaczego zabrałem ją do szpitala? – spojrzał na mnie z delikatnym uśmiechem na twarzy. Popatrzyłem na tego żołnierza na środku. Nieźle ktoś to wymyślił. Czytam i czytam, i cały czas zastanawiam się, dlaczego z jego głowy wyrasta drzewo.

Miał 16 lat. Był wysokim, szczupłym chłopcem o długich, kruczoczarnych włosach. W jego oczach przełykały obrazy osady Macondo wyśnionej przez kolumbijskiego pisarza. Przyjęty z powodu nasilających się od kilku tygodni bólów brzucha, do których dołączyła gorączka, a od kilku dni także poranne bóle głowy. Wcześniej wielokrotnie był w innych szpitalach. Chorował często, długo i inaczej niż jego rówieśnicy. Miewał zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, a z uszu niejednokrotnie wypływała ropna wydzielina. Z materiału, który udawało się uzyskać po oczyszczeniu natrętnie pojawiających się w jego skórze czyraków, hodowano co rusz to inne bakterie, a ich nazwy czasami wprawiały w konsternację opiekujących się nim lekarzy.

– Masz rzadko spotykane imię – powiedziałem. – Wiesz, z kim mi się kojarzy?

– Nie musisz się wysilać – przerwał stanowczo, wprawiając mnie przy tym w lekkie zakłopotanie. – „Timur i jego drużyna”. Wszyscy mi tak mówią, kiedy widzą mnie po raz pierwszy. Wcale nie jest mi z tym do śmiechu. Nie cierpię swojego imienia, ale przyzwyczaiłem się. Nie jesteś ani odkrywcy, ani jakoś specjalnie oryginalny.

– Zrobię ci dzisiaj kilka badań z krwi, dostaniesz antybiotyk dożylnie i zobaczymy, co dalej. Muszę cię teraz zbadać – powiedziałem i wyciągnąłem stetoskop z kieszeni fartucha. Starłem się panować nad sobą i nie pokazywać, jak bardzo się we mnie gotowało. Mówił mi na „ty”, łapał mnie za słowa, oceniał moje postępowanie. Bezczelny młody chłopak. Może to przez gorączkę – pomyślałem i w głowie zacząłem układać plan poszukiwań źródła jego kłopotów.

– Kiedy będę mógł wyjść ze szpitala? Jak przestanę gorączkować? Za dwa tygodnie jest przedstawienie, w którym główną rolę gra moja dziewczyna. Obiecałem jej, że będę – mówił, wpatrując się we mnie usilnie i oczekując natychmiastowej deklaracji.

– Zrobię wszystko, żeby tak się stało.

– Puste słowa. Czy takiej drewnianej mowy uczyli was na studiach? Postaraj się, proszę – zmienił nagle ton na bardziej łagodny.

– Nie możesz wymagać ode mnie cudów, Timur. Pozwól mi się zbadać – powiedziałem. Powoli uchodziła ze mnie wściekłość niczym para z czajnika po ujęciu gwizdka.

Przez kilka kolejnych dni szalała wiosna. Był koniec marca, słońce świeciło mocno, miliony nabrzmiałych pąków na drzewach rozchylały się, łaknąc światła, zieleniła trawa, kwitły kwiaty na skwerach i w parkach, a z ziemi wychodziły niemrawe dżdżownice, które szybko stawały się łupem dla wygłodniałych ptaków. Ruchy przyrody wydawały się nienaturalne, zbyt pośpieszne, niedokładne, jakby po łebkach. Wszyscy chcieli przed czymś zdążyć, przed jakimś końcem albo hekatombą. Timur dostał lek na gorączkę, otworzył książkę i wrócił na chwilę do Macondo. Kilka minut później zasnął. Patrzyłem na jego niespokojny oddech. Powoli ogarniało mnie nieznane uczucie, coś pomiędzy niepokojem a strachem. Wszystko, co o nim dotąd wiedziałem, układało się w scenariusz filmu ze złym zakończeniem. Jeśli w badaniu laboratoryjnym pochodzące z jego krwi granulocyty nie odpowiedzą prawidłowo na test czynnościowy, to potwierdzi się rozpoznanie przewlekłej choroby ziarniniakowej. Będzie to oznaczało, że chłopiec urodził się z nieuleczalną chorobą układu odporności. Miliony krwinek białych należących do tego systemu tworzą nieprzebytą tamę dla atakujących zażarcie bakterii, wirusów i innych stworzeń. Gdy jednak jakaś grupa komórek nie jest w stanie dorosnąć, by przejąć rolę obrońcy, jaką dla niej rozpisal stwórca, wtedy w tamie pojawiają się wyrwy. Początkowo jest ich kilka, chory jeszcze całkiem dobrze sobie radzi, upada na chwilę, potem wstaje i idzie dalej. Z czasem jednak wyrwy stają się coraz większe, tama zaczyna pękać, upadki bywają coraz częstsze i bolesniejsze. Aż pewien upadek...

Skrawek drugi

– Niech pan, doktorze, to wszystko sam powie Tymkowi. Jemu można dużo mówić. Jest bardzo mądry na swoje szesnaście lat. Nie mówię tak, dlatego że jestem jego matką. Pracuję w szkole i wiem, jakie są inne dzieci w jego wieku. Doktorze, jestem z nim każdego dnia od zawsze. Widzę, jak się zachowuje, jak myśli o pewnych rzeczach. Może jest taki przez to, co przeżył.

Tego dnia staliśmy na korytarzu wolnym o tej porze od rozgardiaszu, który powtarzał się każdego ranka i trwał, dopóki izba przyjęć nie zarejestrowała ostatniego dziecka z kolejki potrzebujących lekarskiego spojrzenia, opieki pielęgniarki, oceny parametrów morfologicznych i prześwietlenia cierpiących narządów. Była drobną kobietą i jak Timur miała kruczoczarne włosy. Sprawiała wrażenie osoby silnej i opanowanej. W jej głosie słyszałem spokój i niezmaconą cieniem zwątpienia wiarę w lekarzy. Mówiła, nie spuszczaając ze mnie wzroku.

– Może pan zwracać się do niego „Tymku”. Lubi być tak nazywany. Pewnie sam o to pana poprosi.

– Dlaczego nosi takie dziwne imię? Chyba nie cierpi, jak się go tak woła?

– To był pomysł jego ojca. Mnie też się początkowo podobał. Timur z mongolskiego to żelazo. [...]

Med&Art Medycyna i Sztuka

Serdecznie Zapraszamy na III edycję konfrontacji Med&Art Medycyna i Sztuka 2015, które odbędą się 9 października 2015 r. w Zabrze – jak zwykle w gościnnym Teatrze Nowym. W sali WST zaprezentujemy m.in. wystawę prac plastycznych osób niesłyszących w ramach 4. Konfrontacji „Ucieczka ze świata ciszy”, a w holu Platana wystawę fotografii.

Honorowym patronem tego wydarzenia jest prezydent Zabrze, Małgorzata Mańka-Szulik, a także dziekan wydziału zabrzańskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n med. Maciej Misiołek oraz

dziekan Wydziału Inżynierii Biomedycznej prof. dr hab. inż. Marek Gzik.

Konfrontacje Med&Art to spotkanie twórców i entuzjastów sztuki związanych profesjonalnie z medycyną.

Spotkanie jest kontynuacją Konfrontacji, które odbywają się w Fundacji Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi w Zabrze już od wielu lat.

Zapraszamy wszystkich lekarzy i studentów medycyny, ludzi wspierających usługi medyczne i naukowców; wszystkich, którzy pośrednio lub bezpośrednio związani są z medycyną.

**Zbigniew
Nawrat**

Więcej w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Wokół nas...: Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy

Tradycyjnie jak co roku w październiku odbędzie się w Klubie Lekarza w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem „Wokół nas...”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zechcą wziąć udział w tym przedsięwzięciu.

Tegorocznej edycji towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów. Wernisaż planowany jest na 18 października (niedziela), rozpoczęcie o godz. 17. Ekspozycja będzie w Klubie Lekarza do

23 października.

Koleżanki i Kolegów, nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres, nie później niż do 9 października.

Kontakt

Iwona Szelewa

Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej

93-005 Łódź, ul. Czerwona 3

tel. (0 42) 683 17 01

Reklama

Lekka atletyka w Toruniu

W dniach 27-28 czerwca 2015 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu odbyły się XXV Mistrzostwa Polski Weteranów i IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Udział wzięło 379 osób, w tym 29 lekarzy.

Zawodnicy lekarze uczestniczyli w rywalizacji w ramach MPW – kobiety od 30. życia, mężczyźni od 35. roku życia. Młodszy brali udział w ramach MPW jako PK (poza konkursem). Dodatkowo wyniki, które uzyskali, były zaliczane do rywalizacji w ramach IV MPL. W mistrzostwach lekarzy wzięło udział 28 osób, w tym 8 kobiet.

Julian Pełka

Aktualności



Radiologiczne Mistrzostwa Polski w Żeglarskim

W tym roku mistrzostwa rozegrano po raz piąty. 5 czerwca jachty ruszyły na wody Zatoki Gdańskiej.

Pierwszy wyścig padł łupem załogi z Mazowsza – ubiegłorocznych zwycięzców regat.

Kolejne dwa wyścigi wygrała załoga Małopolski.

Czwarty wyścig ponownie wygrało Mazowsze przed Pomorzem i Małopolską. Piąty wyścig wygrała Małopolska, odbierając Mazowszu palmę pierwszeństwa w regatach.

Andrzej Urbanik

Aktualności



Medigames 2015



Tegoroczne zawody odbyły się w irlandzkim Limerick. Największą grupę reprezentującą Polskę stanowili lekkoatleci (piłkarzy licząc za jedną osobę), wystartowała także dwójka pływaków, tenisista stołowy i siatkarze. W ogłoszonej po raz pierwszy klasyfikacji medalowej polska ekipa zajęła 6. miejsce! Zdobyliśmy kilkanaście złotych medali, w tym złoto wywalczone przez 6-osobową drużynę piłkarską Medyk Zabrze, a także kilka srebrnych i brązowych krążków.

Konrad Bońda

Aktualności



Mistrzostwa izb lekarskich w żeglarskim



W dniach 19-21 czerwca 2015 r. na akwenie jeziora Miedwie w Morzyczynie odbyły się XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim klasa Omega o Puchar Prezesa NRL.

Organizatorem imprezy była Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie. W regatach wzięło udział osiem trzyosobowych załóg. Zwyciężyła załoga ze Szczecina. O drugim miejscu zdecydował ostatni start, w którym lepsza okazała się załoga z Bielska-Białej, pokonując załogę z Opola.

Halina Teodorczyk

Aktualności



IX Rajd Motocyklowy DoctorRiders

Tym razem lekarze motocykliści odwiedzili Podlasie. Wszystko w ramach corocznego cyklu „Poznaj Swoj Kraj”. Wielkie dzięki dla organizatorów i uczestników za tysiąc kilometrów wędrowki motocyklowej i wspólnie spędzony czas.

Grzegorz „Prezes” Krzyżanowski

Aktualności



Najlepsi sportowcy 2014

Komisja Sportu NRL wybrała najlepszych sportowców – lekarzy i lekarzy dentyistów roku 2014.

• Najlepszy Sportowiec 2014 roku

- kobieta: Ewa Zimna-Walendzik (OIL w Łodzi)
- mężczyzna: Edward Pokorny (OIL w Gdańsku)

• Najlepszy Debiut 2014 roku

- osoba: Agnieszka Brykowska (OIL w Łodzi)
- zespół: Drużyna piłkarska z Przemysła

Aktualności



Lekarskie Mistrzostwa w Triathlonie 2015

W ramach VI Frydman Triathlonu 28 czerwca przystąpili do rywalizacji koledzy i koleżanki po fachu razem z zawodowcami i amatorami z całej Polski.

Wśród kobiet wygrała Ewa Wonko z Łodzi, przed Marią Wolff-Stefaniak z Poznania i Barbarą Błoniarczyk z Nowego Sącza.

Na podium mężczyzn znaleźli się: na najwyższym stopniu – Łukasz Walewski z Rzeszowa, na drugim – Krzysztof Solecki z Krakowa i trzecim – Jan Plaskacz także z Rzeszowa.

Zapraszamy na sprint triathlonowy we wrześniu w ramach Igrzysk Lekarskich.

Lucjan Habieda

Aktualności



Rajd Bieszczadzki

Jak co roku rozśpiewana, włączając się po górach brać lekarska, w pierwszym tygodniu sierpnia spotkała się w Bieszczadach na rajdzie organizowanym przez OIL w Rzeszowie. Organizatorzy w osobie Marysi zadbał o liczne atrakcje, jak i o zaplecze socjalne (rewelacyjne obiady!). Cieszyła ilość uczestników (ponad 150 osób), jak i rozpiętość wieku (niemowlaki i osoby dojrzałe).

Krzysztof Smolik

Aktualności



I Nocny Półmaraton Piotrkowski Wielu Kultur

W nocy 26 czerwca w Piotrkowie Trybunalskim odbył się nocny bieg na dystansie 21 km. Poziom sportowy był bardzo wysoki. W biegu wzięła także udział kilkunastoosobowa grupa lekarzy z całej Polski. Najlepszy sportowo wynik osiągnęła doktor Kamila Kucharska z WIML z Warszawy, która wśród kobiet zajęła w klasyfikacji ogólnej czwarte miejsce! Wśród lekarzy najlepszy był Radosław Zwoliński, kardiochirurg z Łodzi. Słowa uznania dla doktora Przemysława Winiarskiego z Piotrkowa, który był jednym z organizatorów tego ciekawego wydarzenia.

Ryszard Golański

Aktualności



Turniej Tenisa Stołowego

Zapraszamy lekarzy na II Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego organizowany przez Komisję Kultury, Sportu i Turystyki ORL w Warszawie. Zawody odbędą się w niedzielę 27 września na hali sportowej Studium Wychowania Fizycznego WAT.

Adres: Warszawa, ul. Kartezjusza 1.

Aktualności





FOTO: Wanda Widomska, WUJ

Muzykujący studenci

Europejska Orkiestra Studentów Medycyny istnieje od 1993 r. i powstała w Niemczech. Natomiast Europejski Chór Studentów Medycyny po raz pierwszy zaśpiewał w londyńskiej Regens Hall w 1996 r. Wspólny koncert orkiestry i chóru odbył się sześć lat temu w Słowenii. W tym roku mogliśmy słuchać i chóru, i orkiestry w Polsce.

Od 16 do 26 lipca muzykujący studenci uniwersytetów medycznych z całej Europy uczestniczyli w bardzo intensywnych warsztatach przygotowujących do wspólnego występu. Zamieszkali w akademikach, ćwiczyli intensywnie w kompleksie dydaktycznym Warszawskiego UM przy ulicy Księcia Trojdena, wieczorami zwiedzali stolicę i co oczywiste – bawili się.

Jednym z przerwanych wspólnego grania i śpiewania była wizyta w Olsztynie. Przyszli adepci wydziałów lekarskich i stomatologicznych odwiedzili Szpital Uniwersytecki, spotkali się z wykładowcami mazursko-warmińskiej uczelni oraz starszymi koleżankami i kolegami z chóru prowadzonego przez izbę lekarską. Wcześniej było zwiedzanie skansenu, spacer po olsztyńskiej starówce, a na deser piknik na terenie kampusu nad Jeziorem Kortowskim.

Kulminacyjnym momentem całego przedsięwzięcia były dwa koncerty. Miałem przyjemność prowadzić je dzień po dniu dla licznie zgromadzonej publiczności w plockiej bazylice katedralnej oraz sali koncertowej Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina w Warszawie.

Na początek i na koniec koncertów wykonano utwory Stanisława Moniuszki: „Bajkę”, czyli uwerturę fantastyczną oraz mazura z opery „Straszny Dwór” z librettem Jana Chęcińskiego. Następnie z udziałem solisty Bartosza Zwolana (studenta IV roku wydziału lekarskiego WUM) usłyszeliśmy brawurowe „Rondo a la Krakowiak” Fryderyka Chopina. Połączone siły studenckie zmierzyły się z „Pieśnią przeznaczenia”

Johannesa Brahmsa na chór mieszany i orkiestrę, które poprowadził maestro Janusz Powolny.

Wyjątkowym momentem było wykonanie utworu na orkiestrę, chór, organy i dwóch solistów „Tota Pulchra” Renaty Baszun, która była obecna podczas koncertów, a publiczność zgłosiła jej wielkie owoce za monumentalną kompozycję. Partie solowe śpiewała sopranistka Hanna Zajączkiewicz (pani doktor ukończyła właśnie rezydenturę z laryngologii i niecierpliwie czeka na egzamin specjalizacyjny) oraz bas Przemysław Kummer. Na organach grała Joanna Lubarska rozpoczynająca właśnie staż. Chór przygotowały Anna Katerina Kalmbach z Niemiec i Justyna Chelmińska, związana z Wielkopolską Izbą Lekarską w Poznaniu.

Honorowy patronat nad warsztatami i koncertami przygotowanymi przez Stowarzyszenie Muzyka i Medycyna objął rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. med. Marek Krawczyk, a swoją finansową cegiełkę dołożyli m.in. Miasto Płock i Okręgowa Izba Lekarska w Płocku.

Patrzyłem z boku na zaangażowanie tych młodych ludzi: rozśpiewujących gamy, roześmianych, strojących instrumenty pod czujnym okiem koncertmistrzyni. Słuchałem mazura Stanisława Moniuszki, którego wydały gardła codziennie mówiące wieloma językami świata, w ten jeden moment zespolone słowami chwalcymi muzykę napisanymi po polsku: „Ona wszystkich sztuk jest chlubą najdawniejszą w świecie, A z nią nawet lubo, kiedy źle na świecie...” ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

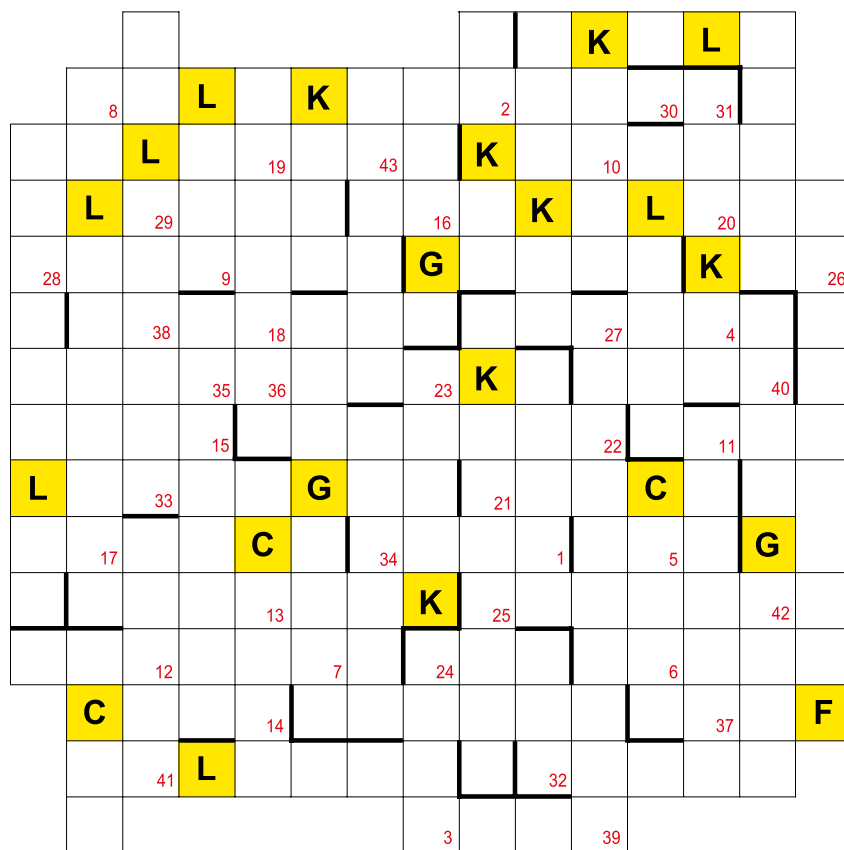


Objaśnienia 62 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, F, G, K i L.

Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie.

Jest to przysłowie polskie. Należy je przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 września 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 207 („GL” nr 05/2015)
Leniwy zawsze udaje chorego.

Nagrody otrzymują:
Magdalena Suda-
-Catus (Kalisz),
Aleksandra Gierkowska
(Warszawa), Barbara
Broniewska-Lakoś
(Sanok). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

* twórca szczepień ochronnych * niemiecka potrawa w galarecie * śpiewak staroskandynawski * delfin z Amazonki * Kazimierz, wielki piłkarz Legii i reprezentacji * między Gopłem, Wisłą a Notecią * dźwig w wieżowcu * colon sigmoideum * szeregowiec Spielberga * komputerowy włamywacz * pepsyna B * hałas, terkot * góry w Czadzie * jaskinia * zapalenie odźwiernika (łac.) * właściciel magicznej lampy * specjal, smakołyk * najpiękniejszy kurak * trucizna z orzeszków palmy Areca * centrum rozrywki w Nevadzie * kortykotropina * wynik dzielenia * remonstranci * pseudo Huberta Wagnera * udomowiona z krętorogich * główny port Jemenu * czubek bucika * czerniak (łac.) * żona Mahometa * okrasa * tropikalne nieparzystokopytne * pojęcie przeciwstawne * gród nad Charente * rodzina, małżeństwo * labia * praojciec * starożytny wóz bojowy * herbata paragwajska * państwo-miasto w cieśninie Malakka * sól glauberska rodzima * adenozyntrofosforan * Kondeusze * mieszkanka grodu z Szombierkami * uroczysta ekskomunika * smakowita z pielęgnicowatych * samuraj w Japonii * lodołom * wyprysk (łac.) * rzymskie opiekunki domu i rodziny * stolica stanu Roraima * sieć zastawna na płastugi * nauka o rozwoju osobniczym * Pallada * skąpstwo * Agropyran * brat Sema i Jafeta * wsch. dzielnica Londynu * nasus * 4-a pod względem jasności gwiazda Pegaza * wilk amerykański * buraczki do chrzanu * varicosis

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 900 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

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

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

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

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

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

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

Prawa Lekarza

(wybrane)

LEKARZ MA PRAWO DO:

- wykonywania zawodu w warunkach zapewniających odpowiednią jakość opieki nad pacjentem (art. 11 Kodeksu Etyki Lekarskiej),
- wyboru proponowanych pacjentowi metod postępowania medycznego, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej),
- korzystania z ochrony i pomocy prawnej organów izb lekarskich w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu (art. 9 pkt 3 lit. c ustawy o izbach lekarskich),
- uzyskania od izby lekarskiej pomocy w naprawieniu wyrządzonej mu szkody – w przypadku, gdy zostało naruszone jego dobre imię, a sąd lekarski nie potwierdzi stawianych zarzutów (art. 60 Kodeksu Etyki Lekarskiej),
- ujawniania informacji na temat zdrowia pacjenta i innych informacji związanych z pacjentem tylko w sytuacjach określonych w ustawie i wyłącznie w niezbędnym zakresie (art. 40 ust. 2 i 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty),
- niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta w uzasadnionych przypadkach, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki (art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej),
- powstrzymywania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki (art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty),
- ochrony godności osobistej i nietykalności cielesnej (art. 30 Konstytucji RP oraz art. 23 ustawy – Kodeks cywilny),
- ochrony prawnej swojego życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia (art. 47 Konstytucji RP oraz art. 23 ustawy – Kodeks cywilny),
- ochrony swoich dóbr osobistych (art. 23 ustawy – Kodeks cywilny)

LEKARZOWI PRZYSŁUGUJE OCHRONA PRAWNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU PODCZAS WYKONYWANIA:

- medycznych czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej i udzielania pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty),
- medycznych czynności ratunkowych (art. 5 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym),
- czynności lekarza sądowego (art. 2 ust. 3 ustawy o lekarzu sądowym),
- świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy i jednostkami organizacyjnymi świadczeniodawcy (art. 55 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)