

Gazeta Lekarska

12
2015

01
2016

PISMO IZB LEKARSKICH



Zmiana warty na Miodowej

34

Stomatologia

Delegowanie tak,
zastępowanie nie

42

Prawo i medycyna

Recepty refundowane
po nowemu

56

Ochrona zdrowia na świecie

Pomoc bliskim: lepszy
obowiązek czy jego brak?

Spis treści



17



23



44



50

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Kolega Minister
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
O etyce zawodowej i nie tylko
- 8 **Skrining**
- 12 **Obserwacje / S. Badurek:** Daję, bo nie moje
- 14 **Temat miesiąca:** Zmiana warty na Miodowej
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Nie planuję rewolucji
- 22 **Nasi w Europie / A. Lella:** Stanowiska ERO-FDI 2015
- 23 **Rozmowa o zdrowiu:** Nie ma przyszłości bez przeszłości
- 26 **Samorząd:** OC w składce
- 30 **Samorząd:** Samorząd medialnie
- 31 **List do redakcji:** Brońcie nas
- 32 **Punkt widzenia / J. Małyga:** Magiczne hamowanie
- 34 **Stomatologia:** Delegowanie tak, zastępowanie nie
– możliwości i kompetencje higienistki stomatologicznej
- 36 **Stomatologia:** Takiego kongresu jeszcze nie było
- 37 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Przypadki anestezyjologiczne z art. 1 KEL
- 38 **Biuletyn NRL**
- 40 **Prawo i medycyna:**
Wymogi w sprawie RTG łagodniejsze
- 42 **Prawo i medycyna:** Recepty refundowane po nowemu
- 44 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Neurologia to
dziedzina wielodyscyplinarna
- 46 **Reportaż:** Mała manufaktura
- 49 **Praktyka lekarska:**
Czas pracy lekarzy – rzeczywistość i oczekiwania
- 50 **Praktyka lekarska:** Zawód wysokiego ryzyka
- 52 **Praktyka lekarska:** Medycyna personalizowana
- 54 **Praktyka lekarska:** Dlaczego profilaktyka to inwestycja?
- 56 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Pomoc bliskim: lepszy obowiązek czy jego brak?
- 58 **Indeks korzyści:** Fajna praca
- 60 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Damy, Huzary, Krakowiacy i Górale
- 61 **Recenzja:** W kolebce ludzkości
- 62 **Z dwóch stron sceny / A. Andrzejewski:** Dawka uderzeniowa
- 64 **Błąd malarski:** Czarno na białym
- 64 **Kultura:** Niemalże doskonałe
- 65 **Kultura**
- 66 **Sport**
- 67 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (56) / J. Wanecki:** Lista spraw grudniowych
- 74 **Jolka lekarska**

Ważne

Jakie są obowiązki z tytułu wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry? Jaka kara grozi za wykonanie zabiegu bez świadomej zgody pacjenta? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań można znaleźć w informatorze prawnym, który powstał z inicjatywy OIL w Warszawie. Do pobrania w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Kursy

CMKP w ramach nowego projektu organizuje kursy dofinansowane ze środków unijnych dla lekarzy specjalizujących się w trybie modułowym w wybranych dziedzinach medycyny. Więcej na www.cmkp.edu.pl.

Do 31.03

Należy przesyłać prace na ogólnopolski konkurs poetycki „Leczymy Słowem”, który dla lekarzy piszących wiersze z okazji 150. rocznicy powstania Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego ogłosiła Unia Polskich Pisarzy Lekarzy. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Kolega Minister

Wśród lekarzy bardzo popularne było używanie określenia „kolega”. Przed laty koniecznie z dodatkiem „pan”. A więc lekarz do innego lekarza mówił: „Panie Kolego”, o lekarzu: „Pan Kolega...” Profesorowie i asystenci używali tego zwrotu w stosunku do studentów. „Kolego, proszę wskazać sternocleidomastoideus”.

W odrodzonym samorządzie, w początkach jego działalności, określenie to było bardzo popularne, można powiedzieć, że przeżywało renesans. Obecnie często zastępowane jest formą bardziej bezpośrednią, czyli mówieniem sobie po imieniu. To z jednej strony znak czasu, z drugiej wpływ zachodnich wzorców. Nie oceniam tej zmiany, przyjmuję ją do wiadomości i sam stosuję. A teraz do rzeczy. Nowym ministrem zdrowia został Kolega Konstanty Radziwiłł. Z jego osobą wiązane są liczne nadzieje. Także lekarzkie. Choć kilkakrotnie podkreślał, że minister zdrowia ma przede wszystkim dbać o pacjentów. Swoją działalność, wcześniejszą samorządową, a teraz państwową, określa jako służbę publiczną. Woli także wobec działalności medycznej używać określenia „służba zdrowia”, a nie ochrona zdrowia czy opieka zdrowotna. „Gazeta Lekarska” była pierwszym medium, któremu Pan Minister udzielił wywiadu po objęciu urzędu. Zapraszam do lektury na str. 17.

Podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 4 grudnia Pan Minister wystąpił w podwójnej roli: jako gość samorządu lekarskiego i jako członek NRL. Z funkcji sekretarza NRL zrezygnował po objęciu państwowego urzędu. W kuluarach tego spotkania słyszałem opinie, że obiektywnie patrząc, spośród wielu ministrów zdrowia, z którymi spotykano się na Sobieskiego 110, dr Radziwiłł zrobił najlepsze wrażenie,

szczególnie co do swojej znajomości problemów ochrony zdrowia, także widzianej od strony lekarza i działacza samorządu zawodowego. Zresztą kilkakrotnie podkreślał, że swoją wiedzę zawdzięcza pracy w izbie lekarskiej. Może ktoś zapytać, na ile obiektywne mogą być opinie osób, które znają go od wielu lat, współpracują z nim i darzą sympatią? Myślę, że przynajmniej część moich rozmówców to osoby, które w tej sytuacji starały się zachować obiektywne i krytyczne spojrzenie. Nie zmienia to faktu, że atmosfera spotkania była entuzjastyczna. Wierzmy w siłę naszego Kolegi i liczymy na jego silną pozycję wobec ministra finansów. Składamy gratulacje i życzymy powodzenia na tym trudnym stanowisku – z pożytkiem dla lekarzy i pacjentów.

Nie mogę zostawić bez komentarza sprawy Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z anestezjologii i intensywnej terapii w sesji jesiennej 2015 r. Egzamin pisemny 14 listopada zdało zaledwie 6 osób, czyli 8 proc. zdających! To swoisty niechlubny rekord. Według zdających egzamin był źle przygotowany, pytania niejednoznaczne w swojej treści, odpowiedzi przedstawione w zawiłych kombinacjach. Wątpliwości budziły długie pytania dotyczące regulacji ustawowych oraz pytania ze statystyki. Osoby, które egzamin zaliczyły, otrzymały jedynie oceny dostateczne. Sprawa z pewnością wymaga starannej analizy i wyciągnięcia wniosków na przyszłość. ■



*Jest tyle sił w narodzie,
jest tyle mnogo ludzi;
niechże w nie duch twój wstąpi
i śpiące niech pobudzi.*

[Fragment kolędy z „Kordiana” w Teatrze Narodowym, 2015]

**Kolegium Redakcyjne i Redakcja „Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
Lekarzom i Lekarzom Dentystom, świąteczne i noworoczne życzenia ZDROWIA.
Oby dobra zmiana nie okazała się kolejnym hasłem bez pokrycia!**

Kasy fiskalne – zmiana interpretacji

Od początku marca 2015 r. kasy fiskalne miały się stać niezbędnym elementem wyposażenia lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom poza umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Zniesiono bowiem limit 20 000 zł obrotów osiąganych w związku z leczeniem takich pacjentów, który zwalniał z prowadzenia ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących. Zmiany takie wprowadziło rozporządzenie Ministra Finansów z 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. 2015 r., poz. 1544). Jego przepisy nie były jednak do końca jasne i jeden z podmiotów leczniczych zwrócił się o wydanie ich interpretacji indywidualnej. Był to duży podmiot leczniczy prowadzący działalność w formie spółki kapitałowej. Zdecydowaną większość jego obrotu stanowiły usługi medyczne fakturowane do NFZ. Usługi dla indywidualnych pacjentów stanowiły marginalną część jego przychodów – nie przekraczały 20 000 zł.

Zgodnie z przepisami ustawy o VAT zasadą jest dokumentowanie sprzedaży przez wystawianie faktur VAT. W przypadku natomiast, gdy sprzedaż jest dokonywana na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, sprzedawca obowiązany jest wystawić fakturę VAT jedynie w sytuacji, gdy nabywcy tego zażądatają. Gdy sprzedaż jest dokonywana na rzecz osób fizycznych, które nie prowadzą działalności gospodarczej, to sprzedaż musi być ewidencjonowana przy pomocy kasy fiskalnej. Obecnie obowiązujące rozporządzenie z 4 listopada 2014 r. przewiduje zwolnienie z tego obowiązku dla działających wcześniej podatników, których obrót w związkach z usługami świadczonymi dla osób fizycznych, które nie prowadzą działalności gospodarczej, nie przekroczył 20 000 zł (a dla rozpoczynających działalność, jeśli ich przewidywany obrót z tytułu usług świadczonych takim osobom nie przekroczy 20 000 zł). Niezależnie od kwoty obrotów Minister Finansów wykluczył jednak z prawa do zwolnienia z obowiązku posiadania kas fiskalnych usługi w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów (§ 4 pkt 2 lit. f rozporządzenia z 4 listopada 2014 r.). Początkowo organy skarbowe uważały, że usługi opieki medycznej mają być

rejestrowane przy pomocy kasy i nie ma znaczenia forma organizacyjna udzielania świadczeń zdrowotnych (osoba prawna, jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej czy osoba fizyczna) ani okoliczność czy podatnik prowadzący działalność jako osoba fizyczna sam posiada kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty czy też jedynie zatrudnia osoby posiadające takie uprawnienia i one takie czynności wykonują.

Takie stanowisko uznane zostało przez Ministra Finansów za nieprawidłowe. Minister uznał, że obowiązek ewidencji usług w zakresie opieki medycznej na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej (tj. płacących we własnym zakresie za udzielone świadczenia, poza kontraktem z NFZ) na podstawie § 4 pkt 2 lit. f rozporządzenia z 4 listopada 2014 r. dotyczy tylko podmiotów wskazanych w tym przepisie, tj. lekarzy i lekarzy dentystów. W sytuacji podmiotu leczniczego będącego spółką kapitałową to nie ten podmiot udziela świadczeń, a zatrudnione przez niego osoby. Taki podmiot leczniczy nie zalicza się do grona podmiotów wymienionych w przepisie § 4 pkt 2 lit. f rozporządzenia – nie jest lekarzem czy lekarzem dentystą. Pomimo że wykonuje on usługi opieki medycznej, to nie jest objęty przywołanym przepisem. Oznacza to, że podmioty lecznicze będące osobami prawnymi mają obowiązek ewidencjonowania świadczeń udzielanych indywidualnym pacjentom dopiero po przekroczeniu 20 000 zł obrotu z tego tytułu. Ze zwolnienia takiego nie korzystają tylko lekarze, którzy w ramach własnej działalności udzielają świadczeń.

Należy podkreślić, że interpretacja indywidualna przepisów prawa podatkowego dotyczy zdarzenia przedstawionego we wniosku o jej wydanie i stanu prawnego obowiązującego w dniu wydania interpretacji. Wywołuje skutki wyłącznie dla podmiotu, który zwrócił się o jej wydanie. Ale poglądy Ministra Finansów będą z pewnością miały decydujący wpływ na inne interpretacje wydawane w podobnych sprawach.

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

O etyce zawodowej i nie tylko

Kodeks Etyki Lekarskiej nowy minister zdrowia Konstanty Radziwiłł
nosi w kieszeni marynarki. Pokazał nam to podczas grudniowego
posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.

Dekadę temu „niebieską książeczkę” Naczelna Izba Lekarska rozesała wraz z „Gazetą Lekarską” wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom. To najważniejszy zbiór zasad, uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy, którymi powinien kierować się każdy z nas i którymi samorząd lekarski powinien się posługiwać przed najwyższymi organami polskiego sądownictwa. Zdaje sobie jednak sprawę z tego, że Kodeks powinno się co jakiś czas poddawać przeglądowi albo w celu dostosowania do wymogów zmieniającej się rzeczywistości, albo w celu oceny jego zgodności z orzeczeniami Trybunału Konstytucyjnego. Z uwagi na dwa istotne dla zasad wykonywania zawodu lekarza wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 23 kwietnia 2008 r. (dotyczący art. 52 KEL, ujętego w rozdziale o stosunkach wzajemnych między lekarzami), i z dnia 7 października 2015 r. (dotyczący klauzuli sumienia) Naczelna Rada Lekarska podjęła decyzję, że w tych dwóch zakresach najbliższy Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy powinien rozważyć nowelizację Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Pozostając przy sprawach etycznych, z niepokojem przyjąłem informację, że u naszych sąsiadów zza zachodniej granicy pojawił się projekt zmian w kodeksie karnym, dotyczących eutanazji. Niższa izba parlamentu niemieckiego zaproponowała zapis, że nie wolno udzielać innej osobie pomocy w popełnieniu samobójstwa w ramach zorganizowanej działalności biznesowej. Kara ma grozić za zapewnianie okazji ku temu, dostarczanie środków lub pośredniczenie. Najbardziej niepokojące jest jednak to, że ma nie podlegać karze ten, kto popełnia czyn względem krewnych lub najbliższych nie w ramach swojej zorganizowanej działalności biznesowej. Czyli kto i czy to będzie jasny przekaz dla niemieckich lekarzy?! Z ciekawością czekam na interpretację tego zapisu przez izbę niemiecką i na działania Bundestagu.

Przyszło nam ostatnio publicznie toczyć dyskusję na temat apelu Komisji Stomatologicznej NRL zatytułowanego: „W sprawie poszanowania odrębności zawodu lekarza dentysty we wspólnym samorządzie zawodowym”. Apel jest

dostępny na stronie NIL. Ten dokument nie został jeszcze przyjęty przez NRL. Pani wiceprezes i zarazem przewodnicząca Komisji Stomatologicznej wycofała się z jego przedstawiania w trakcie posiedzenia NRL 4 grudnia, nie został więc rozpatrzony przez NRL. Ponieważ apel został przesłany delegatom na KZL oraz upubliczniony – odniosłem się do niego. I jak napisałem w długim liście do delegatów na Krajowy Zjazd, przez ostatnie miesiące zajmowałem się w dużej mierze sprawami stomatologicznymi i nadal będę o nie zabiegał, bo jestem zobowiązany czynić to w równym stopniu dla lekarzy, jak i dla lekarzy dentystów, bo obie grupy zawodowe mnie wybierały. Sporo osobistych starań włożyłem np. w to, aby minister zdrowia (prof. Marian Zembala) zgodził się na podpisanie korzystniejszych niż dotychczas warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego przez lekarzy dentystów. Moim zdaniem ważne jest w szczególności dla naszych Koleżanek i Kolegów, by razem tworzyć silny samorząd 180 tys. lekarzy i lekarzy dentystów. Uważam, że brak jedności, brak przestrzegania regulaminów, kłótnie wewnętrzne mogą doprowadzić tylko i wyłącznie do rozpadu.

Naszemu Koledze, dotychczasowemu Sekretarzowi NRL w tej kadencji, Konstantemu Radziwiłłowi, składałam raz jeszcze – gdyż czyniłem to już osobiście – gratulacje z okazji objęcia stanowiska Ministra Zdrowia. Cieszę się niezmiennie, że jedną z deklaracji, jakie nam złożył na początku swojego urzędowania, jest przywrócenie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, o co samorząd zabiegał od dawna. Mam nadzieję, że minister spełni więcej naszych postulatów.

Gratuluje również Koledze Markowi Jodłowskiemu wygranych wyborów na stanowisko Sekretarza NRL.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom Lekarzom i Lekarzom Dentystom życzę radosnych Świąt Narodzenia Pańskiego i dobrego roku 2016, pełnego zdrowia, zdrowia i jeszcze raz zdrowia. ■

Uważam, że brak
jedności, brak
przestrzegania
regulaminów
i kłótnie
wewnętrzne mogą
doprowadzić tylko
i wyłącznie
do rozpadu.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL



Spotkanie prasowe Ministra Zdrowia i Prezesa NRL w Naczelnej Izbie Lekarskiej, 4 grudnia 2015 r.

Postulaty dla ministra

4 grudnia Naczelna Rada Lekarska przedstawiła Ministrowi Zdrowia apel zawierający 25 postulatów środowiska lekarskiego. Wśród nich na pierwszych miejscach znalazły się sprawy dotyczące kształcenia: przywrócenie stażu podyplomowego, zmiany dotyczące specjalizacji, zmiany dotyczące sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zwolnienie od opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy i lekarzy dentystów w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego. Jako kolejne omówiono m.in. zapewnienie należytej ochrony tajemnicy lekarskiej, odbiurokratyzowanie pracy lekarza, rewizję przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny, zmianę systemu refundacji leków, prawidłową wycenę świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zmianę przepisów dotyczących prowadzenia list oczekujących i inne. Wśród spraw stomatologicznych przedstawionych Ministrowi Zdrowia znalazły się m.in.: zmniejszenie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny, zwiększenie wynagrodzenia za świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży finansowane ze środków publicznych, zmiana przepisów prawa atomowego dotycząca stosowania promieniowania jonizującego przez lekarzy dentystów, przywrócenie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej.

Postulaty zostały sformułowane na podstawie dotychczasowych stanowisk samorządu oraz głosów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Minister Konstanty Radziwiłł odniósł się do treści apelu na posiedzeniu NRL w ponad dwugodzinym wystąpieniu. Efekty spotkania zostały przedstawione przez Ministra Zdrowia i Prezesa NRL mediom na konferencji prasowej w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Więcej w Aktualnościach na www.gazetalekarska.pl.

nia, przedstawił NRL istotę sentencji orzeczenia TK z 7 października 2015 r. Zaznaczył, że: 1. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej nadal obejmuje „inne przypadki niecierpiące zwłoki”; 2. Lekarz nie może powołać się na klauzulę sumienia w sytuacjach, w których zwłoka w wykonaniu takiego świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta; 3. Lekarz może powołać się na klauzulę sumienia w pozostałych „przypadkach niecierpiących zwłoki”, niepolegających na udzieleniu pomocy lekarskiej; 4. Lekarz zobowiązany jest ujawnić swój sprzeciw sumienia w dokumentacji medycznej, a wcześniej uprzedzić pracodawcę o wiążących go etycznie ograniczeniach w zakresie udzielania świadczeń; 5. Lekarz nie ma obowiązku współpracy w zapewnieniu udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego, które objął sprzeciwem sumienia; 6. Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia powinni zapewnić taki sposób kontraktowania usług, by nie wymuszać wykonywania usług moralnie wrażliwych (wskazane odrębne kontraktowanie tych świadczeń i zapewnienie odpowiedniej informacji dla pacjentów); 7. Informacja o braku możliwości wykonania świadczeń danego rodzaju w podmiocie leczniczym nie jest zbiorową klauzulą sumienia, ale informacją o faktach.

Onet.pl

– wycofanie artykułu

Serwis medyczny portalu Onet.pl uwzględnił sugestie rzecznika prasowego NIL, że zamieszczony w serwisie artykuł pt. „10 przerażających rzeczy, których lekarze nie mówią swoim pacjentom” został podany w sposób podważający zaufanie do lekarzy. Onet przychylił się do wniosku NIL i usunął materiał ze strony internetowej. Korespondencja dostępna jest na stronie www.nil.org.pl.

Klauzula – co oznacza orzeczenie TK?

Prof. Michał Królikowski – pełnomocnik Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie toczącej się przed Trybunałem Konstytucyjnym, dotyczącej klauzuli sumie-

Meritus Pro Medicis

Kapituła odznaczenia „Meritus Pro Medicis” decyzją podjętą 3 grudnia nadała odznaczenie pięciu osobom: Stanisławowi Markowskiemu, Jackowi Miarce, Waldemarowi Naze, Konstantemu Radziwiłłowi, Wandzie Wenglarzy-Kowalczyk.

Odznaczenie ustanowiono jedenaście lat temu i od tego czasu przyznawane jest ono lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłu żonym dla samorządu lekarskiego. W roku kalendarzowym może je otrzymać nie więcej niż dziesięć osób.

Rada Ośrodka Historycznego

NRL powołała Radę Ośrodka Historycznego NIL w składzie: Andrzej Baszkowski, Maria Ciesielska, Jerzy Jakubowicz, Kazimierz Janicki, Bogumiła Kempieńska-Miroslawska, Andrzej Kierzek, Maciej Mrożewski, Ładysław Nekanda-Trepka, Jan Zygmunt Trusewicz. O powołaniu Ośrodka pisaliśmy w październikowym numerze „Gazety Lekarskiej”. Kierownikiem ROH jest prof. Andrzej Grzybowski.

Zmiany w NRL

4 grudnia Doktor Marek Jodłowski został wybrany na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej. Wybory na nowego Sekretarza NRL odbyły się po rezygnacji z tej funkcji w dniu 16 listopada Konstantego Radziwiłła.

Mandat do NRL otrzymała prof. Halina Borgiel-Marek – lekarz denty sta.

Mandat został również przekazany doktorowi Pawłowi Wróblewskiemu, który objął funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej we Wrocławiu po rezygnacji z tej funkcji doktora Jacka Chodorskiego.

Zdrowie Publiczne

Zyta Kaźmierczak-Zagórska została wybrana do Rady ds. Zdrowia Publicznego. Rada powoływana jest zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym i jest organem opiniodawczo-doradczym Ministra Zdrowia. Oprócz NRL, w skład Rady wchodzi m.in. przedstawiciele Prezydenta RP, przedstawiciele administracji rządowej, konsultanci krajowi w wybranych dziedzinach, przedstawiciele innych samorządów zawodów medycznych: pielęgniarów i położnych, aptekarzy, diagnostów laboratoryjnych.

Kalendarz posiedzeń 2016

Naczelna Rada Lekarska:

15 stycznia
4 marca
22 kwietnia
3 czerwca
2 września
4 listopada
9 grudnia

Prezydium NRL:

15 i 29 stycznia
12 lutego
4 i 18 marca
1 i 22 kwietnia
12 maja
3 i 17 czerwca
8 i 29 lipca
19 sierpnia
2, 16 i 30 września
14 października
4 i 25 listopada
9 grudnia

Ford Mondeo Vignale



Łatwo popaść w pułapkę rozpatrywania rozwoju cywilizacji ze znanej już starożytnym Grekom perspektywy «złotego wieku». Kiedyś było lepiej, wino smakowało bardziej, żyło się spokojniej, produkowano lepsze niż dziś samochody. Łatwo krytykować w czambuł nasz dzisiejszy świat, ale przecież trzeba pamiętać, że kiedyś nie było bieżącej wody w domach, samochody uruchamiała się korbą, a dodzwonienie się do kogoś na innym kontynencie wymagało nadludzkiej wręcz cierpliwości. Postęp cywilizacyjny jest nieunikniony i wiele jego zdobyczy znacząco ułatwiło nam życie, tudzież uczyniło je znacznie bezpieczniejszym. Cała sztuka zdobywania życiowej harmonii polega na korzystaniu z wszelkich zdobyczy współczesności, ale ze zrozumieniem historii i jej najlepszych osiągnięć. Dokładnie takie jest pochodzenie Forda Mondeo Vignale, samochodu, który łączy nowoczesną technikę z wyjątkową dbałością o indywidualne potrzeby klienta. Minęły czasy firm karoseryjnych, tworzących każde nadwozie samochodu według indywidualnego zamówienia. Minęły, ale nie zniknęła chęć wyróżniania się z tłumu, pragnienie czerpania większej niż inni radości z życia.

Wszystko zaczęło się w 1913 roku, gdy urodził się Alfredo Vignale. Już jako siedemnastolatek zdolny Włoch pracował w firmie karoseryjnej Stabilimenti Farina, prowadzonej przez Giovanniego Farinę, brata słynnego Battisty Farina, znanego jako „Pinin”. Tam

wprawiał się w fachu mechanika. Po wojnie po raz pierwszy stworzył samodzielnie nadwozie dla samochodu. Najpierw zamienił swój działający motocykl na skorodowany samochód osobowy, do którego własnoręcznie dorobił nowe, aluminiowe nadwozie. Auto spotkało się z życzliwym przyjęciem nawet u wymagających angielskich dziennikarzy i zachęcony tym Alfredo założył własną firmę, Carrozzeria Vignale, pod adresem Via Cigliano w Turynie. Alfredo, który w herbie swojego przedsiębiorstwa umieścił słynną katedrę turyńską, w czasie swojej kariery projektował samochody dla wielu znanych producentów, dla niektórych też produkował je seryjnie. W tym znakomitym towarzystwie można znaleźć takie marki, jak Ferrari, Maserati, Triumph, Cisitalia, Cunningham, Jensen i DeTomaso. W 1969 Alfredo Vignale sprzedał firmę Argentyńczykowi DeTomaso i trzy dni później zginął w wypadku, prowadząc swoje ukochane Maserati. Marki DeTomaso, Ghia i Vignale nabył Ford, z którymi fabryka Vignale pod Turynem miała już wcześniej związek: produkowano tam bowiem nadwozia samochodu DeTomaso Pantera z amerykańskim silnikiem V-8 Forda.

Ford Mondeo Vignale to pierwszy przedstawiciel linii modelowej Vignale w salonach FordStore. Dostępny w wyjątkowych kolorach: Vignale Nocciola, Vignale White, Vignale Black oraz Vignale Silver ręcznie wykończony samochód to tylko początek przygody z Vignale, która dotyczy wielu aspektów życia z sa-

— więcej niż samochód



mochoodem, a nie samego nim podróżowania. Ford Mondeo Vignale dostępny jest z silnikiem wysoko-
prężnym TDCi o mocy 180 KM oraz bi-turbo 210 KM, benzynowym EcoBoost o mocy 203 i 240 KM bądź napędem hybrydowym (187 KM), które w połączeniu z systemem aktywnej redukcji hałasu i laminowanymi szybami zapewniają idealne środowisko dla najdalszych podróży. Wnętrze aut, wykończone skórą Lux Charcoal Black albo Lux Cashmere, szytą i pikowaną ręcznie, przywołuje na myśl klasyczne samochodowe rękodzieło z epoki Alfreda Vignale. O pewność prowadzenia w każdych warunkach atmosferycznych zadbaają seryjne reflektory adaptacyjne LED oraz opcjonalny napęd wszystkich kół.

Już sam wybór samochodu i dokonanie zamówienia to szczególny proces. Doradca Klienta Vignale zorganizować może specjalną, rozszerzoną jazdę próbną, trwającą nawet cały weekend, by klient mógł w pełni docenić, czym ten samochód różni się od innych. Nowego samochodu klient nie musi odbierać w FordStore, albowiem może być on dostarczony do domu lub pracy. W Polsce o klientów Vignale dba sześć reprezentacyjnych salonów:

- Auto Boss – Chorzów
- Euro Car – Gdynia
- PGD Partner – Kraków
- Auto Brzezińska – Łódź
- BCH Chwaliński – Opole
- Bemo Motors – Warszawa

Gdy już nowy Ford Mondeo Vignale trafi w ręce właściciela, ten przestaje mieć powody do zajęć typowych dla posiadacza samochodu, bo Vignale to przede wszystkim sposób na oszczędzanie największego luksusu, jaki można mieć w życiu: czasu. Zaczniemy od tego, że serwisowanie samochodu, który jest przecież niezwykle skomplikowanym urządzeniem, nigdy jeszcze nie było tak proste: Ford Mondeo Vignale może być odbierany od właściciela, przywracany do idealnego stanu technicznego i następnie dostarczany do domu lub biura. To nie wszystko. Przez cały okres użytkowania samochodu przysługuje właścicielowi bezpłatne mycie auta, na życzenie łączone z usługą kosmetyki wnętrza. Dzięki temu Ford Mondeo Vignale zawsze wygląda tak, jak to wymarzył projektant: perfekcyjnie. Na koniec najważniejsze: 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę czuwają doradcy usługi Vignale OneCall (dostępnej pod numerem telefonu (61) 831 99 72), którzy mogą wezwać nie tylko pomoc drogową, umówić wizytę w serwisie albo odpowiedzieć na pytania związane z eksploatacją auta. Posiadanie wyjątkowego samochodu nigdy jeszcze nie było tak proste.

Więcej informacji na stronie:
vignale.ford.pl

Kod QR do powyższej strony:



Daję, bo nie moje

23 września minister Zembala porozumiał się z OZZPiP w sprawie wynagrodzeń. Czterystuzłotowa podwyżka co rok miała dać we wrześniu 2018 r. wzrost płac o 1600 zł brutto, czyli nawet więcej niż postulowało środowisko pielęgniarek i położnych, domagające się po 500 zł przez trzy lata.

Sławomir Badurek

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Nie wiadomo natomiast, czy zechcą czekać „dzieci gorszego Boga”, jak sami siebie nazywają przedstawiciele innych, poza pielęgniarkami i lekarzami, zawodów medycznych.

Odrąbiono wielki sukces, a informacja o nim wzbudziła powszechne zadowolenie, bo na co, jak na co, ale na podwyżki dla pielęgniarek przyzwolenie społeczne jest akurat bardzo duże. I słusznie. Skoro średnia wieku w tej grupie zawodowej zbliża się do pięćdziesiątki, a jej szeregi rzedną z powodu emigracji i niepodjęmowania przez większość świeżo upieczonych pielęgniarek i pielęgniarzy pracy w zawodzie, płace podwyższyć trzeba. W przeciwnym razie, już niebawem, obudzimy się jako pacjenci z ręką w podsuwaczu.

Tak samo jak pielęgniarkom na podwyżkach, rządowi PO zależało, by w Polskę poszedł przekaz o władzy, która nie tylko jest świadoma problemów, ale i potrafi je skutecznie rozwiązywać. Wprawdzie we wrześniu nad PO zbierały się czarne chmury, ale nie było jeszcze przesądzone, czy straci ona władzę na rzecz złowrogiego PiS-u, czy będzie w stanie skleić nową koalicję i zachować rządy. Dlatego między bajki należy włożyć argument, że premier Kopacz z ministrem Zembalą byli gotowi dać pielęgniarkom nawet dwa razy więcej i to np. od pierwszego listopada, podrzucając tym samym następcom kukiełcze jajo. Nieprzypadkowo negocjacje zostały w czerwcu, na prośbę resortu, utajnione, a szczegóły wrześniowego porozumienia z posłizgiem i powoli wyciekały do wiadomości publicznej. Po pierwsze, już po kilku dniach, rozeszły się informacje, że nie wszystkie pielęgniarki dostaną podwyżki. W myśl zasady „po nas choćby potop”, im bliżej było oddania władzy, tym margines pokrzywdzonych zawężał się, ale sytuacja nadal nie jest jasna, bo wskutek pospiesznych działań Ministerstwa, wątpliwości co komu i z jakiej puli jest nadal multum. Po drugie, okazało się, że wspomniane 400 zł, czyli średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia na etat, to w przypadku szpitali, tzw. kwota brutto, obejmująca wszystkie składniki i pochodne, takie jak dodatek stażowy, dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek świąteczny, składki na ubezpieczenia społeczne i fundusz pracy, opłacane przez pracownika i pracodawcę. Daje to do wypłaty około 230 zł na etat. Pewnie ten aspekt miał na uwadze minister Zembala, chwalać pielęgniarki za „odpowiedzialny i rozważny dialog, uwzględniający dobro chorych,

jako nadrzędne, ale i możliwości finansowe państwa”. Po trzecie, tu znów powołam się na prof. Zembalę, z powodu skierowania projektu ustawy budżetowej do prac parlamentarnych przed podpisaniem porozumienia, „brak jest w chwili obecnej możliwości zapewnienia drugiej transzy podwyżek do 1 września 2016 r.”. Oznacza to, że kolejne podwyżki trafią do pielęgniarek i położnych z opóźnieniem. O jakich wydatkach mowa? W tym roku będzie to 310 mln zł, czyli prawie dokładnie tyle, ile prof. Zembala, już jako ustępujący minister, zdecydował się przeznaczyć na kontynuację programu in vitro, tocząc wcześniej, przy udziale zaprzyjaźnionego Dominikanina, heroiczny bój z własnym sumieniem, zakończony wyborem „mniejszego zła”. W przyszłym roku wyższe wynagrodzenia pielęgniarek pochłoną dodatkowo 1,415 mld zł, w 2017 r. już bez mała 2,5 mld.

Pan prof. Zembala, człowiek bez wątpienia światły i doskonale wykształcony, przypomniał mi w ostatnich tygodniach urzędowania o Karolu Gustawie z sienkiewiczowskiego „Potopu”. W celu zdobycia Zamościa król Szwecji umyślił sobie przemyślny plan skaptowania „pana na Zamościu”. – Zaofiaruję mu województwo lubelskie jako niezawisłe księstwo – korona skusi go. – Nieograniczona jest hojność waszej królewskiej mości – odparł, nie bez pewnej ironii w głosie, Sapieha. A Karol odpowiedział z właściwym sobie cynizmem: – Daję, bo nie moje.

Prezes NFZ na taką królewską szczodroblwość pozwolić sobie nie może i już szuka pieniędzy dla pielęgniarek. Robi to po linii najmniejszego oporu, kosztem kolejnych niezapłaconych procedur ratujących życie i nadwykonań, które, jak wiadomo, zawsze mogą poczekać. Nie wiadomo natomiast, czy zechcą czekać „dzieci gorszego Boga”, jak sami siebie nazywają przedstawiciele innych, poza pielęgniarkami i lekarzami, zawodów medycznych. Cała nadzieja, że PiS zrealizuje plan zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB. Wtedy starczy i na wyższe płace, i na poprawę dostępu do leczenia, a Konstanty Radziwiłł nie będzie musiał nikomu obiecywać czegoś, czego nie ma. ■



W imieniu Fundacji Lekarze Lekarzom pragnę wszystkim podziękować za wspieranie Koleżanek i Kolegów, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Każda, nawet symboliczna kwota jest bardzo cenna. W tym miejscu chciałbym bardzo podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty darczyńcom z: Bochni, Bielska Podlaskiego, Bytomia, Czarnekowa, Czosnowa, Gdańska, Gdyni, Grodziska Maz., Gorlic, Gorzowa Wlkp., Inowrocławia, Mielca, Muszyny, Katowic, Legnicy, Lublina, Łodzi, Opola, Poznania, Płocka, Pabianic, Smug, Starogardu Gdańskiego, Szczecina, Tomaszowa Lubelskiego, Wrocławia, Warszawy, Wałcza, Wilkowic, Zielonej Góry, Zwolenia, Złotnik, Żnina, Żyrardowa, a także Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku i Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej.

Wszystkim Darczyńcom Fundacji pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, a nadchodzący Nowy Rok niech będzie dla Państwa czasem pokoju, wzajemnej życzliwości oraz radości z dalszego niesienia pomocy innym.

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Marta
Jakubiak

Lidia
Sulikowska

Zmiana warty na Miodowej

Od 16 listopada mamy nowy rząd. Tekę ministra zdrowia przejął Konstanty Radziwiłł – wieloletni działacz samorządu lekarskiego, były prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Jakie są największe nadzieje i obawy związane z tą zmianą?

Problemy polskiej służby zdrowia znane są od lat. I choć kolejne rządy próbowały uzdrowić sytuację, do dziś nie udało się tego zrobić. Kolejki wcale nie są krótsze. W systemie brakuje pieniędzy i lekarzy. Poprawiły się co prawda warunki pracy, bo placówki medyczne mozolnie są modernizowane i wyposażane w dobrej klasy sprzęt, jednak ten nie może być w pełni wykorzystany ze względu na limity NFZ. Przez lata nie udało się też wypracować realnych wycen dla poszczególnych świadczeń medycznych. Środowiska medyczne w dalszym ciągu czują, że ich praca nie jest właściwie wynagradzana, a procedury administracyjne pochłaniają większość czasu przeznaczonego na wizytę pacjenta. Informatyzacja idzie, jak po grudzie. Papierów przybywa.

Każda zmiana rządu, w tym szefa resortu zdrowia, wzbudza ciekawość, nadzieję, ale i niepewność. Ministerstwem zdrowia po 1989 r. kierowało przeszło dwudziestu ludzi. Od połowy listopada funkcję tę objął Konstanty Radziwiłł. Wśród jego najbliższych współpracowników znaleźli się nowi wiceministrowie: Katarzyna Głowała, Piotr Gryzia, Krzysztof Łanda i Jarosław Pinkas. Z poprzedniego składu pozostał Piotr Warczyński. Prof. Marian Zembala o swoim następcy mówi życzliwie: – To człowiek z dużym doświadczeniem, będzie dobrym ministrem. Życzę, by był lepszy ode mnie, bo tylko wtedy będzie postęp.

Jak zmianę warty na Miodowej oceniają przedstawiciele środowiska lekarskiego? Jakie problemy są w ich ocenie najpilniejsze do rozwiązania? Jakiego systemu ochrony zdrowia by chcieli?



**Zbigniew Brzezina,
Rzecznik Praw Lekarzy**

Pewnie jest wiele zagadnień, które w systemie ochrony zdrowia należałoby zmienić. Na pewno należy wyznaczyć prawa i obowiązki pacjenta, wzorem innych krajów europejskich, jasno określić, z czym pacjent zgłasza się do podstawowej opieki zdrowotnej, w którym momencie do specjalisty, a kiedy powinien zgłosić się do szpitala. Powinno też zostać określone, ile czeka się na dany zabieg, a co kwalifikuje do natychmiastowej pomocy. W krajach europejskich pacjent dopłaca do systemu, jeśli prowadzi niehigieniczny tryb życia lub może ponieść konsekwencje finansowe, kiedy np. nie zgłosi się na badania profilaktyczne. Tam prowadzona jest szeroka akcja edukacyjna – pacjenci wiedzą, gdzie, kiedy i po co mają się zgłosić. Podobnie powinien być określony zakres praw i obowiązków lekarza, np. wyznaczenie dziennego limitu przyjęć pacjentów przez jednego lekarza. Druga rzecz, zapewne bardzo trudna do realizacji,

ale niezwykle ważna, to stworzenie systemu ochrony zdrowia ponad podziałami politycznymi, nie na jedną albo dwie kadencje, ale z perspektywą długofalową. Od lat jedna opcja chce systemu ubezpieczeniowego, inna mieszanego, jeszcze inna budżetowego. Efekt jest taki, że co jakiś czas wywraca się system i tworzy od nowa. Naczelna Rada Lekarska już od dawna domagała się doprecyzowania koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli określenia, co się pacjentowi należy, a co nie. Bez precyzyjnego koszyka, który a priori nie będzie przynosił strat, nie będzie można stworzyć sprawnego systemu. Nigdy nie będzie takich pieniędzy, które zabezpieczą wszystkie potrzeby pacjentów. To fikcja i populizm, który jest jednym z najgroźniejszych w ochronie zdrowia.

I kolejna ważna rzecz, to zmiana filozofii myślenia w ochronie zdrowia. Rząd i minister poprzez odpowiednie akty prawne powinni kształtować politykę zdrowotną państwa, ale należy zmienić obecnie panujące przekonanie, że państwo bierze całkowitą odpowiedzialność za zdrowie obywateli. Każdy odpowiada sam za siebie, m.in. wybierając dany styl życia. Państwo ma maksymalnie usprawnić system i pokazać obywatelowi, jak ma się w tym systemie poruszać, a ten ma być współodpowiedzialny za swoje zdrowie i leczenie.

Jako Rzecznika Praw Lekarzy boli mnie fakt, że pacjentom powiedziano, iż należy im się wszystko, a odium niezadowolonych za źle funkcjonujący system kierowane jest nie na decydentów, którzy system tworzą, tylko na lekarzy, wobec których rośnie agresja.

Mam nadzieję, a właściwie jestem pewien, że relacje samorządu z resortem zdrowia z nowym ministrem na czele poprawią się i będą bardziej partnerskie.



**Filip Dąbrowski,
przewodniczący Komisji
ds. Młodych Lekarzy NRL**

Po raz pierwszy od wielu lat jesteśmy świadkami tak diametralnej zamiany miejsc wśród polityków. Dotychczasowa opozycja, sygn-

ca obietnicami przywrócenia stażu podyplomowego, zwiększenia liczby specjalistów czy skrócenia kolejek, będzie musiała udźwignąć ciężar spełniania własnych deklaracji. Z kolei dotychczasowi rezydenci Pałacu Pacy staną się odpryskiem kłującym i drażniącym przy każdym kroku nowego Ministra Zdrowia. Taka repozyycja, po wielu latach trwania poprzedniego układu, może być bolesna i nie zawsze jest udana.

Pozostaje mieć nadzieję, że politycy PiS podejną do spraw zdrowia z chłodną głową i zgodnie ze sztuką medyczną rozpoczną działania od starannego wywiadu i oceny sytuacji. Polski sektor ochrony zdrowia, pomi-

mo że liczy sobie dopiero 25 lat, można porównać do pacjenta geriatrycznego, wymagającego ostrożnej polipragmacji, u którego intensywne leczenie doraźnego zapalenia płuc może znacznie pogorszyć funkcję przewlekle chorych nerek czy wątroby.

Jakie problemy udało się zdiagnozować w trakcie rządów PO? Z perspektywy izb lekarskich na pewno będą to zaburzenia słuchu i pamięci urzędników z Miodowej – nie słyszeli protestów młodych lekarzy w sprawie zmian w odbywaniu rezydentury, nie słuchali propozycji ogólnopolskiej dystrybucji miejsc szkoleniowych, podniesienia płac. W rankingu „Health at glance 2015” obejmującym 34 kraje OECD Polska zajmuje trzydzieste miejsce pod względem liczby lekarzy, a szóste pod względem ilości szpitalnych łóżek. Oznacza to, że mamy pod swoją opieką o wiele więcej chorych niż nasi koledzy – pracujemy ciężiej, a zarabiamy mniej. W świetle tych danych mam nadzieję, że nowy minister zdrowia zacznie uzdrawianie systemu od głębokiego dialogu i zrozumienia potrzeb pracowników dbających o zdrowie nas wszystkich.



**Anna Janczewska-Radwan,
minister ds. systemu ochrony
zdrowia w Gospodarczym
Gabiniecie Cieni BCC**

Zapowiedziane przez zwycięską partię zmiany w ochronie zdrowia, póki co powodują więcej obaw niż nadziei. Przede wszystkim brakuje mi długofalowej wizji i strategii dla ochrony zdrowia, którą chciałby realizować nowy rząd. Przedstawione dotychczas pomysły są bardzo ogólnikowe, dotyczą tylko pewnych aspektów systemu i nie wskazują zdrowia jako priorytetu państwa. Od wielu już lat, jako członek Gospodarczego Gabinetu Cieni BCC apeluję o zorganizowanie białego szczytu ponad podziałami i interesami politycznymi, w wyniku którego osiągnięto by konsensus w sprawie długofalowej wizji i strategii dla ochrony zdrowia, który miałby moc wiążącą dla kolejnych rządów i polityków. Nie udało się jednak do tej pory wypracować takiego dokumentu. Jest to fundamentalna sprawa, bowiem szereg zmian i regulacji, jakie są wprowadzane przez kolejne rządy, pochłaniają bardzo duże fundusze, nie zapewniają stabilności, spójności i efektywności systemu ochrony zdrowia, szczególnie w obliczu wyzwań, jakie przed nim stoją, w tym problemu starzejącego się społeczeństwa i potrzeby pozyskiwania dodatkowych źródeł finansowania.

Pan Prezydent powołał Narodową Radę Rozwoju, która na pierwszym posiedzeniu zajęła się tematem bezpieczeństwa zdrowotnego. To dobry prognostyk. Pozostaje mieć nadzieję, że może z tej Rady wypłyne inicjatywa przeprowadzenia właśnie takiej dyskusji i wypracowania stosownego dokumentu ponad podziałami, będącego efektem porozumienia czołowych partii politycznych. Póki co, serdecznie polecam politykom naszą ankietę dotyczącą kluczowych problemów polskiej ochrony zdrowia do bardziej wnikliwych przemysleń nad kształtem naszego systemu ochrony zdrowia.



**Krzysztof Bukiel,
przewodniczący zarządu
krajowego OZZL**

Nie mam wielkich oczekiwań wobec nowego rządu i nowego ministra. Nie oczekuję niczego, aby się nie zawieść. Chciałbym jednak,

aby nowy minister zdrowia zachował choć trochę zdrowego rozsądku, uczciwości wobec samego siebie i wobec innych, żeby posługiwał się własnym rozumem, a nie tylko wykonywał polecenia swoich przełożonych w rządzie i w partii, jak to się działo z niemal wszystkimi ministrami zdrowia w ostatnich 20 latach. Chciałbym też, aby nie zohydzał lekarzy w oczach społeczeństwa, jak to robił zwłaszcza przedostatni minister.



**Dr hab. med. Szczepan
Cofta, naczelny lekarz
Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego
UM w Poznaniu, internista
– pulmonolog**

Trzeba zasadniczo współczuć każ-

demu nowemu ministrowi zdrowia. Obejmuje resort, który jest niezwykle uzależniony od możliwości dopływu ewentualnych dodatkowych środków od ministrów resortów finansowych. Stąd niezwykle ważne, by miał w gronie ministrów silną pozycję i autorytet.

Sądzę, że nowy minister, dr Konstanty Radziwiłł, wyrobił sobie dość silną pozycję w środowisku medycznym, choć okaże się, czy będzie miał wystarczającą „siłę przebicia” wśród innych ministrów. Ważna jest osobista charyzma „uwiedzenia” decydentów politycznych i finansowych, by dobrze finansować opiekę zdrowotną.

Drugim aspektem niezbędnym dla nowego ministra jest rzeczywista wola porządkowania systemu. Nowy minister będzie musiał zmierzyć się też – oprócz bieżących problemów – z nadmiernie rozbudzonymi oczekiwaniami społecznymi. Takich oczekiwań nie jest w stanie nikt spełnić. Pozostaje kilka dramatycznych, nierozwiązanych problemów: rozsypana się struktura pielęgniarska, chęć wydarcia bonusów finansowych przez nowe podmioty medyczne i środowiska medyczne demonstrujące partykularne interesy, czekające konkursy na świadczenia w wielu regionach. Nie wiem, czy doczekamy się wreszcie szczególnych regulacji dla szpitali klinicznych, co jest zapowiadane od co najmniej piętnastu lat. I najważniejsze: życzyć należałoby nadania dobrego tonu w polskiej medycynie. Tonu posługi pacjentowi mimo opresji prawnej i administracyjnej.



**Zbyszek Przybylski,
prezes zarządu Szpitala
Powiatowego we Wrześni**

W obecnym systemie organizacji opieki zdrowotnej brakuje mi dostrzeżenia dużej roli, jaką odgrywają szpitale powiatowe. Wiele mówi

się o tworzeniu nowych instytutów i wsparciu szpitali ►

Jak zmianę na stanowisku ministra zdrowia komentuje prezes PPOZ Bożena Janicka? Czytaj w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM” na www.gazetalekarska.pl.



specjalistycznych, a zapomina o nas, a przecież to z nami najczęściej mają do czynienia pacjenci wymagający opieki szpitalnej. Marzy mi się, aby zauważono wreszcie, jak ważne są struktury podstawowe. Nigdy nie będziemy w stanie konkurować z placówkami wysokospecjalistycznymi, ale przecież nie o to chodzi. Na szczeblu szpitala powiatowego można pomóc na dobrym poziomie bardzo wielu pacjentom, to my powinniśmy być tym pierwszym sitem dla leczenia szpitalnego, a opiekę wysokospecjalistyczną pozostawić dla naprawdę ciężkich przypadków.

Tymczasem szpitale powiatowe są niedofinansowane, a na dodatek co chwilę NFZ podnosi wymogi, które decydują o wygraniu kontraktu. Potrzebna jest racjonalizacja standardów, które my – małe, podstawowe szpitale – mamy spełnić, aby otrzymać umowę z NFZ.

Do przemysłu pozostaje także kwestia związana z dalszym funkcjonowaniem NFZ. Nie wiem, czy likwidacja tej instytucji coś pomoże, przecież ktoś musi „kupować” świadczenia od świadczeniodawców. Wiem natomiast, że jego uprawnienia poszły zbyt daleko. Fundusz rozdziela, kontroluje, nie negocjuje, a nam każe się funkcjonować, jak w realiach gospodarki wolnorynkowej. Gra rynkowa de facto jednak nie funkcjonuje, bo jedna strona musi się bezwarunkowo poddać drugiej.



Barbara Karney, lekarz POZ

Obawy będą zawsze, jak przy każdej zmianie. Tym bardziej że w swoim exposé pani premier wyrysowała przyszłość opieki zdrowotnej bardzo pięknie. Obiecała więcej pieniędzy dla lekarzy i pielęgniarek i że każdy Polak będzie miał dostęp do opieki zdrowotnej. Tylko nie pokazano, w jaki sposób uda się te cele zrealizować. Czekam, co z tego wyniknie. Obawiam się niestety, że złożono zbyt wiele obietnic wszystkim dookoła i budżet może tego nie wytrzymać.

Oczekiwałamby, żeby lekarz w końcu zaczął godziwie zarabiać, pracując w normalnym wymiarze czasu pracy i jednym miejscu, a nie dorabiając na nocnych dyżurach i biegając po różnych placówkach. Żeby nasze wynagrodzenia i warunki pracy zrównały się z pensjami lekarzy europejskich, którzy nie muszą na obowiązki służbowe poświęcać tyle czasu, co my, aby godnie żyć, dzięki czemu są bardziej wypoczęci i mniej narażeni na popełnienie błędu czy zachorowanie na wypalenie zawodowe.

Liczę też na to, że pacjent będzie miał w końcu dostęp do medycyny specjalistycznej. Obecnie jeszcze można się jako tako dostać do lekarza rodzinnego, ale w AOS kolejki to ogromny problem. Moim zdaniem, aby tę sytuację naprawić, trzeba byłoby nieco przebudować system. Trochę czasu spędziłam w Stanach Zjednoczonych i miałam możliwość przyjrzeć się, jak tam jest zorganizowana opieka zdrowotna. Lekarz POZ miał konkretną umowę z zespołem konkretnych specjalistów i jego personel umawiał pacjenta na dany dzień. Oczekiwanie na wizytę specjalistyczną trwało najdłużej miesiąc, i nie było problemu kolejek.



Katarzyna Woszek, lekarz reumatolog (AOS)

Bardzo bym chciała poczuć się jako lekarz bezpiecznie. Nie bać się kar za błędy na receptach, przyjąć pacjentów ponad wyznaczony limit czy agresji innych, ponieważ mają utrudniony dostęp do specjalisty. Marzę o tak zorganizowanym systemie, by lekarz w podstawowym miejscu pracy zarabiał godnie i nie musiał dorabiać po godzinach, pracując ponad siły. Bardzo bym chciała, aby w końcu rozwiązano sprawę kolejek i nadwykonań, za które – jak wiem od innych lekarzy – zdarzały się nagany. Żeby sposób wyboru leczenia i diagnostyki nie był zdeterminowany przez ekonomię i wyceny procedur, a ważne ministerialne decyzje nie były podejmowane z wyboru politycznego, ale w interesie chorych i leczących. Obecnie, aby rozliczyć wizytę w ramach procedury wyżej wycenionej, należy wykonać pacjentowi badania, których część bywa zbędna.

Gdyby nowa władza pomyślała o ograniczeniu biurokracji, która teraz przytłacza lekarzy, zdecydowanie ułatwiłoby to pracę. Od dawna już zapowiadano informatyzację systemu ochrony zdrowia, a w wielu miejscach pracy właściwie nic się w tym temacie nie zmienia. Korzystajmy z narzędzi, które mogą pomóc, a unikajmy rozwiązań, które utrudniają.

Boję się, że pozostanie jak dotychczas, a lekarzom będzie pracować się coraz trudniej.



Jakub Jabłoński, w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej

Nowa władza zapowiada duże zmiany, oby na lepsze. Obawiam się jednak, że może zmienić się niewiele. Jako młody lekarz chciałbym zwiększenia liczby przyjęć na studia medyczne, żeby więcej osób zdobywało dyplom lekarza i mogło robić specjalizację bez ograniczeń. Powinna zostać zwiększona liczba miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, szczególnie w mniejszych szpitalach. Widzę już teraz lukę pokoleniową, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych. W przyszłości może być nie do nadrobienia.

Bardzo niepokoi mnie zaniechanie refundacji metody in vitro. Pary, które nieskutecznie leczą się z powodu niepłodności – mówię to jako lekarz i szczęśliwy ojciec – mogą stracić możliwość posiadania upragnionego potomstwa. Problem dotyczyć będzie szczególnie najuboższych. Jestem też pełen obaw, że zastrzony zostanie kompromis antyaborcyjny, ten obowiązujący obecnie to wg mnie najlepsze z możliwych rozwiązań, podobnie jak trzy badania prenatalne w trakcie ciąży. I niezwykle ważna rzecz: powinna wzrosnąć pensja zasadnicza każdego lekarza, a zwłaszcza lekarza specjalisty, by nie musiał jeździć z pracy do pracy i harować po kilkadziesiąt godzin bez przerwy. Etát powinien być podstawowym dochodem. Konieczność dorabiania, a co za tym idzie – praca ponad siły są niebezpieczne zarówno dla lekarza, jak i pacjentów. ■



Nie planuję rewolucji

Z dr. **Konstantym Radziwiłłem**, ministrem zdrowia, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**. To pierwszy wywiad, który został udzielony po objęciu resortu.

Jak czuje się pan minister w Pałacu Radziwiłłów przy ulicy Miodowej 15? Czy to prawda, że w XVII w. wzniesiono ten budynek dla Radziwiłłów?

Pałac zbudował Dominik Radziwiłł, który jest moim siedem razy pra-, pradiadkiem. Na początku XIX w. kupił go Ludwik Pac, zresztą bardzo zacna postać.

Skąd decyzja, by wystartować w wyborach, a następnie objąć tekę ministra zdrowia – jaka była motywacja?

Służba. Zresztą od zawsze całą swoją działalność publiczną traktowałem jako służbę ojczyźnie, pacjentom i lekarzom.

W jakiej kondycji nowy minister przejmuje resort zdrowia – nie tylko jako urząd, ale także system ochrony zdrowia?

System kuleje. Gdybym twierdził, że jest inaczej, byłbym niepoważny. To nie tylko moje zdanie, ale ogląd właściwie wszystkich – i pacjentów, i pracowników ochrony zdrowia, i polityków.

Jeśli chodzi o sam resort, pracuje tu wielu wartościowych ludzi. Zresztą gros z nich znałem już wcześniej i niejednokrotnie spieraliśmy się w kwestiach

merytorycznych, ale cenię ich jako specjalistów. Są również nowi pracownicy, którzy bez wahania zgodzili się przyjść ze mną na Miodową.

Jakie były kryteria powołania wiceministrów?

Przede wszystkim fachowość. Wybrałem tych, których również znam od dawna i darzę ich zaufaniem. Przy okazji podkreślę, że miałem pełną swobodę wyboru. Nikt nie naciskał, jeśli chodzi o wybór najbliższych współpracowników.

Co będzie priorytetem?

Minister zdrowia musi myśleć strategicznie. Jest odpowiedzialny za system, który powinien ulegać korektom podyktowanym właśnie dalekosiężnym spojrzeniem. Są rzeczy, które można zmienić z dnia na dzień, ale jest też wiele takich, które wymagają zmian w dłuższej perspektywie. Przykładem zmian, które wymagają czasu, może być kwestia zwiększenia kadr w systemie ochrony zdrowia. Wiadomo, że ani liczby lekarzy, ani pielęgniarek nie można zmienić od jutra. Tu potrzebne jest działanie perspektywiczne.

Potrzebne będą jednak również działania doraźne, w przypadku których decyzje należy podejmować szybko, jak choćby w przypadku kilku „min”, na ▶

System kuleje. Gdybym twierdził, że jest inaczej, byłbym niepoważny.



które już weszliśmy. Jedną z nich jest informatyzacja ochrony zdrowia. Jeżeli nie podejmiemy teraz bardzo odważnych, radykalnych kroków, możemy być zmuszeni do oddawania pieniędzy z unijnych funduszy, bagatela pół miliarda złotych. Tym zająłem się na samym początku.

Który z systemów opieki zdrowotnej w Europie jest najbardziej godny naśladowania?

Media ostatnio lubią wyciągać moje wypowiedzi z przeszłości, z których wyziera twarz liberała pragnącego prywatyzacji. To obraz zafałszowany. Przez wiele lat funkcjonowania w przestrzeni publicznej w Polsce i za granicą, brania udziału w toczonych tam dyskusjach, moje poglądy ewoluowały. W tej chwili zdecydowanie skłaniam się w stronę zwiększenia odpowiedzialności i roli państwa w systemie ochrony zdrowia. Uważam, że rynkowy system się nie sprawdza. Zresztą wszystkie kraje Europy Zachodniej, kiedyś określane jako kraje kapitalistyczne, chronią swoje systemy ochrony zdrowia przed rynkiem. Nawet tam, gdzie rozwiązania są na pozór liberalne, jak choćby we Francji czy do pewnego stopnia w Niemczech, poziom regulacji i ograniczeń przez państwo wolnego rynku są ogromne.

Wielu uważa, że finansowanie budżetowe to powrót do PRL-u.

Wcale tak nie jest, wystarczy popatrzeć na mapę Europy. Systemy budżetowe to Irlandia, Wielka Brytania, wszystkie kraje skandynawskie, Hiszpania, Portugalia, Włochy, a nawet te kraje, w których istnieje system Bismarckowski, jak Niemcy, Francja, Austria, Belgia, Holandia. Tam systemy ubezpieczeń zdro-

wotnych podlegają niesamowicie daleko idącej regulacji państwa i trudno to nazywać wolnym rynkiem. W Polsce doszliśmy do sytuacji, w której płatnik jest jeden, a wszyscy świadczeniodawcy ze sobą konkurują, zamiast współpracować. Dodatkowo przymus komercjalizacji, czyli przekształcania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki, nie doprowadził do niczego dobrego.

Dlaczego?

Nie zmieniła się na lepsze kondycja finansowa skomercjalizowanych placówek, a dodatkowo nastąpiło groźne przesunięcie z misji na wynik finansowy, co narzuca prawo – zarządzający ma obowiązek podejmować działania na rzecz zysku spółki i dbać o jej wynik finansowy. Misja pozostaje w tym momencie jedynie fajnym hasłem, które gdzieś się wiesza na ścianie, jak w fabryce butów: „Produkujemy buty, żeby zadowolić Twoją stopę”. Fabryka ma przede wszystkim zarabiać. Ten sam mechanizm działa obecnie w placówkach ochrony zdrowia. Przepisy dotyczące spółek prawa handlowego zaczęły obowiązywać w placówkach medycznych. Działanie na szkodę spółki jest przestępstwem. Zatem rodzi się pytanie, czy przyjąć pacjenta, za którego nie zapłaci NFZ? Można to zrobić czy nie?

Ten problem dotyczy nie tylko spółek, ale także szpitali publicznych.

Oczywiście, do pewnego stopnia także szpitali publicznych. Są pod naciskiem, jednak nie w takim stopniu jak spółki.

Często zdarzają się tam sytuacje, że kiedy przyjmuje się pacjenta, patrzy na niego

Przez wiele lat funkcjonowania w przestrzeni publicznej w Polsce i za granicą, brania udziału w toczonych tam dyskusjach, podlegałem ewolucji poglądów.

przez pryzmat tego, ile szpital za niego dostanie – opłaca się czy też nie...

Nie ma prawa zaistnieć coś takiego, że pacjent jest niemile widziany, bo jest nieopłacalny. Taka sytuacja nie ma prawa się zdarzyć w szpitalu publicznym. Konstytucja wyraźnie mówi, że wszyscy obywatele mają prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podkreślam: wszyscy, a nie wyłącznie ubezpieczeni.

Tak jak nie wyobrażamy sobie, że karetka przyjeżdżająca do wypadku pyta kogoś o ubezpieczenie albo sprawdza go w eWUŚ-u, tak nie wyobrażam sobie, że coś podobnego może się zdarzyć w publicznym szpitalu, a wiemy, że przecież już się zdarzało. Kiedy pacjent zgłasza się do placówki publicznej opieki zdrowotnej, najpierw sprawdza się jego status ubezpieczeniowy, nikt nie pyta, co mu dolega. A kiedy zaświeci się na czerwono, to zaczyna się dyskusja.

Dziś w nocy na moim dyżurze zmarła pacjentka. Miałem kłopot z wystawieniem karty zgonu, bo była nieubezpieczona...

I to są skandale, z którymi trzeba skończyć.

Na rozwiązaniach którego kraju warto się wzorować?

Nie chcę wskazywać konkretnego kraju. Zmiana systemu to nie jest kwestia kopiowania wzorców. Polska nie jest krajem zbyt zamożnym, z organizacją też nie jest najlepiej. Nasz system powinien być bardziej nastawiony na opiekę nad pacjentem, niż konkurencję świadczeniodawców, wahałbym się zatem gdzieś pomiędzy rozwiązaniem brytyjskim a rozwiązaniami skandynawskimi. Brytyjski, czyli narodowa służba zdrowia, zorganizowana w sposób zhierarchizowany. Rozwiązania skandynawskie – podobne, ale z naciśkiem na samorządy. Nie oznacza to jednocześnie, że odrzucam rozwiązania innych państw – z nich również można czerpać, bo działania ministra to konglomerat różnych decyzji.

Nie planuję rewolucji. Moim zdaniem, i jest to jeszcze taki „nieuczesany” pomysł, dobrym rozwiązaniem będzie przechodzenie do systemu budżetowego poprzez wyjmowanie modułów, jak np. wspomniane ratownictwo medyczne, które już teraz jest finansowane przez budżet. Marzy mi się, by podstawowa opieka zdrowotna była w Polsce dostępna dla każdego, bez konieczności sprawdzania ubezpieczenia. To opłacalne z wielu powodów. Jeśli pacjent ma problemy z dostępem do lekarza na poziomie podstawowym, rozchorowuje się jeszcze bardziej, a co za tym idzie – wzrastają koszty leczenia w specjalistycie. Odprawianie leczenia w obszarze POZ jest nie tylko sprzeczne z normami cywilizowanych społeczeństw, ale również nieopłacalne. Za leczenie nieubezpieczonego i tak zapłacimy, jeśli karetka przywiezie go do szpitala, ale wówczas znacznie więcej.

Jakie będą pierwsze decyzje nowego rządu i ministra zdrowia?

Przekształcenia systemowe, które wymagają długofalowego działania. Już zlecieliśmy stosowne ekspertyzy i w ciągu kilku najbliższych miesięcy, choć nie chcę jeszcze podawać konkretnej daty, powstaną rozwiązania, które będziemy mogli zaprezentować. Przyszedłem do ministerstwa z nastawieniem, by decyzje podejmowane tu były po dłuższym dialogu, czyli prawdziwych konsultacjach rozpoczynających się już na etapie prac wstępnych i z dużym wyprzedzeniem. Przyjmuję zasadę: po pierwsze, nie spieszymy się z podjęciem decyzji, po drugie, nie spieszymy się z datą wejścia jej w życie, by każdy miał czas przygotować się do zmiany.

Są oczywiście takie decyzje, które należy podjąć jak najszybciej, jak nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie stażu podyplomowego, ale jeszcze nie chcę mówić o szczegółach.

Przez lata mówiło się, że minister zdrowia jest petentem ministra finansów...

Myślę, że tak będzie zawsze. Obejmowałem tekę ministra zdrowia z przekonaniem, że przyzwoitego systemu ochrony zdrowia nie da się zrobić w Polsce za pieniądze wielokrotnie mniejsze niż w krajach o podobnym poziomie zamożności. Na pewno będę zabiegał u ministra finansów, żeby było więcej środków na ochronę zdrowia. Jeśli nie od razu, to żebyśmy w sposób progresywny doszli do tych minimów, o których wszyscy mówią od lat, czyli 6 proc. PKB.

Mówiąc o wyjmowaniu modułów, myślałem o odpowiednim ich finansowaniu z budżetu. Jednym z takich projektów jest ten dotyczący darmowych leków dla osób po 75. roku życia. Polacy za leki płacą zdecydowanie więcej, niż obywatele innych krajów UE.

Nie wszystkim ten pomysł się podoba. Niektórzy twierdzą, że nieodpłatne leki powinny być związane z chorobą, a nie z wiekiem.

Od czegoś trzeba zacząć. Myślę, że docelowo tak będzie. Pieniądze nie powinny być barierą dostępu do leków.

W jaki sposób samorząd i środowisko lekarzy mogą pomóc zmieniać służbę zdrowia na lepsze?

Samorząd już mi pomógł – dzięki niemu bardzo wiele się nauczyłem. Ogromna część mojego doświadczenia pochodzi z bojów samorządu lekarskiego o dobre rozwiązania w ochronie zdrowia. Liczę, że jakość stanowisk samorządu lekarskiego w zakresie propozycji rozwiązań w ochronie zdrowia nadal będzie tak wysoka, że będzie można z nich korzystać.

Jak duże znaczenie dla funkcjonowania systemu mają decyzje podejmowane przez ministra zdrowia? Co tak naprawdę od niego zależy?

Od strony formalnej większość aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia, albo prawie wszystkie, powstają w Ministerstwie Zdrowia. Podlegają one

Konstytucja wyraźnie mówi, że wszyscy obywatele mają prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podkreślam: wszyscy, a nie wyłącznie ubezpieczeni.

jednak ograniczeniom zewnętrznym, jak te wynikające np. z konsultacji z różnymi środowiskami czy koordynacji z innymi resortami. W pewnym stopniu ograniczeniem jest też polityka, która ma swoje ideowe przekonania, ale nie przeceniałbym tego za bardzo. Oczwistym ograniczeniem są natomiast pieniądze. Nie oznacza to jednak, że prawdziwym ministrem zdrowia jest minister finansów. O wielu sprawach decyduje budżet.

Rolą ministra jest wysłuchać wszystkich i szukać rozwiązań, które zadowolą maksymalnie dużą część uczestników systemu ochrony zdrowia. Musi on jednak sam podjąć decyzje. System demokratyczny nie polega na tym, że podejmujemy decyzje na agorze, ale wybieramy tych, którzy w naszym imieniu to robią. Mądrością decydentów jest wsłuchiwanie się w różne głosy i wybieranie takich, które są najlepsze. Niekiedy trzeba podjąć decyzje niepopularne.

Co w polskiej ochronie zdrowia najbardziej odbiega od europejskich standardów?

Finansowanie. Wystarczy popatrzeć na statystyki. Jesteśmy na szarym końcu zarówno pod względem realnych wydatków publicznych, jak i odsetka PKB przeznaczanego na opiekę zdrowotną. Poszliśmy też w trochę innym kierunku niż Europa, mam na myśli tendencję ostatnich lat do wycofywania się państwa z odpowiedzialności za organizację opieki zdrowotnej. To praktycznie spadło na barki pacjentów, którzy sami mają sobie zorganizować leczenie: wybrać, dokąd pójść, znaleźć miejsce, gdzie jest krótsza kolejka, załatwić kolejną konsultację. Chory ma wyznaczony termin operacji i dostaje kartkę, nie skierowanie, ale kartkę, na której jest napisane, jakie badania powinien wykonać i jakich konsultantów odwiedzić. Czuje się totalnie zagubiony. Zachodnie systemy są znacznie bardziej przyjazne i lepiej skoordynowane, co zdecydowanie poprawia wyniki leczenia – tam liczy się jakość i rezultat.

W Polsce za efektywność się nie płaci...

Chciałbym, aby to się zmieniło i zamiast płacenia za procedury, było płacenie za opiekę, ale taką na odpowiednim poziomie. Nie wyobrażam sobie, żeby w systemie publicznym funkcjonowały placówki nieakredytowane. Powinniśmy dojść do tego, nie od jutra, ale w przyszłości, co jest normą w wielu krajach na świecie, czyli publicznej prezentacji ich wyników, jak liczba powikłań, zakażeń, zgonów.

Mamy POZ, AOS i szpitale – gdzie jest najwięcej do zrobienia?

Jednym z moich planów na przyszłość jest przygotowanie ustawy o POZ. Lekarz rodzinny jako oś podstawowej opieki zdrowotnej powinien być obudowany innymi pracownikami, stać się kimś w rodzaju instytucji. Modelowe może być rozwiązanie brytyjskie, w którym wokół lekarza są pielęgniarka, terapeuteci, psycholog, pracownik socjalny, i wszyscy działają jak instytucja zintegrowana, a lekarz ma tam znaczenie kluczowe. Liczba lekarzy rodzinnych powinna się zwiększać.

W sytuacji, kiedy lekarz ma kilkudziesięciu pacjentów w ciągu dnia, powierzanie mu zadań, do których jest wykształcony, jak płukanie ucha czy oglądanie dna oka, zmiana opatrunków, jest bardzo trudne do zrealizowania – nie ma na to czasu. Należy zatem zmniejszyć liczbę podopiecznych, normy światowe są przynajmniej o połowę niższe. Na razie są to jedynie moje przemyślenia, a nie skończone plany. Chcę zaprosić do rozmów na ten temat osoby ze środowiska zaangażowane w POZ, by wypracować rozwiązanie docelowe. Przesunięcie akcentu na podstawową opiekę zdrowotną jest jednym z priorytetów i warunkiem, by system się bilansował. Musimy mieć też świadomość, że społeczeństwo się starzeje i liczba osób wymagających stałej opieki rośnie, dlatego tę grupę pacjentów trzeba przesunąć do lekarzy o szerokich kompetencjach.

Po zmianie rządu właściciele prywatnych szpitali z pewnym niepokojem patrzą w przyszłość.

Myszę, że publiczny system opieki zdrowotnej powinien opierać się przede wszystkim o szpitale publiczne. Nie należy zapominać, że jeżeli mamy do czynienia ze środkami publicznymi, które są wynagrodzeniem za wykonywanie zadania państwa, jakim jest opieka zdrowotna nad obywatelami, to w środkach publicznych z trudnością można zmieścić pojęcie zysku, a przecież placówki prywatne działają dla zysku, bo po to, wyłączając placówki non profit, zostały stworzone. W wielu krajach są prywatne szpitale uczestniczące w państwowych systemach, ale ogromna większość z nich to szpitale kościelne, zakonne, fundacyjne – takie, które nie są nastawione na zysk, tylko realizowanie pewnej misji. W pierwszej kolejności w systemie powinny się zmieścić szpitale publiczne, jak również te nastawione na misję, a nie zysk.

Planowanie opieki musi być oparte o jakiś fundament, a którego dziś nie ma. Przeprowadza się konkurs i kto w nim da ofertę „za mniej”, wygrywa. Budowanie opieki zdrowotnej powinno być oparte także o realia, jak np. mapy potrzeb zdrowotnych. Jesteśmy w trakcie ich intensywnego tworzenia, niektóre są już prawie skończone i lada moment trafią do konsultacji. Jako pierwsze powstaną te dotyczące onkologii i kardiologii. W oparciu o nie będziemy planować zamówienia w szpitalach – najpierw publicznych, a jeśli będzie taka potrzeba, a myślę, że będzie, również w prywatnych.

Zadania nie będą łatwe.

Minister zdrowia jest od organizowania w oparciu o środki publiczne opieki zdrowotnej, która będzie dobra jakościowo, bezpieczna i skuteczna dla obywateli. To jest moje najważniejsze zadanie. I nie zmieniłem swoich poglądów po przyjeździe na Miódową. Zawsze traktowałem działalność publiczną jako coś więcej niż reprezentowanie środowiska lekarskiego i tak będzie nadal. ■

System demokratyczny nie polega na tym, że podejmujemy decyzje na agorze, ale wybieramy tych, którzy w naszym imieniu to robią. Mądrością decydentów jest wsłuchiwanie się w różne głosy i wybieranie takich, które są najlepsze. Niekiedy trzeba podjąć decyzje niepopularne.



**Anna
Lella**

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

Stanowiska ERO-FDI 2015

W dobiegającym właśnie końca roku Europejska Organizacja Regionalna Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI) przyjęła dokumenty podsumowujące pracę kilku grup roboczych.

Podczas wiosennej sesji plenarnej uchwalono rezolucję w sprawie profilu zawodowego higienistki dentystycznej (więcej na str. 34) oraz w sprawie warunków delegowania przez lekarza dentystę innym członkom zespołu stomatologicznego wykonania określonych czynności. ERO-FDI przypomina, że stomatologia to rozległa dziedzina wiedzy medycznej, a udzielanie świadczeń stomatologicznych wymaga wysokich kwalifikacji, które można uzyskać tylko po odbyciu co najmniej pięcioletnich studiów. Co do zasady, lekarz powinien świadczyć opiekę stomatologiczną osobiście, jednakże może, o ile jest to zgodne z prawem danego kraju, delegować innym członkom zespołu wykonanie określonych czynności. Osoby, którym czynności te są zlecane, muszą posiadać odpowiednie kwalifikacje, a lekarz ponosi za nie odpowiedzialność i ma sprawować nadzór nad ich wykonaniem. Nadzór ów oznacza, że lekarz powinien osobiście przebywać na terenie placówki podczas realizowania zleconej przez nie-

go czynności; często podkreślane jest to również w Polsce, zwłaszcza przez prawników.

Jesienią przyjęto stanowiska w sprawie wykonywania wolnego zawodu w ramach nowych form prowadzenia podmiotów leczniczych oraz doskonalenia zawodowego.

Dostrzegając następujące przemiany w zakresie form wykonywania zawodu lekarza dentysty, należy pamiętać, że jest to zawód wolny, przy wykonywaniu którego trzeba przestrzegać zasad etyki – nawet jeżeli jest się zatrudnionym, jak również w obliczu ograniczeń związanych ze względami finansowymi lub administracyjnymi.

Kolejne stanowisko podkreśla, że stomatolodzy zajmują się prewencją i wczesnym wykrywaniem nie tylko chorób jamy ustnej, ale także tych „niestomatologicznych”, a wiedza o korelacjach pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem ogólnym powinna być bezwzględnie ujęta w ich kształceniu.

Myślę, że warto zapoznać się z tymi dokumentami i mieć na uwadze zawarte w nich wskazówki. Jeżeli nawet niektóre z podniesionych tam kwestii nie są w Polsce nowością, jest to wyraźny dowód, że nasze podejście do zawodu jest podzielane przez środowisko stomatologiczne Europy. ■



Nie ma przyszłości bez przeszłości

Z prof. dr. hab. med. **Waldemarem Kostewiczem**,
nowo powołanym prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego,
rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

Po siedmiu kadencjach prof. Jerzy Woy-Wojciechowski oddał tekę prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Przejmując pan insygnia właściwie po prezesie legendzie – nie boi się pan takiego wyzwania?

Z wielkim spokojem objąłem prezesurę Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, bo pracowałem pod pieczęcią pana prof. Woy-Wojciechowskiego przez kilka lat, jako skarbnik PTL. Zresztą nie tylko dlatego zdecydowałem się kandydować. Również dlatego, że wiedziałem, że mogę liczyć na wsparcie mojej prezesury przez wielu przyjaznych mojej osobie wspaniałych ludzi, zgromadzonych wokół Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i dotychczasowego prezesa. To fakt, pan profesor jest ikoną i legendą.

Doskonale zdaję sobie sprawę, że należy odmłodzić zespół i czynię w tym kierunku starania, ale jednocześnie wiem, że nie ma sensownej przyszłości PTL-u bez wartościowej przeszłości. To prawda, której ja również hołduję.

Podczas sprawowania swojej prezesury liczę na pomoc i wsparcie nie tylko pana profesora, ale też osób, które przez lata z nim współpracowały. Bardzo się cieszę, że powstał Konwent Seniorów PTL, który zrzesza wszystkich doświadczonych i zasłużonych działaczy. Mają oni ogromny dorobek i przyczynili się do rozwoju tego najstarszego towarzystwa lekarskiego. Ich obecność i ich zdanie są dla mnie bardzo ważne.

Powiem szczerze, że wszyscy liczyliśmy, że będzie ósma kadencja dotychczasowego prezesa i następne, ale profesor zdecydował inaczej. Choć zrezygnował z dalszej prezesury, pozostał w strukturach PTL i obecnie piastuje bardzo zaszczytną funkcję Prezesa Honorowego.

Kandydując na stanowisko prezesa PTL, z pewnością przedstawił pan swój program. Jakie były najważniejsze jego punkty? Jakie są najważniejsze cele nowego prezesa?

Przede wszystkim patrzę w przyszłość, szukam ▶



nowoczesnych rozwiązań, ale jednocześnie chcę kontynuować dzieło mojego poprzednika. Piękna idea Towarzystwa Lekarskiego przeżywa dzisiaj trudne chwile. Wiele kół PTL podupada, traci zapal. Pragnę zbudować sieć współpracy z osobami, które prowadzą lub chcą prowadzić oddziały i koła PTL w całej Polsce. Wiele z nich zostało rozwiązanych tam, gdzie nie było liderów. Chciałbym je reaktywować i uaktywnić. Już nawiązałem bezpośredni kontakt z wieloma lekarzami działającymi w strukturach regionalnych.

Nie jest jednak łatwo znaleźć chętnych do pracy społecznej, kiedy życie tak bardzo uległo komercjalizacji. Myślę, że to najważniejsze i zarazem najtrudniejsze wyzwanie dla nowego prezesa.

Jest pan cenionym przez pacjentów lekarzem, prezesem Polskiego Towarzystwa Angiologicznego... człowiekiem zapracowanym – co sprawiło, że zdecydował się pan kandydować na prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego?

Na początku w ogóle o tym nie myślałem. Byłem przekonany, że prof. Jerzy Woy-Wojciechowski będzie kandydował i zostanie prezesem. Kiedy wróciłem z urlopu, dowiedziałem się, że jednak tego nie zrobi. Pojawił się wtedy otwarty problem: kto będzie nowym prezesem. Było kilka dobrych kandydatur. Nie brałem pod uwagę swojej. Jednak po licznych rozmowach z wieloma zaprzyjaźnionymi osobami postanowiłem, właściwie w ostatniej chwili, wystartować w wyborach. Ku mojemu zaskoczeniu, wygrałem znaczącą większością głosów. Jako ciekawostkę dodam, że funkcję prezesa PTL zaczynam pełnić, mając dokładnie tyle samo lat, ile miał mój poprzednik, kiedy został prezesem po raz pierwszy. Choć jestem prezesem PTL zaledwie od dwóch miesięcy, już teraz wiem, jaki ogrom pracy jest do udźwignięcia, dlatego tym bardziej chylę czoła przed moim poprzednikiem.

Jest pan opiekunem Studenckiego Koła Naukowego przy Oddziale Chirurgii Ogólnej

i Naczyniowej – co takiego jest w pracy społecznej, że poświęca jej pan swój czas?

Myślę, że człowiek rodzi się z pewnymi predyspozycjami. Od kiedy pamiętam, zawsze uczestniczyłem w strukturach społecznych. Najpierw byłem sekretarzem Rady Konsultantów Krajowych przy Ministrze Zdrowia, potem sekretarzem Rady Fundacji Polski Przegląd Chirurgiczny. Przez dwie kadencje byłem sekretarzem, a następnie wiceprezesem Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Przewodniczyłem Komisji Bioetycznej w Centralnym Szpitalu Kolejowym w Warszawie-Międzylesiu. Byłem skarbnikiem Sekcji Wideochirurgii TChP i skarbnikiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Od kilku lat uczestniczę w Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie chirurgii naczyniowej, jestem również sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego VII kadencji. Aktualnie pełnię funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Praca społeczna i naukowa były wplecione w moje życie od zawsze.

I to, co jest moją perełką: od ośmiu lat jestem opiekunem prężnie działającego Studenckiego Koła Chirurgicznego, a także cyklicznych studenckich konferencji naukowo-szkoleniowych pod nazwą „Czwartki Chirurgiczne”, które cieszą się coraz większą popularnością w środowisku studenckim. Przez nasze spotkania przewinęło się już ponad 3,5 tys. studentów. Na każde z nich przychodzi 200-250 osób. Spotykamy się cztery razy w roku. W czasie październikowej konferencji Polskiego Towarzystwa Angiologicznego z udziałem ekspertów międzynarodowych odbywała się sesja dla lekarzy i równolegle sesja studentów zatytułowana „Współczesne sposoby leczenia żyłaków”. Była niezwykle interesująca i na tyle wartościowa, że wielu lekarzy przychodziło na sesję studencką, aby wziąć udział w dyskusji i przedstawić swoje doświadczenie. Jak później oceniali sami lekarze, to była jedna z ciekawszych sesji. Jestem dumny z moich studentów.

Chcę przy okazji zwrócić uwagę na obserwowaną już od kilku lat prawidłowość, że na sali wykładowej podczas studenckich „Czwartków Chirurgicznych” prawie

Ku mojemu zaskoczeniu, wygrałem znaczącą większością głosów. Jako ciekawostkę dodam, że funkcję prezesa PTL zaczynam pełnić, mając dokładnie tyle samo lat, ile miał mój poprzednik, kiedy został prezesem po raz pierwszy.

60 proc. wszystkich studentów to kobiety. Pokazuje to, jak świat się zmienia. Dawniej chirurgiem mógł być tylko mężczyzna. Prof. Ludwik Rydygier, profesor UJ, profesor i rektor Uniwersytetu Lwowskiego, pierwszy prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego, zdecydowanie sprzeciwiał się dopuszczaniu kobiet do studiów medycznych. Był przeciwnikiem ich równouprawnienia również w dostępie do zawodu lekarskiego. Nie tolerował kobiet chirurgów i nie zatrudniał ich w swojej klinice. Nie tak dawno jeszcze wielu ordynatorów i kierowników klinik chirurgicznych miało podobne zdanie. Na szczęście obecnie jest inaczej, tamten czas minął bezpowrotnie. W moim zespole pracują panie, które są wysmienitymi chirurgami. One zmieniają obyczaje, ułatwiają komunikację, zespół jest bardziej przyjazny i zrozumiały. Same korzyści.

Czym jest dla pana Polskie Towarzystwo Lekarskie?

Jestem w nim od niedawna, bo zaledwie od sześciu lat. I jak to zwykle bywa, czasami o pewnych zdarzeniach w naszym życiu decyduje przypadek. Kiedyś dr Krystyna Podgórska, z którą pracowałem w szpitalu w Międzyzlesiu, przedstawiła mnie prof. Jerzemu Woy-Wojciechowskiemu. Tak się poznaliśmy. Po jakimś czasie profesor zaproponował mi bliższą współpracę, zgodziłem się.

Obecna pozycja Polskiego Towarzystwa Lekarskiego nie jest ugruntowana. Lekarze mają ogromny wybór, istnieje wiele innych towarzystw. Dostatecznie duże znaczenie ma też czynnik finansowy w postaci wnoszonych składek członkowskich, które często wcale nie są małe. Poza tym wiele osób oczekuje korzyści z przynależności do danej organizacji, pyta, co dane towarzystwo może im dać. Jeśli nie wyjdziemy naprzeciw współczesnym oczekiwaniom, może być poważny problem z utrzymaniem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Niestety, jest realna groźba zaistnienia takiej sytuacji. Potrzebuję roku, dwóch lat, żeby wzmocnić nasze Towarzystwo. Wierzę, że pozytywne efekty przyjdą z czasem.

Jaki jest udział PTL-u w kształceniu lekarzy?

Temat organizacji szkoleń poruszany był w naszym Towarzystwie, jeszcze zanim zostałem prezesem. Próbowaliśmy znaleźć wspólną płaszczyznę dla lekarzy różnych specjalizacji, wyszukać ciekawe tematy interdyscyplinarne. Nie jest to łatwe. Dwa lata temu zorganizowaliśmy Kongres Naukowo-Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego „Zdrowie Polaków dziś i jutro” w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Opracowaliśmy ciekawy program. Sesje poświęcone były zagadnieniom klinicznym, w tym zagrożeniom życia chorych, polityce zdrowotnej i stanowi socjoekonomicznemu pacjentów trzeciego wieku oraz sytuacji prawnej lekarzy w Polsce z udziałem wybitnych prawników, lekarzy oraz przedstawicieli organizacji pacjenckich. Co prawda spodziewaliśmy się większej frekwencji, ale i tak Kongres można zaliczyć do udanych. Planujemy realizować tego typu przedsięwzięcia, by rozmawiać o danym problemie medycznym i o tym, jak go rozwiązać.

W jaki sposób izby lekarskie mogłyby współdziałać z PTL-em dla dobra lekarzy?

Między innymi właśnie na polu szkoleń. Będąc doświadczonym lekarzem, z prawie 35-letnim stażem, mam wrażenie, że obecnie jest za dużo różnego rodzaju zjazdów i konferencji – odbywają się w kilku miejscach w tym samym czasie. Należałoby stworzyć wspólną platformę dla ich organizacji. Jeżeli połączymy nasze siły i możliwości, byłoby to z korzyścią dla wszystkich.

Polskie Towarzystwo Lekarskie ma 210 lat historii i ogromny zasób doświadczeń. Jest bardzo dobrym partnerem do współpracy.

A jeżeli chodzi o wspólne kreowanie pozytywnego wizerunku lekarza?

Wizerunek lekarza to w ostatnim czasie duży problem. Czasami działania urzędników, jak na przykład Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniają realia naszego funkcjonowania w zły sposób. To przedziwna metoda kreowania polityki medycznej i zaburzenie dobrego myślenia lekarskiego. Przeszkadzają procedury. Już w ogóle nie mamy pacjenta, a świadczeniobiorcę. Guźbią się podstawowe pojęcia bliskie wykonywaniu zawodu lekarza. Mamy objawy totalnej dehumanizacji. To, co kiedyś było ważne: lekarz, pielęgniarka, chory, operacja – zostało zatracone w istniejącym systemie. Jest świadczeniobiorca, świadczeniodawca, procedura. Patrzymy na punkty, a nie na człowieka i jego dobro. Wykonujemy procedury tak, aby dyrektor był zadowolony i zrealizowany kontrakt. Nie rozumiem tego. Etos lekarza został zniszczony. Należy odbudować go jak najszybciej. Myślę, że teraz będzie na to dobry czas. Życzę doktorowi Radziwiłłowi, nowemu ministrowi zdrowia, a dodam, że jesteśmy z tego samego roku studiów, aby udało mu się zrealizować jego zapowiedzi. Jako prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego deklaruję swoją pomoc we wprowadzaniu dobrych zmian.

Co jest istotą bycia dobrym lekarzem?

To coś, co jest wewnątrz każdego człowieka. Każdy jest jednak inny, ma inną motywację do wykonywania zawodu. Choć w zderzeniu z przepisami ludzie różnie reagują, wewnątrz zawsze pozostajemy lekarzami i nie możemy ulec zmianom, które narzuca urzędnik. Dlatego przeprowadzamy operacje, a nie wykonujemy procedury. Pacjenci pozostają pacjentami, przychodzą do konkretnego lekarza i wędrują za nim, kiedy zmienia miejsce pracy, bo widzą w lekarzu człowieka, a nie świadczeniodawcę szpitala. Pacjenci czują więź nie z procedurą, ale z człowiekiem, który im pomógł i w razie potrzeby zrobi to po raz kolejny.

Myślę, że lekarz powinien być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który chce pomóc drugiemu człowiekowi, chce przynieść mu ulgę w chorobie. Poszedłem na medycynę, żeby być chirurgiem. Wiedziałem, co chcę robić, w jaki sposób pomagać. Obserwuję młodych – od razu widać, kto będzie dobrym lekarzem, a kto jedynie poprawnym. Trzeba mieć tę poezję i pasję. To się czuje. ■

Wizerunek lekarza to w ostatnim czasie duży problem. Czasami działania urzędników, jak na przykład Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniają realia naszego funkcjonowania w zły sposób. To przedziwna metoda kreowania polityki medycznej i zaburzenie dobrego myślenia lekarskiego.

OC w składce

Lucyna Krysiak

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie opracowała grupowy program ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyistów opłacany ze składki członkowskiej, który 1 czerwca 2015 r. wszedł w fazę realizacji. Inicjatywa wzbudziła zainteresowanie środowiska, ale też dyskusję.



Marta Klimkowska-Misiak

Również w Zespole ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentyistów NRL analizowano wszystkie za i przeciw. Kierująca nim Marta Klimkowska-Misiak do udziału w debacie zaprosiła inicjatora programu Andrzeja Sawoniego, prezesa OIL w Warszawie oraz Sławomira Apelskiego, prezesa APRIL Polska Medbroker, który jako naturalny partner warszawskiej izby, będącej udziałowcem spółki, współrealizuje to przedsięwzięcie.

Program zapewnia lekarzom ubezpieczenie OC w dwóch wariantach: ubezpieczenie obowiązkowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy mają obowiązek je zawrzeć*, czyli przede wszystkim prowadzących praktyki lekarskie, oraz ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy nie są zobowiązani do zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Andrzej Sawoni, prezes OIL w Warszawie: Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy lekarz i lekarz dentyista, który jest członkiem izby lekarskiej, regularnie opłaca składkę członkowską w wysokości 60 zł miesięcznie i nie ma zaległości w placeniu. Zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płacący ją w wysokości 10 zł miesięcznie mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie. Wiem, że jest to nowe rozwiązanie i może budzić obawy, dlatego przy każdej okazji trzeba wyjaśniać zawłości. Po pół roku od uruchomienia programu mogę tylko powiedzieć, że pomysł się sprawdził. Przygotowując program, korzystaliśmy z doświadczeń ubezpieczeniowych innych samorządów zawodowych. To nie był łatwy projekt, wymagał szczegółowych uzgodnień, wyboru partnerów gwarantujących ochronę ubezpieczeniową i bezpieczeństwo przedsięwzięcia.

Sławomir Apelski, prezes APRIL Polska Medbroker: Ten program to ogromne ułatwienie dla lekarzy i lekarzy dentyistów w spełnieniu ustawowego obowiązku ubezpieczenia się, a jednocześnie nieobciążający dodatkowo ich kieszeni. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach składki członkowskiej oznacza wykorzystanie składkowych pieniędzy bezpośrednio na potrzeby społeczności lekarskiej, a dzięki skali przedsięwzięcia można było uzyskać korzystne warunki finansowe dla tego ubezpieczenia. W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń rocznie. Korzyści są więc oczywiste.

Umowa z PZU jest podpisana na najbliższe 4 lata, jej pokłosiem dla lekarza, który ubezpieczy się w zakresie podstawowym, jest oferta ubezpieczenia nadwyżkowego, ale musi to zrobić już indywidualnie. Gdy brokerem jest Medbroker, zniżka sięga 30 proc. Na inny rodzaj ubezpieczeń, np. OC, AC samochodu, majątkowe i od podróży wynegocjowaliśmy zniżkę 20 proc. Lekarze na Mazowszu, którzy weszli w program, już z tego bonusu korzystają, oszczędzając znaczące kwoty.

Marta Klimkowska-Misiak, przewodnicząca Zespołu ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentyistów: Zawsze wszystko co nowe budzi emocje i obawy środowiska, dlatego wymaga wnikliwych analiz. Jako zespół podjęliśmy to wyzwanie i chcemy omówić wszystkie zasady programu. Uważam, że na obecnym etapie wdrożenia projektu w warszawskiej izbie, która jest jego forpaczta, z jednej strony najważniejsze będzie zrozumienie jego istoty, a więc przypomnienie zasad określonych w rozporządzeniu, z drugiej wyjaśnienie, w jaki sposób program będzie realizowany praktycznie. Myślę, że po spełnieniu tych dwóch aspektów, odsłoni się całość i istota projektu. Będziemy mogli ocenić, czy dostatecznie chroni lekarzy i lekarzy dentyistów przed skutkami zdarzeń niepożądanych w ich pracy. Dlatego w naszym spotkaniu uczestniczy prawnik z Biura Radców Prawnych NIL.

Grzegorz Mazur, prezes OIL w Łodzi, członek Zespołu ds. Ubezpieczeń Lekarzy i Lekarzy Dentyistów: Zasady tego przedsięwzięcia są obiecujące, doświadczenie jednak pokazuje, że diabeł tkwi w szczegółach i dlatego powinniśmy odpowiedzieć na pytanie, czy warszawska inicjatywa jest równie dobra dla innych izb, także tych mniejszych, które dysponują znacznie skromniejszymi wpływami ze składek członkowskich. Powinniśmy wiedzieć, czy jest jakiś limit liczby osób, który określił ubezpieczyciel jako warunek konieczny do przystąpienia do programu. Mamy też dość liczną grupę emerytów i rencistów, część z nich pracuje na częściowych etatach lub umowach. Co z nimi, czy oni też mogą z niego skorzystać?

S. Apelski: Program powstał w porozumieniu z PZU. Jeśli ktoś już był ubezpieczony w tej firmie, wystarczy tylko przekierować go do programu. Jeśli nie był, wystarczy, że wypełni wniosek o zmianę ubezpieczyciela, jest on drukowany np. w warszawskim „Pulsie”, i wysłać na adres Medbrokera, który załatwia resztę spraw, a lekarz



Grzegorz Mazur



Andrzej Sawoni



Sławomir Apelski

dostanie do domu gotowy certyfikat ubezpieczenia.

Do wolumenu 24 tys. ubezpieczonych składka wynosi 18 zł miesięcznie, które izba płaci za lekarza ze składki członkowskiej. Jeśli liczba ubezpieczonych w ramach programu wzrośnie do 40 tys., wysokość składki będzie negocjowana nawet do 15 zł od osoby. Zaletą programu jest fakt, nie różnicuje on lekarzy, za wszystkich płaci się jednakowo, podczas gdy w innych ubezpieczeniach OC występuje podział na specjalności zabiegowe i niezabiegowe, i wg tego różnicowana jest wysokość stawki ubezpieczenia. Jeśli chodzi o emerytów, mogą przystąpić do programu, ale składkę w wysokości 18 zł miesięcznie muszą odprowadzać sami.

M. Klimkowska-Misiak: Rozważając wprowadzenie izbowego programu na szerszą skalę, należałoby bliżej przyjrzeć się także zapisom obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Finansów w tej sprawie. Zwłaszcza w punktach dotyczących wysokości sumy gwarancyjnej. Wtedy może udałoby się dokonać dogłębnej oceny, czy w związku z zaistniałymi sytuacjami ochrona lekarzy określona przez ten resort, zresztą w naszym interesie, jest wystarczająca? Kiedy rozporządzenie znajdowało się na etapie opiniowania, sumy gwarancyjne w nim podane były wyższe, później je obniżono. Czy w sytuacji, kiedy roszczenia pacjentów z tytułu różnych zdarzeń rosną, kwoty te będą w stanie gwarantować lekarzowi bezpieczeństwo?

A. Sawoni: Z satysfakcją muszę powiedzieć, że liczba ubezpieczonych w naszym programie systematycznie rośnie, obecnie wynosi 7 tys., ale ten proces rozłożony jest w czasie, gdyż osoby zainteresowane ubezpieczeniem przystępują do niego dopiero z wygaśnięciem ważności polisy wykupionej wcześniej. Nikogo nie werbujemy na siłę, każdy ma wolny wybór. Przystąpienie do programu wiąże się ze złożoną deklaracją na piśmie i to jest jedyny moment, kiedy lekarz poświęca swój czas. Procedury związane z wystawieniem dokumentu ochrony ubezpieczeniowej ograniczyliśmy więc do niezbędnego minimum. Resztą zajmuje się izba.

Jedno jest pewne, ubezpieczenie OC jest obowiązkowe – czy lekarz lub lekarz dentysta płaci je z własnej kieszeni, czy jest ono opłacane przez izbę z jego składki członkowskiej, niczym się nie różni, a jest siłą rzeczy tańsze. W przypadku ubezpieczenia dobrowolnego stanowi dodatkowe zabezpieczenie. Program budzi zainteresowanie, już chcą do niego przystąpić lekarze z Wojskowej Izby Lekarskiej.

G. Mazur: Podczas analizy założeń programu, nasuwa się refleksja, że nic się nie może dzieć poza zgodą lekarza. Bez jego deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, oferowanego w ramach składki, samorząd nie może wykonać żadnego ruchu. I tu widzę problem. W sytuacji, kiedy mówimy o wolumenach, musimy się liczyć z faktem, że bez aktywności ▶

Jedno jest pewne, ubezpieczenie OC jest obowiązkowe – czy lekarz lub lekarz dentysta płaci je z własnej kieszeni, czy jest ono opłacane przez izbę z jego składki członkowskiej, niczym się nie różni, a jest siłą rzeczy tańsze.

Procedury
związane
z wystawieniem
dokumentu
ochrony
ubezpieczeniowej
ograniczyliśmy
więc do
niezbędnego
minimum. Reszta
zajmuje się izba.

lekarzy nie osiągniemy tych 20 czy 40 tys. zdeklarowanych, a od liczby wpisów zależy przecież wysokość składki. Idea, że im nas więcej, tym niższa składka, a odszkodowanie na takim samym poziomie, rozmywa się w tej aktywności.

A. Sawoni: Nie musimy usilnie zabiegać o zdeklarowanych, bo niezależnie od liczby ubezpieczonych poprzez program mamy umowę na 4 lata z PZU, z której wynika, że warunki pozostają takie same, a więc składka pozostaje na poziomie 18 zł miesięcznie. Sprawa wysokości wolumenów dotyczy prognoz – tego, jakie możemy jeszcze wynieść korzyści, gdyby liczba zdeklarowanych wzrosła.

G. Mazur: A co się dzieje, jeśli lekarze i lekarze dentyści mają już inne ubezpieczenie podstawowe, wypełniające wymóg określony rozporządzeniem Ministra Finansów? Czy mogą skorzystać z ubezpieczenia oferowanego przez program jako ubezpieczenia dodatkowego?

S. Apelski: To dobre pytanie, ponieważ pozwala uniknąć nieścisłości w tej kwestii. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że nie mogą. Jednak jeszcze nie spotkałem się z sytuacją, aby lekarz czy lekarz dentysta zapoznawszy się z programem, wybrał inne ubezpieczenie obowiązkowe niż oferowane w ramach składki członkowskiej. Pod warunkiem jednak, że poprzednie ubezpieczenie wygasło. W chwili ubezpieczenia się w systemie izbowym, ubezpieczenia w innych firmach mogą być jedynie dodatkowymi. Z ubezpieczeń dodatkowych za pośrednictwem programu mogą skorzystać tylko lekarze i lekarze dentyści, którzy z racji zatrudnienia na umowę o pracę nie podlegają ubezpieczeniu obowiązkowemu i rozporządzeniu Ministra Finansów. To ukłon w ich kierunku, by też zyskali z płaconej przez siebie składki członkowskiej na samorząd.

M. Klimkowska-Misiak: Jeśli dobrze rozumiem, każdy lekarz płacący składkę na samorząd lekarski jest w ramach tej składki objęty ochroną, a zaoszczędzone w ten sposób środki finansowe może np. przeznaczyć na wykupienie dodatkowych polis. Ma to szczególne znaczenie w specjalizacjach dużego ryzyka.

G. Mazur: To, że o ubezpieczeniach OC coraz więcej się mówi, podnosi świadomość lekarzy na temat odpowiedzialności za różne niechciane i nieprzewidziane zdarzenia.

A. Sawoni: Chcę zwrócić uwagę, że generalnie system ubezpieczenia podmiotów medycznych w Polsce jest w stanie katastrofalnym. Obecnie dyrektor szpitala – i to mogą powiedzieć z własnych doświadczeń – nie wie, na jaką kwotę ma ubezpieczyć szpital. Podstawowe ubezpieczenie to 2 mln euro, ale ile milionów ponadto? Wielki znak zapytania, bo dziś roszczenie w wysokości 3 mln jest czymś normalnym. Windowanie stawki jest absurdalne, ale PZU w to wchodzi – założyło Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, które dostało zgodę Nadzoru Finansowego i funkcjonuje. To jest ważne nie tylko dla szpitali, ale dla pojedynczych lekarzy zatrudnionych na kontrakcie i nawet jeśli szkody są pokrywane solidarnie, lekarz może wpaść w poważne finansowe tarapaty, bo system jest wadliwy. W momencie, kiedy opracowaliśmy nasz program ubezpieczenia ze składek członkowskich, staliśmy się dla PZU partnerem. To jest furtka do dalszych działań.

G. Mazur: Optowałbym za tym, aby ubezpieczenie OC było opłacane wszystkim lekarzom ze składki członkowskiej. Gdybyśmy wystąpili jako cały samorząd, uyskalibyśmy jeszcze lepsze warunki, dlatego uważam, że ta sprawa powinna być przedstawiona na najbliższym Zjeździe. ■

* Rozporządzenie
Ministra Finansów
z 22 grudnia
2011 r. w sprawie
obowiązkowego
ubezpieczenia
odpowiedzialności
cywilnej podmiotu
wykonującego
działalność leczniczą;
Dz.U. nr 293 poz. 1729.

Informacja

W związku z komentarzem kol. Jerzego Jakubiszyna, przewodniczącego Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich („GL”, 11/2015), przypominam, że warunki programu grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów, opłaconego ze składki na samorząd lekarski:

- spełniają normy uregulowane i wymagane przez rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. nr 293, poz. 1729). Dotyczą one każdego lekarza i lekarza dentyisty prowadzącego praktykę zawodową (tj. prowadzącego działalność gospodarczą, ustawowo zobowiązanego zatem do zawarcia umowy ubezpieczenia OC);
- obejmują ryzyka wynikające z udzielania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę, także takiego, który nie prowadzi praktyki w żadnej formie (tj. nie ma zarejestrowanej działalności gospodarczej). Taki lekarz i lekarz dentyista może przystąpić do programu organizowanego przez Izbę na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego OC z tytułu wykonywania zawodu (w tej grupie znaj-

dują się m.in. lekarze pracujący na umowach-zlecenie czy umowach o pracę).

W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Przystąpienie do programu ubezpieczenia organizowanego przez OIL w Warszawie nie ogranicza możliwości lekarza i lekarza dentyisty zawarcia we własnym zakresie dodatkowego ubezpieczenia OC (tzw. ubezpieczenia nadwyżkowe), które dla uczestniczących w programie są dostępne z 20-procentowym rabatem. Ubezpieczonym w programie przysługują również 20-procentowe zniżki na ubezpieczenia indywidualne (komunikacyjne, majątkowe).

Ubezpieczenie OC opłacone ze składki na samorząd, z którego korzystają członkowie OIL w Warszawie, to dobra, korzystna oferta dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Zachęcamy izby okręgowe do zapoznania się z programem.

Szczegółowe informacje o programie w izbowym miesięczniku „PULS” na www.oilwaw.org.pl. ■

Andrzej Sawoni
Prezes ORL w Warszawie

WYROK PRZED PROCESEM – niemożliwe? A jednak

Często zdarza się, że roszczenia pacjentów związane z błędami w procesie leczenia są przez lekarzy bagatelizowane. Rzeczywiście, wiele takich roszczeń to efekt aktywności kancelarii odszkodowawczych. Warto jednak zawiadomić swojego ubezpieczyciela o każdym takim roszczeniu, nawet jeśli jesteśmy przekonani o swojej niewinności.



Choroba

Mężczyzna w wieku 48 lat, stale pod opieką lekarzy w związku z cukrzycą i schizofrenią, zgłosił się do swojej przychodni z objawami silnych bólów pleców w odcinku piersiowo – lędźwiowym. Lekarz pierwszego kontaktu zdiagnozował zapalenie korzonków, jednak po miesiącu leczenia objawy nasiliły się. Kolejne badania wykazały skrzywienie kręgosłupa, ograniczoną ruchomość ręki prawej, zalecono badanie moczu, morfologię i RTG kręgosłupa.

Dramat

Kilka dni po wykonaniu badań pacjent doznał nagłego urazu kręgosłupa, który spowodował niedowład kończyn dolnych z zaburzeniami czucia od pasa w dół. W szpitalu zdiagnozowano ropne zapalenie krążka międzykręgowego th8-th9. Po 4 miesiącach pobytu w szpitalu pacjent został wypisany z porażeniem kończyn dolnych, sznurowym zaburzeniem czucia od th10. Porusza się na wózku i jest sparaliżowany od pasa w dół.

Opinia biegłych

Pacjent zgłosił do INTER roszczenia odszkodowawcze oparte na założeniu, że jego stan zdrowia jest konsekwencją zaniedbań w procesie diagnozowania.

Po zebraniu stosownej dokumentacji ubezpieczyciel odrzucił żądania pacjenta. W opinii biegłego lekarzowi nie można przypisać wad postępowania, poza drobnymi lukami w dokumentacji. Co więcej, biegły stwierdził, że lekarka wykazała czujność medyczną, zlecając RTG kręgosłupa oraz kierując Poszkodowanego na hospitalizację.

Przyczyną obecnego stanu zdrowia pacjenta jest rzadkie schorzenie: ropne zapalenie kręgosłupa. Często przebiega ono skrycie, nie dając charakterystycznych objawów i może być mylone z innymi chorobami. Rozpoznanie schorzenia jest możliwe jedynie po wykonaniu badań dodatkowych, np. rezonansu magnetycznego, których nie wykonuje się rutynowo u pacjentów z podobnymi dolegliwościami.

Zabezpieczenie roszczenia

Reprezentowany przez kancelarię prawną pacjent złożył pozew przeciwko lekarzom placówki i TU INTER Polska S.A. Zażądał odszkodowania, zadośćuczynienia oraz renty w łącznej wysokości ok. 300.000 PLN oraz udzielenia zabezpieczenia roszczenia w postaci renty 4000 PLN miesięcznie do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia roszczenia.

Sąd postanowił udzielić zabezpieczenia powodowi, zasądzając na czas trwania postępowania kwotę 2700 PLN miesięcznie tytułem renty, płatne z góry do 10. dnia każdego miesiąca.

Argumentacja sądu:

- Okoliczności pozostające u podstaw zabezpieczenia zostały częściowo uprawdopodobnione.
- Jeszcze przed zbadaniem czy zachodzą przesłanki odpowiedzialności, przed oceną dokumentacji i stanu zdrowia pacjenta przez biegłych – powód uprawdopodobnił materialno-prawne przesłanki odpowiedzialności pozwanych.
- Na tym etapie postępowania nie można wykluczyć, że postępowanie dowodowe wykaże rację powoda. To zaś przesądza o uznaniu, że co do zasady roszczenie jest „uprawdopodobnione”.

Przypomnijmy: nadal wielu lekarzy lub szefów placówek nie zgłasza się do swego ubezpieczyciela, nawet po rozpoczęciu procesu. Słyszymy od nich, że są przekonani o bezzasadności skierowanych do nich roszczeń. Lekarze oskarżeni przez tego pacjenta postąpili inaczej - zgłosili się do INTER i dzięki temu uniknęli sytuacji, w której sąd zobowiązałby ich do wypłacania z własnych środków powołanej renty jeszcze przed rozstrzygnięciem o odpowiedzialności.



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

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
Towarzystwo
Ubezpieczeń
INTER Polska S.A.

Sąd postanowił udzielić zabezpieczenia powodowi, zasądzając na czas trwania postępowania kwotę 2700 PLN miesięcznie tytułem renty, płatne z góry do 10 dnia każdego miesiąca.

**Katarzyna
Strzałkowska**

Samorząd medialnie

Każdego dnia do samorządu lekarskiego trafiają materiały prasowe, które są na bieżąco analizowane, uzupełniane, komentowane przez rzeczników prasowych izb lekarskich, wśród których są osoby niebędące lekarzami lub lekarze, którzy postanowili wziąć na siebie reprezentowanie środowiska przed mediami.

W Naczelnej Izbie Lekarskiej funkcja rzecznika prasowego istnieje od dwudziestu lat, od kilku lat wspierany jest przez współpracowników z biura prasowego. W kilku izbach okręgowych – Warszawie, Łodzi, Katowicach – działalność rzecznika prasowego to też długoletnia tradycja. Tu na rzeczników prasowych wybierano raczej osoby spoza środowiska lekarskiego. W innych tę funkcję przejmowali lekarze. W kilku izbach obowiązki rzecznika sprawują redaktorzy naczelni izbowych biuletynów. Tak jest w OIL w Lublinie, w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, w Kujawsko-Pomorskiej Izbie Lekarskiej i OIL w Białymstoku. W pozostałych izbach lekarskich w: Bielsku-Białej, Bydgoszczy, Częstochowie, Gdańsku, Gorzowie Wlkp., Kielcach, Koszalinie, Krakowie, Olsztynie, Opolu, Płocku, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Tarnowie i Zielonej-Górze zadania rzeczników prasowych wzięli na siebie Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich. W Wojewódzkiej Izbie Lekarskiej rzecznikiem prasowym został wiceprezes ORL.

Temat na lata

Takie materiały jak te, które ukazały się ostatnio w mediach, czyli dotyczące klauzuli sumienia, nie przychodzą łatwo i nie przychodzą same. Temat praw dla lekarzy trzeba wywołać, zainicjować, zająć się nim na różnych szczeblach, ale przede wszystkim nagłośnić w taki sposób, aby media chciały go opisać. Do tego potrzebna jest decyzja Naczelnej lub Okręgowej Rady Lekarskiej, a następnie grono ludzi chcących organizować konferencje prasowe, briefingi, spotkania z dziennikarzami. Potrzebni są sprawnie piszący ludzie, którzy jeden temat będą potrafili przerobić na kilka, a czasem kilkanaście różnych sposobów: do przekazów prasowych, „setek” telewizyjnych, wywiadów radiowych, na stronę internetową.

Temat klauzuli sumienia przetaczał się przez media dość długo: po opublikowaniu informacji o liście prezesa NRL do europarlamentarzystów w artykule „Aborcja, sumienie, prawo” na pierwszej stronie „Gazety Wyborczej” (10.2010). Kwestię sumienia kojarzono z samorządem lekarskim, dlatego też po opublikowaniu kolejnego obszernego materiału to prezes NRL był proszony o komentarz w sprawie. Tym razem kwestia dotyczyła stanowiska Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk (11.2013). W mediach zawrzało, bo stanowiska PAN i NRL były rozbieżne. Dla mediów rozbieżność stanowisk i to w dodatku w tak delikatnej, społecznej materii to rewelacja. Kiedy Naczelna Rada Lekarska oddała sprawę do Trybunału Konstytucyjnego

(03.2014), temat znowu odżył. Trzy miesiące później wybuchła tzw. sprawa prof. Chazana. Choć wniosek do Trybunału został złożony wcześniej – media łączyły wątki (łączy je do dzisiaj – w listopadzie br. NIL wystąpiła z wnioskiem o sprostowanie do tygodnika „Polityka”). Kilka miesięcy później w sprawie wypowiedział się Marszałek Sejmu RP (02.2015) – depeszę PAP trzeba było wyjaśniać, gdyż Marszałek wysłał do Trybunału Konstytucyjnego stanowisko niezgodne z opinią Komisji Ustawodawczej Sejmu RP, która zgadzała się ze zdaniem samorządu. W kolejnych miesiącach stanowisko w sprawie wniosku NRL zajął Prokurator Generalny (03.2015). Dwa miesiące później prokuratura umorzyła tzw. sprawę prof. Chazana. Następnie (07.2015) do NIL wpłynęło pismo informujące o wyznaczeniu terminu sprawy przez Trybunał w pełnym składzie w dniu 7 października 2015 r. Sprawa została przez NRL wygrana w dwóch zakresach związanych z odmową przez lekarza udzielania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia. Na każdym etapie tej sprawy media wielokrotnie zwracały się do rzecznika prasowego lub biura prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o materiały dotyczące sprawy i komentarze Prezesa NRL lub wyznaczonych przez niego osób. Dzięki sprawnie prowadzonej polityce medialnej społeczeństwo miało możliwość dowiedzieć się o prawie lekarzy do odmowy wykonania niektórych świadczeń ze względu na klauzulę sumienia.

Gałęzie informacji

Samorząd lekarski od lipca 2012 r. zabiegał o uregulowanie procedur dotyczących badań lekarskich kierowców. Chodziło o składanie przez lekarzy zawiadomień do organu wydającego prawo jazdy o konieczności dokonania oceny predyspozycji zdrowotnych pacjenta, u którego stwierdzono przypadek wystąpienia epizodu ciężkiej hipoglikemii albo przypadek wystąpienia napadu o symptomatologii padaczkowej lub podejrzenie albo istnienie padaczki. Zdaniem samorządu lekarskiego taka procedura naruszała tajemnicę lekarską. By jednak mogło się cokolwiek zmienić w rozporządzeniu o tajemnicy lekarskiej, trzeba było zacząć głośno o tym mówić. Stało się tak za sprawą pism, jakie wychodziły od prezesa NRL do ministra zdrowia w sprawie badań kierowców. Pisma mogłyby zapomniane leżeć w szufladzie, gdyby nie ważna gałąź polityki informacyjnej NIL, jaką jest strona internetowa, prowadzona przez rzecznika prasowego i biuro prasowe. Publikacja tej korespondencji posłużyła wzbudzeniu dyskusji publicznej na temat tajemnicy lekarskiej.

Tematy, które Naczelna Rada Lekarska porusza w swoich stanowiskach nie zawsze mogą być ciekawe dla dziennikarzy. Zazwyczaj najciekawsze tematy, które wymagają pilnej reakcji samorządu podsyła samo życie.

Po prawie dwóch latach prowadzenia korespondencji z resortem zdrowia, kontrowersyjny zapis, a przede wszystkim zły dla lekarzy, wycofano.

Interwencje

Tematy, które Naczelna Rada Lekarska porusza w swoich stanowiskach nie zawsze mogą być ciekawe dla dziennikarzy. Zazwyczaj najciekawsze tematy, które wymagają pilnej reakcji samorządu podsyła samo życie. Kiedy w szpitalu umiera dziecko po długim oczekiwaniu na przyjęcie, kiedy umiera pacjent, bo nie wykonano mu odpowiedniego badania, gdy pomiędzy pacjentem i lekarzem lub lekarzem i jego kierownikiem zabrakło porozumienia, gdy lekarze nie godzili się na warunki pracy, gdy... Przypadki można by mnożyć. Gdy to się wydarza, bardzo trudno jest ocenić bez dogłębnego zbadania, kto w danej sytuacji jest skrzywdzony – pacjent czy lekarz. Jeżeli lekarz nie zawinił, bo problem powstał na skutek błędów organizacyjnych lub systemowych – to zostanie skrzywdzony wcześniejszymi doniesieniami medialnymi, w przypadku których rzadko występuje domniemanie niewinności. Śmierć dziecka jest sprawą tak bolesną dla rodziców, że większość ludzi zawsze stanie po ich stronie. O komentarz w takich przypadkach najczęściej proszeni są lekarze, którzy uczestniczyli w leczeniu dziecka, dyrektor lub rzecznik prasowy jednostki, której sprawa dotyczy. Media kierują swoje pytania także do prokuratury okręgowej i okręgowej izby lekarskiej. Według prawa prasowego informacji w imieniu jednostek organizacyjnych są obowiązani udzielać kierownicy tych jednostek, ich zastępcy, rzecznicy prasowi lub inne upoważnione osoby, oczywiście w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie. Dlatego też dobrze jest, gdy w każdej izbie lekarskiej reprezentującej lekarzy i lekarzy dentystów, funkcjonuje rzecznik prasowy, który w takich sytuacjach przygotowuje wypowiedzi do mediów po natychmiastowych konsultacjach z prezesem Rady Lekarskiej (chyba że on sam przejął funkcję rzecznika), Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącym Sądu Lekarskiego, Rzecznikiem Praw Lekarza. Konsultacja z tym ostatnim ma szczególne znaczenie, jeżeli lekarz został skrzywdzony przez pacjenta.

Przypadki zdarzeń, które nastąpiły lub które mogą nastąpić, są omawiane na spotkaniach rzeczników prasowych izb lekarskich zainicjowanych przez Naczelną Izbę Lekarską.

Zadania rzecznika prasowego

W polskim prawie organizacja i zadania rzecznika prasowego zapisane są w odniesieniu do rzeczników prasowych w urzędach organów administracji rządowej, w tym rządu, ministra i wojewody. Zadaniami rzecznika ujętymi w stosownym rozporządzeniu są m.in.: wyjaśnianie polityki, w tym wydawanie oświadczeń i publiczne prezentowanie podejmowanych działań, komentowanie wydarzeń krajowych i zagranicznych dotyczących polityki; udzielanie odpowiedzi na publikacje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, a także materiały rozpowszechniane w innych środkach masowego przekazu, dotyczące działalności, w tym zwłaszcza na krytykę i interwencję prasową; przekazywanie komunikatów urzędowych; zapewnienie współdziałania służb odpowiedzialnych za realizację zadań z zakresu polityki informacyjnej. Powołując w izbie lekarskiej rzecznika prasowego, można wzorować się na tych zadaniach. W samorządzie toczy się dyskusja, co może mieć wpływ na lepszy wizerunek lekarza w mediach. Na bieżąco wyjaśniane są publikacje niekorzystne dla środowiska lekarskiego. Na konferencjach prasowych organizowanych w Naczelnej Izbie Lekarskiej informujemy i edukujemy media w zakresie różnych tematów, jak np.: lekarz i jego odpowiedzialność w systemie ochrony zdrowia, Kodeks Etyki Lekarskiej, komunikacja lekarza z pacjentem, doskonalenie zawodowe lekarzy i czas ich pracy, możliwości skrócenia kolejek w placówkach medycznych, problemy dotyczące realizacji pakietu onkologicznego, zbyt pospieszne decyzje ministra, pomijanie opinii pacjentów i lekarzy.

Współpraca z mediami jest tematem bardzo szerokim i niełatwym. Media szukają sensacji, bo ta sprzedaje się najlepiej. Choć rzecznicy prasowi na bieżąco reagują na krzywdzące lekarzy publikacje lub starają się im zapobiegać, przekazując rzetelnie przygotowane materiały prasowe, ukazujące merytoryczne stanowisko w sprawie, niestety niejednokrotnie pogoń za sensacją wygrywa z rzetelnością dziennikarską. ■

W samorządzie toczy się dyskusja, co może mieć wpływ na lepszy wizerunek lekarza w mediach. Na bieżąco wyjaśniane są publikacje niekorzystne dla środowiska lekarskiego.

Brońcie nas

Jestem lekarzem anesteziologiem i mam jedno pytanie dotyczące wszystkich lekarzy, kiedy i kto w końcu wystąpi w naszym imieniu i zacznie nas bronić przed mediami, które ciągle nas opluwają, zaskarżają, straszą sądami, wytaczają procesy sądowe przeciwko nam, lekarzom którzy zamiast pracować i ratować życie ludzkie marnują czas u prokuratora, bo komuś obniżyła się stopa życiowa z powodu śmierci w szpitalu chorej na raka żony.

Czy ktoś nas w ogóle w NIL broni?

Wybierając studia medyczne byłam pewna, że

będę pomagała chorym ludziom, ale po latach pracy okazało się, że w każdej chwili mogę być „przestępcą”. Żenada.

Strach iść do pracy, podejmować decyzje, leczć, rozmawiać z rodziną o stanie pacjenta, bo za kilka dni rodzina, brat, siostra, mąż, kuzyn zmarłego z powodu przewlekłej choroby już pędzi do archiwum po dokumentację leczenia, pojawia się prawnik, prokurator, a wszystko to po to, by a może ktoś się oskarży i wyrwie się trochę kasy od szpitala lub lekarza.

Proszę bróńcie nas, a nie piszcie tylko, jaki lekarz wygrał turniej w biegu na 100 m.

Pozdrawiam i czekam na odpowiedź.

List
do redakcji

Lekarka

(imię i nazwisko do
wiadomości redakcji)



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Zakochajmy się
w życiu tak szaleńczo
i na całego, bez
względu na to,
ile mamy lat i bez
odrobiny lęku. Niech
to będzie miłość
doskonała, która
pozwoli nam być
szczęśliwymi, bo
przecież taka miłość
wyklucza lęk.

Magiczne hamowanie

Naprawdę żyje tylko ten, kto nieustannie cieszy się z życia

Menander

Zbliżają się Święta. To czas radosnego oczekiwania na przyjście nowego życia. Magia ogarnia wszystkich ludzi i zawsze łączy się z nadzieją i wiarą na spełnienie marzeń oraz oczekiwań na lepsze życie w Nowym Roku.

W grudniowym świecie ogarniętym szybko zapadającym mrokiem i chłodem pragniemy radości i światła, nawet jeśli będzie ono tylko świecącymi lampkami na kolorowej choince. Czy potrafimy jednak i czy jeszcze umiemy cieszyć się życiem? Czy jesteśmy zdolni odrzucić swoją zależność i kurczowe trzymanie się innych osób, a dokładnie – ich oczekiwań? Pozbyć się napięcia i panowania nad strachem przed niewiadomą przyszłością i tak po prostu być sobą?

Czasem jesteśmy przepełnieni tak negatywnymi emocjami, że niszczą one radość i efektywność działania, nie pozwalają spojrzeć na świat z dystansem. Zamiast żyć w ciągłym złym uzależnieniu, postaramy się znaleźć przyczyny tych uczuć. Życia trzeba się nauczyć, gdyż nikt za nas tego nie zrobi ani w szkole, ani na studiach, ani w pracy. Sami musimy znaleźć sposób, jak czerpać radość i umieć przekazać ją drugiemu człowiekowi.

Obserwuję to, co się dzieje na świecie, ale także i w moim kraju. Nie potrafię zrozumieć, dlaczego jest tak wiele zła, dlaczego ludzie są tak bardzo uzależnieni od innych i bezwolni. Nawet nie próbują zastanowić się ani uświadomić sobie motywów własnego działania, a jedynie mechanicznie przejmują zalecenia tych, od których są i chcą być zależni. Bo chyba jest im łatwiej i wygodniej przyjmować od innych przekonania, dążenia i sposób ich realizacji, nie myśląc o konsekwencjach w przypadku niepowodzeń.

Kurczowe trzymanie się innych to przecież życie w ciągłym strachu przed odpowiedzialnością w szkole, pracy czy w rodzinie. Ten strach nie pozwala być sobą. Postępowanie według oczekiwań innych ludzi zabija radość i szczęście. W sytuacjach, kiedy tracimy kogoś lub coś, od czego jesteśmy zależni, zawala się nasz świat. Przestajemy myśleć i nawet nie próbujemy zastanowić się nad motywami

naszego działania – tylko czy aby na pewno naszego?

Zgodnie z głoszonymi poglądami dzielimy ludzi na dobrych i złych, nie tolerujemy innych poglądów, religii czy przekonań, gdyż uznajemy za jedyne i słuszne te, które nami rządzą. W takim permanentnym uzależnieniu pędzimy bez zastanowienia, a potem dziwimy się, że jest tyle zła i skąd się bierze tyle nietolerancji.

Pewien mądry człowiek powiedział, że takie życie to jak jazda samochodem bez hamulców i ja w pełni się z tym stwierdzeniem zgadzam. Właśnie teraz, na zakończenie minionego roku, włączmy hamulce i przystopujmy. To jest czas na przemyślenia, wnikliwą ocenę i odnalezienie motywów własnego działania. Nie rozczulajmy się nad sobą i nie dzielimy ludzi na dobrych i złych.

Czy mówimy, że słońce jest złe lub dobre? Ono dla jednych i drugich świeci tak samo, dla jednych i drugich tak samo pada deszcz albo śnieg. Czy twierdzimy, że powietrze, którym wszyscy oddychamy, jest złe lub dobre? Owszem, twierdzimy, przecież może być mniej lub bardziej zanieczyszczone. Kiedy tak jest, trzeba je oczyścić, by spokojnie i bezpiecznie oddychać. Wyrzucmy z naszych myśli negatywne uczucia. Nie obwiniajmy za ich istnienie nikogo, gdyż one są w nas i sami musimy pozbyć się ich ze swojego umysłu. Nie robi tego za nas szef, mąż, żona czy przyjaciel, którzy według teorii zależności powinni urządzić dla nas wygodne życie. Wyzwólmy się z uzależnienia i zrobmy coś wspólnie, bez uprzedzeń i wygórowanych oczekiwań. Nie wychodźmy z założenia, że takie postępowanie będzie poświęceniem się dla innych, przecież robimy to dla siebie.

Wszyscy chcemy być szczęśliwi, tak jak wtedy, kiedy jesteśmy zakochani. Zakochajmy się w życiu tak szaleńczo i na całego, bez względu na to, ile mamy lat i bez odrobiny lęku. Niech to będzie miłość doskonała, która pozwoli nam być szczęśliwymi, bo przecież taka miłość wyklucza lęk. Odczuwamy satysfakcję i radość, którą potrafimy podzielić się z innymi, tak jak przy wigilijnym stole dzielimy się z najbliższymi opłatkiem. ■

Farmakoterapia bólu – analgetyki nieopioidowe: tak, ale...

Nieopioidowe leki przeciwbólowe (NLPB), do których zaliczamy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), paracetamol oraz metamizol są jednymi z najpowszechniej stosowanych leków w farmakoterapii bólu. W Polsce wydajemy miliardy złotych na reklamowane w telewizji preparaty. Warto jednak pamiętać, że wykazują one skuteczność jedynie wtedy, gdy natężenie bólu nie przekracza wartości 4 w skali numerycznej (NRS, gdzie 0 to brak bólu, a wartość 10 to ból najgorszy, jaki możemy sobie wyobrazić).

Polska rzeczywistość leczenia bólu wskazuje niestety, że NLPZ są stosowane także u pacjentów, u których natężenie bólu przekracza 4 w skali NRS. W niektórych przypadkach to niejako forma ucieczki i odwlekania decyzji o włączeniu słabych lub silnych opioidów, które to właśnie dedykowane są do leczenia bólu o natężeniu umiarkowanym do silnego (powyżej 4 w skali numerycznej). Możliwość stosowania dzisiaj NLPZ, które wykazują efekty pleiotropowe, takich jak deksketoprofen, nimesulid, lornoksykam czy ibuprofen poszerza oczywiście spektrum zastosowań, jednak nie powoduje, że stają się skuteczne w monoterapii bólu o natężeniu NRS>4.

Niestety nieopioidowe leki przeciwbólowe charakteryzują się tzw. efektem pułapowym, który oznacza, że powyżej pewnej dawki nie obserwujemy już przyrostu działania przeciwbólowego i przeciwzapalnego, a jedynie wzrasta ryzyko występowania działań niepożądanych. Zapominamy, że NLPZ plasują się w pierwszej dziesiątce leków, które są przyczyną hospitalizacji z powodu polekowych działań niepożądanych. Co więcej, jeżeli przed zastosowaniem u pacjenta NLPZ nie wykluczmy istniejących u niego przeciwwskazań i ograniczeń do ich stosowania, to na 100 000 osób w populacji ogólnej zgon z powodu powikłań indukowanych przez te leki może nastąpić w 15,3 przypadkach.

NLPZ, głównie z uwagi na zmianę w zakresie syntezy prostanoidów, mogą indukować objawy niepożądane - w tym ciężkie - ze strony układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek. W wyniku zastosowania NLPZ może dochodzić do poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych. W badaniach klinicznych wykazano możliwość indukowania poważnych zdarzeń naczyniowych (0,82%), zawału serca niezakończonych zgonem (0,28%), jakiegokolwiek rodzaju zawału serca (0,33%), jakiegokolwiek rodzaju udaru mózgu (0,36%), niewydolności serca (0,26%), krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego (0,14%), jakiegokolwiek poważnego powikłania żołądkowo-jelitowego (0,19%). Jedno z najwyższych ryzyk występowania ciężkich powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego jest związane ze stosowaniem diklofenaku i aceklo-

fenaku, które nie powinny być ordynowane u pacjentów po przebytych mózgowych incydentach naczyniowych oraz po zawale serca. Leków tych nie należy podawać także u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca, zaburzeniami krążenia obwodowego oraz w przypadku ciężkiej postaci nadciśnienia tętniczego. W chwili obecnej zdefiniowano 5 istotnych czynników ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego w grupach pacjentów stosujących NLPZ. Należą do nich:

- 1) stopień wybiórczości względem COX-2
- 2) wpływ leku na skurczowe ciśnienie tętnicze
- 3) okres półtrwania leku
- 4) dawka leku
- 5) interakcja z kwasem acetylosalicylowym (ASA) u chorych obciążonych największym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Istotnym powikłaniem jest także ostry krwotok ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, a ryzyko jego wystąpienia jest zróżnicowane w grupie NLPZ. Nie należy jednak zapominać, że śmiertelność w tym powikłaniu plasuje się na poziomie 10,6%. Oczywiście w celu ograniczenia tego powikłania możemy w wybranych przypadkach stosować gastroprotekcję przy użyciu inhibitorów pompy protonowej, jednak połączenie to z kolei powoduje dysbakteriozę w jelitach, a także paradoksalnie nasila ryzyko uszkodzenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego (enteropatie).

Warto pamiętać, że NLPZ mogą indukować także hepatopatie, co wynika z faktu, że większość z nich osiąga wysokie stężenie w wątrobie oraz drogach żółciowych. Z kolei nefropatia po NLPZ jest związana z profilem cyklooksygenazowym leku, czasem stosowania, wiekiem pacjenta, a także okresem półtrwania stosowanego leku. Nefropatia indukowana NLPZ może także być potęgowana przez odwodnienie, czy też stosowanie jednocześnie leków działających na układ renina-angiotensyna-aldosteron w połączeniu z diuretykami, zwłaszcza pętlowymi.

Przed 2 miesiącami ukazały się polskie zalecenia dotyczące stosowania silnych analgetyków opioidowych u pacjentów z bólem nie towarzyszącym chorobie nowotworowej. Przełamują one nadal powszechną opioidofobię, wskazując na wysoką skuteczność tej grupy leków i obiektywnie omawiając ich potencjalne zagrożenia, które mogą występować podczas stosowania przewlekłego. Opioidy są opcją terapeutyczną u pacjentów, u których natężenie bólu przekracza 5 w skali NRS, o ile nie istnieją przeciwwskazania do ich stosowania. Warto zauważyć, że leki te mogą być kojarzone z NLPZ, zwłaszcza w bólu zapalnym, co często skutkuje oczekiwaną synergia w działaniu, przekładając się na skuteczniejsze wyniki postępowania terapeutycznego.

Dr n. med.
Jarosław
Woroń

farmakolog
kliniczny

Klinika
Intensywnej
Terapii
Interdyscyplinarnej UJ CM
Kraków

Zakład
Farmakologii
Klinicznej Katedry
Farmakologii
Wydziału
Lekarskiego UJ
CM Kraków

Uniwersytecki
Ośrodek
Monitorowania
i Badania
Niepożądanych
Działań Leków

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.



**Anna
Śpiałek**

Członek
Komisji NRL
ds. Współpracy
Międzynarodowej

**Anna
Lella**

Prezydent-elekt
ERO-FDI

Określenie profilu
zawodu higienistki
nie jest proste
ze względu na
zróżnicowaną
sytuację tej profesji
w Europie, zarówno
pod względem
wykształcenia,
kompetencji, jak
i modelu pracy.

Delegowanie tak, zastępowanie nie – możliwości i kompetencje higienistki stomatologicznej

W mijającym roku wielokrotnie wymieniano poglądy i zmieniano koncepcje na temat roli higienistki stomatologicznej. Sprawą otwartą wciąż pozostaje kwestia dotycząca modelu jej pracy i kompetencji. Warto się przyjrzeć, jak ten zawód praktykowany jest w innych krajach europejskich.

Zawód higienistki stomatologicznej był ostatnio w centrum uwagi najważniejszych europejskich organizacji dentystycznych – Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI) i Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) – których nadrzędnym celem jest promowanie wysokich standardów opieki stomatologicznej i praktyk zawodowych zapewniających bezpieczeństwo pacjenta. Higienista to także jedna z profesji objętych tzw. wzajemną oceną zawodów regulowanych, prowadzoną przez Komisję Europejską we współpracy z państwami członkowskim UE, której celem jest dokonanie przeglądu regulacji prawnych związanych z danym zawodem regulowanym.

Z uwagi na to, że zawód higienistki nie należy do tzw. zawodów sektorowych, czyli zawodów objętych automatycznym uznawaniem kwalifikacji w ramach UE, co do których obowiązuje harmonizacja w zakresie wymogów kształcenia, stąd starania lekarzy dentystów o określenie standardu wykształcenia i zakresu obowiązków dla tej profesji, bowiem jest ona ważnym elementem zespołu stomatologicznego.

Określenie profilu zawodu higienistki nie jest proste ze względu na zróżnicowaną sytuację tej profesji w Europie, zarówno pod względem wykształcenia, kompetencji, jak i modelu pracy.

Według ankietowanych

Aby lepiej zrozumieć poziom możliwości i kompetencji higienistki stomatologicznej, warto prześledzić wstępne wyniki badania przeprowadzonego w tym roku przez grupę roboczą CED ds. Edukacji i Kwalifikacji Zawodowych. Odpowiedzi na rozсланą ankietę nadeszły z 21 krajów europejskich.

Z ankiety wynika, że różnice dotyczą nie tylko zakresu kompetencji zawodowych higienistek, ale także tego, czy w poszczególnych państwach ten zawód w ogóle funkcjonuje. Jak wynika z odpowiedzi respondentów, w takich państwach jak m.in. Austria, Bułgaria, Cypr, Grecja zawód higienistki formalnie nie istnieje.

Oczywiście nie oznacza to, że w krajach tych lekarze pracują bez personelu pomocniczego, jednak profesja ta nazywa się tam nieco inaczej.

W większości ankietowanych państw, w których profil zawodowy higienistki występuje, pracuje ona pod nadzorem lekarza dentysty, a jedynie w sześciu krajach także samodzielnie, jednak w różnym zakresie autonomii. U naszych południowych sąsiadów, w Czechach, higienistki pracują samodzielnie w zakresie edukacji związanej z higieną jamy ustnej, natomiast inne prace wykonują już pod nadzorem lekarza dentysty. W Danii posiadają uprawnienia do pracy samodzielnej, przy czym około 10-20 osób ma własną prywatną praktykę, reszta, tj. około 2 tys., jest zatrudniona w placówkach prywatnych i publicznych. Podobnie jest w Szwajcarii, gdzie higienistki stomatologiczne pracują w obu kategoriach podmiotów leczniczych.

Także w Szwecji i Norwegii higienistki mogą pracować samodzielnie. W Norwegii mają pozwolenie na pracę zgodnie z prawem o personelu medycznym i mogą wykonywać pracę samodzielnie we własnych praktykach, ale w granicach swojego wykształcenia oraz według zasad odpowiedzialności zawodowej. W Szwecji od 1991 r. obowiązują zasady praktyk licencjonowanych, dające higienistkom uprawnienia do decydowania o terapii, oczywiście w zakresie ich kompetencji, również wyznaczonych prawem.

Kompetencje

Zakres kompetencji higienistek w poszczególnych krajach znacznie się różni. W większości głównym zadaniem higienistek jest szeroko pojęta profilaktyka jamy ustnej oparta na edukacji zdrowotnej oraz wykonywaniu czynności klinicznych, takich jak: usuwanie płytki nazębnej, skaling naddziąsłowy czy aplikacja materiałów profilaktycznych. W niektórych krajach do obowiązków tych dochodzą: przeprowadzanie diagnostyki stomatologicznej, nadzór nad dokumentacją, zakładanie i usuwanie tymczasowych wypełnień, wykonywanie zdjęć rtg, podawanie

znieczulenia, jak również osadzanie poluzowanych koron protetycznych.

W Finlandii higienistki mogą wykonywać pewne prace w ortodoncji zlecone przez lekarza dentyście, a w Holandii opracowują ubytki w próchnicy początkowej. W Danii prawo zezwala delegować je do wszelkiego rodzaju prac wykonywanych pod nadzorem lub na pisemne zlecenie lekarza dentystry, natomiast w Norwegii, choć higienistki mogą pracować samodzielnie, nie wolno im wykonywać zabiegów nieodwracalnych.

Wyniki ankiety uwidoczniły, jak bardzo zróżnicowane są kompetencje higienistek stomatologicznych w Europie. Lekarze dentyści z ERO-FDI postanowili więc opracować profil zawodowy dla tej profesji, mając na uwadze nie tylko tak ważne zagadnienie jak bezpieczeństwo pacjenta, ale również poprawę relacji zespołu stomatologicznego z pacjentami. Rezultat tych prac jest treścią rezolucji ERO-FDI przyjętej podczas tegorocznej wiosennej sesji plenarnej.

Rezolucja ERO-FDI

Zgodnie z opracowanym przez ERO-FDI profilem, wykształcenie higienistki obejmuje roczny staż jako asysty, uzupełniony co najmniej o 300 godz. nauki i szkolenia prowadzonego przez akredytowany podmiot szkolący. Koordynatorem edukacji powinna być osoba z doświadczeniem pedagogicznym w sektorze medyczno-stomatologicznym. Pomieszczenia do zajęć teoretycznych oraz pomoce naukowe muszą spełniać wymogi określone prawem, a także umożliwiać pracę na podstawowych urządzeniach znajdujących się w gabinecie stomatologicznym. Szkolenie zawodowe kończy się egzaminem teoretycznym i praktycznym, zdawanym przed właściwą komisją.

Ukończenie takiego szkolenia daje higienistkom uprawnienia do pracy zarówno w publicznych, jak i prywatnych praktykach stomatologicznych, lecz wyłącznie pod nadzorem lekarza dentystry, ponieważ nie posiadają one niezbędnych kompetencji do postawienia pełnej diagnozy. Od higienistek stomatologicznych oczekuje się również kształcenia ustawicznego zgodnie z wymogami danego kraju, w którym wykonują zawód.

Przed wszystkim zespół

Ponieważ opieka stomatologiczna to złożone procesy lecznicze i ryzyko związane z zabiegami, oczywiste jest, że wymaga odpowiedniego wykształcenia i wiedzy medycznej, by prawidłowo diagnozować, planować i wdrażać terapię. Wszyscy członkowie zespołu stomatologicznego powinni zaś wykonywać swoją pracę zgodnie z kwalifikacjami i używać tylko tych tytułów, które są zatwierdzone przez właściwy organ w kraju wykonywania zawodu. Lekarze dentyści kierują zespołem i jedynie oni decydują, które z interwencji powinny być delegowane członkom zespołu stomatologicznego.

Jedynym profesjonalistą o pełnych kompetencjach, ponoszącym odpowiedzialność za zdrowie jamy ustnej i bezpieczeństwo pacjenta we wszystkich krajach UE pozostaje lekarz dentyista. Ma on

wiodącą rolę w zespole, by zapewnić najwyższej jakości opiekę stomatologiczną.

Podsumowując: reguła „Delegowanie tak, zastępowanie nie” to nadrzędna zasada profilu zawodu higienistki.

W Polsce

Higienistka stomatologiczna to zawód wpisany do klasyfikacji profesji w obrębie szkolnictwa zawodowego i osoby, które chcą go wykonywać, muszą odbyć dwuletnie szkolenie zakończone dyplomem szkoły policealnej lub trzyletnie studia licencjackie. Zakres uprawnień zawodowych higienistki jest szerszy niż asystentki stomatologicznej, a rozporządzenie MEN z dnia 7 lutego 2012 r. określa następujące zadania zawodowe, do których powinien być przygotowany absolwent szkoły kształcącej w zawodzie higienistka stomatologiczna: • przygotowywanie gabinetu i stanowiska pracy lekarza dentystry oraz bieżąca konserwacja sprzętu; • organizowanie prac związanych ze świadczeniem usług z zakresu stomatologii; • wykonywanie czynności administracyjnych i prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem gabinetu dentyistycznego; • wykonywanie wstępnych badań stomatologicznych i zabiegów profilaktyczno-leczniczych pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentystry; • prowadzenie stomatologicznej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w różnych środowiskach. ■

„Delegowanie tak, zastępowanie nie” to nadrzędna zasada profilu zawodu higienistki.



**Prof. dr hab.
n. med.
Marzena
Dominiak**

Przewodnicząca
Komitetu Naukowego
Kongresu FDI'16

Zaproszono
już około
100 wykładowców,
którzy w ponad
23 różnych
tematycznie
sesjach będą
prezentowali
współczesną myśl
stomatologiczną.

Takiego kongresu jeszcze nie było

Międzynarodowy Kongres FDI, który odbędzie się w dniach 7-10 września 2016 r. w Poznaniu, będzie spotkaniem dla wszystkich stomatologów, higienistek stomatologicznych, asystentek, techników dentystycznych, a także personelu klinik i gabinetów stomatologicznych.

Wydarzenie to podzielone zostało na trzy główne części: spotkanie Światowego Parlamentu Dentystycznego, konferencję naukową oraz targi stomatologiczne. Elementem łączącym wszystkie jest fakt, że w jednym miejscu i czasie spotkają się lekarze stomatolodzy i przemysł dentystyczny z całego świata.

Część naukowa to jeden z filarów Kongresu. Skierowana jest ona właściwie do wszystkich zawodów związanych z dentystyką. Niezależnie odbędzie się w tej części także spotkanie dla stomatologów, techników dentystycznych oraz higienistek i asystentek stomatologicznych.

Organizatorzy zaplanowali pełną różnorodność tematyczną i organizacyjną w programie przeznaczonym dla lekarzy dentystów. Odbędą się zarówno wykłady, czyli część teoretyczna, jak i warsztaty, czyli część praktyczna. Program naukowy realizowany będzie w formie wykładów – międzynarodowych i polskich – odbywających się w kilku salach jednocześnie. Wśród wykładowców zagranicznych znajdują się prelegenci z całego świata, właściwie z każdego kontynentu. To niezaprzeczalna wartość sama w sobie. Zaplanowano również tzw. Dzień Niemiecki i Dzień Ukraiński, w ramach których przedstawiciele tych krajów będą prezentowali na sympozjach specjalistyczną dla nich myśl zawodową.

Zaproszono już około 100 wykładowców, którzy w ponad 23 różnych tematycznie sesjach będą prezentowali współczesną myśl stomatologiczną.

Warto podkreślić też fakt, że po raz pierwszy w historii Kongresów FDI zostanie wprowadzona w Poznaniu sesja laseroterapii, chirurgii regeneracyjnej, chirurgii szczękowo-twarzowej, a także sesja tzw. oral medicine, czyli sesja pokazująca związek stanu ogólnego pacjenta ze stanem miejscowym w jamie ustnej. Wykładowcy ze świata i Polski będą pokazywali nierozwalny związek pomiędzy pracą stomatologów i lekarzy ogólnych. Co warto zaznaczyć, już teraz mocno zabiegamy o to, by w sesji polskiej odbyła się taka, którą poprowadzi dwóch

specjalistów: lekarz ogólny i stomatolog. Chcielibyśmy, by zaprezentowali oni najnowszy stan wiedzy o nierozwalności tych dwóch dziedzin medycyny w świetle podejmowanej terapii u pacjentów. Za niezwykle cenne poczytuję również fakt, że swój udział w Kongresie potwierdzili już znani i cenieni wykładowcy, jak prof. Maurizio Tonetti, prof. Giulio Rasperini, prof. Anton Sculan, prof. YG Park, prof. Aldo Brugnera Junior – prezes Światowego Towarzystwa Laserowego czy też prof. Kaan Orhan – prezes Europejskiej Akademii Radiologii Szczękowo-Twarzowej.

Oprócz wykładów na sesji głównej w języku angielskim, które będą tłumaczone m.in. na język polski, odbędą się wykłady w języku polskim na sympozjach satelitarnych i tzw. spotkania z ekspertem (Meet the Expert). Ten ostatni rodzaj zajęć wydaje się szczególnie atrakcyjny, gdyż zaproszeni eksperci będą przez godzinę dostępni dla każdego stomatologa, który zechce z nimi porozmawiać o praktycznych aspektach poszczególnych dziedzin stomatologii, o codziennych problemach, które być może uda się rozwiązać podczas takiej indywidualnej „konsultacji”.

Kolejnym bardzo ważnym elementem Kongresu FDI w Poznaniu będzie możliwość czynnego w nim uczestniczenia. Osoby chętne będą mogły zgłaszać swoje wystąpienia w formie plakatów lub tzw. free communication, czyli tzw. krótkich 10-minutowych wystąpień w 23 dziedzinach stomatologii. Najlepsze prace z każdej dziedziny zostaną nagradzane m.in. biletem wstępu na kolejny kongres FDI. Aktywność ta dostępna będzie dla wszystkich.

Organizatorzy Kongresu przewidzieli też miejsce na zajęcia praktyczne, tak lubiane przez klinicystów. Będą odbywały się one podczas całego cyklu spotkań, zatem każdy może wybrać dla siebie atrakcyjny punkt programu naukowego i wziąć w nim aktywnie udział.

Kongres FDI w Poznaniu to wydarzenie naprawdę wyjątkowe i merytorycznie na bardzo wysokim poziomie, dlatego bardzo zachęcam do wzięcia w nim udziału. ■

Przypadki anestezjologiczne z art. 1 KEL

„Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”.*

Opis przypadku 1

W przebiegu awantury z rękoczynami między panią prokurator i jej byłym małżonkiem, w której to awanturze brała również udział lekarka anestezjolog, znająca skłóconego małżonka, lekarka powiedziała do pani prokurator: „Jak ja bym ciebie znieczuliła... byś się nie obudziła”. Wypowiedź ta została nagrana telefonem komórkowym. Tło awantury nie miało z medycyną nic wspólnego, dotyczyło przekrętów finansowych, fikcyjnego rozwodu, ucieczki przed komornikiem, rzeczywistego rozstania, alkoholizmu, złośliwości, wyrzucenia z mieszkania syna z ciężarną żoną i innych, czyli prywatnych spraw byłych małżonków. W tych sprawach toczyło się postępowanie przed sądami powszechnymi.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wszczął postępowanie, które zakończył wnioskiem o mediację, do której jednak nie doszło. W związku z tym lekarce przedstawiono zarzuty – naruszenia zasad etyki lekarskiej (KEL art. 1., ust. 1-3) przez skierowanie przeciwko skarżącej gróźb pozbawienia życia w trakcie znieczulenia. OSL po 10 miesiącach lekarkę uniewinnił, ponieważ awantura miała charakter towarzyski. Od tego orzecze-

nia odwołała się skarżąca. Po kolejnym półroczu sprawą zajął się Naczelny Sąd Lekarski, do którego NROZ wnosił o orzeczenie nagany. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy uniewinnienie lekarki. Sprawa nie trafiła do Sądu Najwyższego.

Opis przypadku 2

W niemedyce, sąsiedzkim sporze o użytkowanie wspólnej działki, grupa 7 współwłaścicieli nieruchomości przystąpiła do porządkowania działki. Lekarka anestezjolog, pracująca w miejscowym szpitalu i miejscowym pogotowiu ratunkowym, oświadczyła, że „Jak trafią do szpitala, to się nimi odpowiednio zajmie, tak, że już nie opuszczą szpitala, i że załatwi im ciche zejście”. Obie strony oskarżały się wzajemnie przed policją, ta jednak odmówiła wszczęcia postępowania ze skargi lekarki przeciw sąsiadom, natomiast sprawę o groźby kierowane przez lekarkę skierowała do prokuratury. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej sprawę umorzył, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zwrócił mu sprawę do ponownego rozpatrzenia. Sprawa nie trafiła do OSL, ponieważ OROZ ją umorzył. ■

Komentarz

Obie sprawy łączy to, że lekarki w emocjach użyły groźby wykorzystania swojej wiedzy medycznej, w szczególności anestezjologicznej, w celu pozbawienia życia swoich adwersarzy. Okoliczności awantur nie miały żadnego znaczenia. Jediną istotną sprawą było to, że lekarki użyły jako pogroźki swojego zawodu, umiejętności z nim związanych i posiadania w dyspozycji środków. Takie postępowanie jest w najwyższym stopniu nieetyczne. Nie wolno nam tak myśleć, a już na pewno nie wolno tak mówić, bo medycyna ma tylko pomagać, a nigdy nie wolno jej wykorzystać w celu szkodenia jakiegokolwiek człowiekowi, nawet jeśli ten konkretny pacjent jest osobistym wrogiem danego lekarza.

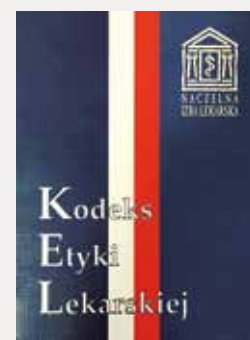
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawo-

dowej, mając w pamięci koszmarne, znane z historii (nie bardzo dawnej) przypadki wykorzystania medycyny nie do ratowania życia, a do jego niszczenia, protestuje przeciwko takim słowom. Naczelny Rzecznik pamięta również o tych lekarzach, którzy w najczarniejszych czasach nigdy nie sprzeniewierzyli się swojemu powołaniu i przysiędze, które nakazują ratowanie każdego potrzebującego pomocy, nawet za cenę własnego życia. Naczelny Rzecznik nie chce kontestować orzeczeń niezawisłego sądu, ale uważa, że słów, zwłaszcza okrutnych, nie wolno rzucać bezmyślnie. One nie są rzucone na wiatr, stanowią niezwykle niebezpieczny oręż. Takie postępowanie uchybia godności i powadze naszego zawodu, niszczy zaufanie do medycyny i lekarzy, a to groźne. ■



**Teresa
Korta**

Zastępca Naczelnego
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej



* KEL art. 1, ust. 1-3.

BIULETYN

Nr 5 (164) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, X 2015

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 16 października 2015 r.

**STANOWISKO NR 6/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 października 2015 r.**

**w sprawie obywatelskiego projektu ustawy
o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym
funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa
Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu
Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży
Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin
oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 25 września 2015 r., znak GMS-WP-173-252/15, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej szczególne uprzywilejowanie funkcjonariuszy służby celnej w zakresie uprawnień emerytalno-rentowych nie ma podstaw biomedycznych. Ponadto, Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że w Rzeczypospolitej Polskiej jest zbyt wiele grup uprzywilejowanych do różnego rodzaju świadczeń emerytalno-społecznych.

**APEL Nr 11/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 października 2015 r.**

**do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
w sprawie niepodpisywania ustawy o zawodzie
fizjoterapeuty**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Pana Prezydenta o niepodpisywanie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, uchwalonej przez Sejm i Senat i przekazanej Panu Prezydentowi do podpisu.

Ustawa w jej obecnym kształcie, eliminując nadzór i opiekę lekarza w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym, zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli.

Naczelna Rada Lekarska nie podważa kompetencji fizjoterapeutów i nie jest przeciwna uregulowaniu zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty w drodze ustawy. Jednakże ustawa powinna jasno określać, jaka jest rola lekarza, a jaka rola fizjoterapeuty w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym chorego. W uchwalonej ustawie uwzględniono tylko rolę fizjoterapeuty, eliminując rolę lekarza. Zapomniano zarówno o pełnej diagnostyce, którą powinien prowadzić lekarz, jak i o zespole złożonym z pacjenta, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa. Istnieje obawa, że proces rehabilitacji pacjenta, pozbawiony udziału lekarza w zakresie diagnozowania choroby, planowania i koordynacji tego procesu, będzie zagrażał jakości udzielanych świadczeń i zagrażał bezpieczeństwu pacjentów.

Mając na uwadze troskę o bezpieczeństwo naszych pacjentów, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Pana Prezydenta o niepodpisywanie aktu prawnego, który może przynieść dla nich negatywne konsekwencje.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

WICEPREZES
Zyta Kaźmierczak-Zagórska

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

WICEPREZES
Zyta Kaźmierczak-Zagórska

Posiedzenia Krajowej Komisji Wyborczej – 17 października / 20 listopada / 4 grudnia 2015 r.

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 17 października 2015 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015, poz. 651) oraz § 45 ust. 3 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, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 17 października 2015 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej lekarza dentysty Haliny Porębskiej, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza dentysty Haliny Porębskiej.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 17 października 2015 r.

o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015, poz. 651) oraz § 45 ust. 3 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, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 17 października 2015 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej przez lekarza dentystę Halinę Borgiel-Marek, obwieszcza się, co następuje:

Członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014-2017 została lekarz dentysta Halina Borgiel-Marek.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 20 listopada 2015 r.

o utracie funkcji Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej przez Konstantego Radziwiłła

Na podstawie § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na pod-

stawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej Nr 1/2015 z dnia 20 listopada 2015 r. obwieszcza się, co następuje:
Traci stanowisko funkcyjne Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz Konstanty Radziwiłł.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 20 listopada 2015 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnego Sądu Lekarskiego

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015, poz. 651) oraz § 45 ust. 3 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, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 20 listopada 2015 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnego Sądu Lekarskiego lekarza dentysty Adama Buscha, obwieszcza się, co następuje:
Wygasa mandat członka Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza dentysty Adama Buscha.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 4 grudnia 2015 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:
W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej – wybory Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 4 grudnia 2015 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 został lekarz Marek Jodłowski.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka



**Marek
Szewczyński**

Radca prawny,
Naczelną Izba
Lekarska

Rozporządzenie
zmieniające znosi
ograniczenia
w zakresie
stosowania
jezdnego sprzętu
radiologicznego
wyłącznie do zdjęć
wewnątrzustnych.

Wymogi w sprawie RTG łagodniejsze

Zmiany legislacyjne w zakresie warunków stosowania stomatologicznych aparatów rentgenowskich do zdjęć wewnątrzustnych.

W dniu 12 listopada 2015 r. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, czyli aktu prawnego wydanego na podstawie delegacji ustawowej z Prawa atomowego¹, który zawiera szczegółowe regulacje określające warunki i wymogi, jakie muszą być spełnione, aby udzielając świadczeń zdrowotnych korzystać z aparatury rentgenowskiej.

Jak wiadomo, stosowanie promieniowania jonizującego dla celów medycznych jest poddane daleko idącym regulacjom prawnym. W celu zapewnienia bezpieczeństwa oraz ochrony życia i zdrowia ludzkiego przepisy prawa nakładają liczne wymogi zarówno co do stosowanego sprzętu, jak i co do osób, które go obsługują.

Niewątpliwie należy dążyć do tego, aby przepisy prawne regulowały te kwestie we właściwy sposób, a więc z jednej strony, aby określały niezbędne warunki pozwalające na bezpieczne używanie aparatury rtg, a z drugiej, aby nie stanowiły nadmiernego, nieodpowiadającego rzeczywistym potrzebom obciążenia. Jest to kwestia mająca istotne znaczenie także w stomatologii, w której rentgenodiagnostyka jest powszechnie stosowana, a wśród wszystkich zarejestrowanych w Polsce aparatów rtg zdecydowaną większość stanowią stomatologiczne aparaty do zdjęć wewnątrzustnych. W stosunku do tych właśnie aparatów wspomniana wyżej nowelizacja obejmuje przede wszystkim zmianę zakresu oraz częstotliwości testów, jakim należy je poddawać, a także uwzględnia dwa spośród innych postulatów środowiska stomatologicznego.

Zmiany dotyczące testów

W zakresie testów podstawowych, czyli tych, które wykonuje sam użytkownik aparatu rentgenowskiego (ew. wyznaczony pracownik jednostki, w której aparat jest zainstalowany), usunięto trzy testy, pozostawiając:

- test rozdzielczości (wykonywany co 6 miesięcy) oraz
- test powtarzalności ekspozycji (wykonywany co miesiąc).

Oznacza to, że do wykonywania testów podstawowych aparatów do zdjęć wewnątrzustnych po-

trzebny będzie fantom zawierający wzór do oceny rozdzielczości oraz fantom schodkowy.

W odniesieniu do testów specjalistycznych, czyli tych, które są wykonywane (odpłatnie) na zlecenie świadczeniodawcy przez uprawnione do tego podmioty (certyfikowane laboratoria), z punktu widzenia użytkowników podstawową zmianą jest zmniejszenie ich częstotliwości do 24 miesięcy.

Dotychczas aparaty do zdjęć wewnątrzustnych były w tym zakresie traktowane tak samo jak pozostałe rodzaje urządzeń radiologicznych i podlegały testom specjalistycznym raz na 12 miesięcy. To budziło szczególne wątpliwości, nie tylko zresztą stomatologów, i poddawane było krytyce jako nadmiernie rygorystyczne i nieodpowiadające potencjalnemu zagrożeniu.

Postulaty zmniejszenia częstotliwości testów specjalistycznych aparatów do zdjęć wewnątrzustnych były zgłaszane wielokrotnie przez różne podmioty. Propozycje wahały się pomiędzy 2 a 5 latami, choć były także głosy – niektóre dość stanowcze – za pozostawieniem 1 roku. Ostatecznie Minister Zdrowia uwzględnił, że poziom narażenia pacjenta na promieniowanie jonizujące w trakcie procedur wewnątrzustnych jest niski w porównaniu z innymi procedurami radiologicznymi i przyjął w rozporządzeniu zmieniającym częstotliwość testów do 24 miesięcy, co stanowi wyjątek w stosunku do wszystkich pozostałych urządzeń rtg nadal objętych okresem 12 miesięcy.

Jednocześnie zmniejszono liczbę wymaganych testów specjalistycznych poprzez usunięcie czterech: dotyczących filtracji całkowitej, wielkości ogniska, prostopadłości osi wiązki promieniowania rtg oraz odległości ognisko-skóra.

Niewątpliwie zmiany wprowadzone w zakresie testów podstawowych i specjalistycznych – choć nierealizujące w pełni wszystkich propozycji zgłaszanych przez środowiska stomatologiczne – należy jednak ocenić jako korzystne dla lekarzy dentystów stosujących w swych praktykach oraz podmiotach leczniczych aparaty do zdjęć wewnątrzustnych. Wkrótce okaże się, czy i w jakim stopniu mniejsza częstotliwość i węższy zakres tych testów wpłyną na ponoszone przez świadczeniodawców koszty ich wykonywania.

Zmiany dot. aparatów jezdných i audytów wewnątrzustnych

Rozporządzenie zmieniające znosi ograniczenia w zakresie stosowania jezdnego sprzętu radiologicznego wyłącznie do zdjęć wewnątrzustnych. Uznając argument, że taki sprzęt co do zasady nie stwarza większego zagrożenia ani dla pacjentów, ani dla obsługującego go personelu, wyłączono ograniczenie w jego stosowaniu polegające do tychczas na tym, że można go było używać tylko w sytuacji, gdy przybycie pacjenta do stacjonarnego urządzenia radiologicznego było przeciwwskazane ze względów medycznych.

Dostosowano również wymagania związane z przeprowadzaniem (co najmniej raz na rok) tzw. klinicznego audytu wewnętrznego w placówkach wykonujących wyłącznie zdjęcia wewnątrzustne. Dostrzeżono mianowicie, że kliniczny audyt wewnętrzny może być w takich placówkach wykonywany jednoosobowo, bez szkody dla realizacji celów tego audytu – do tychczas musiały do tego być powoływane co najmniej dwie osoby.

Co dalej?

Zastanawiając się nad możliwością i zakresem dalszych zmian w przepisach regulujących omawiane zagadnienia, warto najpierw przypomnieć, że nowelizacja, o której piszę, była poprzedzona kilkuletnią dyskusją i licznymi działaniami podejmowanymi przez środowisko stomatologiczne bądź z jego inicjatywy.

Naczelna Izba Lekarska oraz funkcjonująca w jej strukturach Komisja Stomatologiczna od lat poddawały w wątpliwość zasadność części wymogów odnoszących się do radiologii stomatologicznej, uważając, że są zbyt rygorystyczne, nie odpowiadają rzeczywistej skali potencjalnego zagrożenia i są przyczyną zbyt wysokich kosztów, które ponosić muszą lekarze dentyści.

Samorząd lekarski zgłaszał kolejne projekty konkretnych zmian wraz z obszerną argumentacją, uczestniczył w opiniowaniu projektów Ministra Zdrowia oraz Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (KCOR), prowadził w tej sprawie liczną korespondencję. Przedstawiciele NIL uczestniczyli w wielu spotkaniach z wszystkimi podmiotami i osobami mającymi wpływ na kształt stanowionych przepisów prawa, w tym z Krajowym Konsultantem ds. Radiologii, Głównym Inspektorem Sanitarnym, parlamentarzystami. Zbierano dane na temat ewentualnych nieprawidłowości stwierdzonych przez inspekcję sanitarną w stosunku do aparatów do zdjęć wewnątrzustnych.

Jak widać, zmiany regulacji prawnych dotyczących radiologii nie są sprawą prostą i potrzeba wiele czasu i zaangażowania, aby przekonać odpowiednie podmioty do słuszności swej argumentacji.

Doceniając to, co udało się osiągnąć teraz, z prawnego punktu widzenia warto oczywiście nadal pracować nad kolejnymi zmianami, które wydają się być zasadne i możliwe do przyjęcia. Niektóre z nich, np. zniesienie wymogu przeprowadzania audytów zewnętrznych czy zmiany dotyczącej cyklicznych szkoleń z ochrony radiologicznej pacjenta, obligatoryjnych dla lekarzy dentyistów obsługujących aparaty rtg, wymagają nowelizacji ustawy Prawo atomowe, a to jest jeszcze bardziej złożony proces niż zmiana rozporządzenia. Okazją ku temu będą prace związane z wdrożeniem do polskiego prawa dyrektywy Rady 2013/59/Euratom², która w niedługim czasie (termin jej wdrożenia wyznaczono do dnia 6 lutego 2018 r.) zastąpi aktualnie obowiązujące przepisy prawa unijnego stanowiące podstawę szczegółowych regulacji krajowych. ■

¹ Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 264).

² Dyrektywa Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiająca podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylająca dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13/1 z 17 stycznia 2014 r.).

Nie płąć, bo nie musisz!

Informacja Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie Rejestru Krajowych Świadczeniodawców Lecznicych.

W związku z tym, że lekarze i lekarze dentyści prowadzący podmioty lecznicze albo praktyki zawodowe otrzymują od Rejestru Krajowych Świadczeniodawców Lecznicych niepodpisane pisma z prośbą „o uregulowanie opłaty rejestracyjnej” za ogłoszenie „wpisu o prowadzonej działalności leczniczej w Rejestrze Krajowych Świadczeniodawców Lecznicych”, Naczelna Izba Lekarska informuje, że Rejestr Krajowych Świadczeniodawców Lecznicych nie jest rejestrem o charakterze publicznoprawnym, państwowym. Co za tym idzie, podmioty wykonujące działalność leczniczą nie mają obowiązku się w nim rejestrować ani dokonywać z tego tytułu jakichkolwiek opłat.

De facto omawiany „Rejestr” jest prywatną spółką z ograniczoną odpowiedzialnością wpisaną do rejestru przedsiębiorców w dniu 29 lipca 2015 r., a jego działalność ma charakter komercyjny.

Wspomniane na wstępie pismo z prośbą o dokonanie opłaty należy traktować więc jako ofertę zawarcia umowy polegającej na „możliwości zarejestrowania podstawowych danych dotyczących (...) firmy (...) w Rejestrze” na okres 6 miesięcy.

Z powyższych względów należy podzielić stanowisko szeregu urzędów państwowych oraz innych organów samorządów zawodowych odnośnie omawianej oferty zalecające zachowanie ostrożności w tej sprawie i dokładne rozważanie zasadności zawierania umowy ze spółką Rejestr Krajowych Świadczeniodawców Lecznicych. W razie wątpliwości lekarze i lekarze dentyści mogą skonsultować się z obsługą prawną w okręgowych izbach lekarskich. ■



**Wojciech
Idaszak**

Radca prawny,
Naczelna Izba
Lekarska

Ustawa nie przewiduje szczególnego trybu dochodzenia należności z tytułu zwrotu kwoty refundacji, co oznacza, że roszczenia Funduszu z tego tytułu będą dochodzone na drodze sądowej przed sądami powszechnymi.

Recepty refundowane po nowemu

Już niebawem nastąpią zmiany w zakresie uprawnień do wystawiania recept na leki refundowane. Lekarze, którzy podpisali z NFZ umowy upoważniające, powinni rozważyć wypowiedzenie takich umów, a recepty z refundacją wystawiać na podstawie znowelizowanej ustawy.

W dniu 27 listopada 2015 r. w Dzienniku Ustaw opublikowana została ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. Akt ten, oprócz zmian związanych z informatyzacją ochrony zdrowia, wprowadza bardzo istotne zmiany w zakresie ordynacji leków refundowanych. Będą one obowiązywać już od połowy grudnia 2015 r.

Likwidacja umów upoważniających

Ustawa istotnie zmienia podstawy prawne wystawiania recept na leki refundowane. Zmiana ta polega na rezygnacji z konieczności podpisywania umów upoważniających do wystawiania takich recept. Przyznaje wszystkim lekarzom uprawnienie do wystawiania recept na leki refundowane, bez konieczności podpisywania umowy upoważniającej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmienia tzw. ustawę refundacyjną, określając, iż osobą uprawnioną do wystawiania recept na leki refundowane jest osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego jest uprawniona do wystawiania recept.

Regulacje te wchodzi w życie z upływem 14 dni od daty ich ogłoszenia co oznacza, że już od połowy grudnia 2015 r. lekarz będzie, z mocy ustawy, uprawniony do wystawiania recept na leki refundowane. Należy jednak zaznaczyć, że recepta na lek refundowany musi być opatrzona indywidualnym numerem nadawanym przez Fundusz. Oznacza to, że lekarz będąc ustawowo uprawnionym do wystawiania recept na leki refundowane, będzie miał techniczne możliwości realizacji tego prawa dopiero po uzyskaniu od Funduszu numerów recept.

W chwili oddawania tego tekstu do druku nie były jeszcze znane zasady, na jakich numery recept będą udostępniane lekarzom przez Fundusz. Niewątpliwie jednak NFZ powinien być przygotowany do tego już w dniu wejścia w życie ustawy.

Ważność podpisanych umów upoważniających

Podpisane wcześniej umowy, upoważniające do wystawiania recept na leki refundowane, zachowują

wagę ważność do 31 grudnia 2016 r., z upływem tego dnia wygasną z mocy prawa. Oznacza to, że odpowiedzialność za ewentualne nieprawidłowości w ordynacji leków refundowanych lekarza, który podpisał umowę upoważniającą, nadal opierać się będzie na postanowieniach tej umowy i w istotny sposób różnić się od odpowiedzialności lekarza wystawiającego recepty na leki refundowane na nowych zasadach.

Likwidacja umów upoważniających – likwidacja odpowiedzialności

Likwidacja umów upoważniających nie oznacza zwolnienia lekarza wystawiającego receptę na lek refundowany z odpowiedzialności za ewentualne nieprawidłowości związane z ordynacją. Odpowiedzialność uregulowana jest w ustawie refundacyjnej i ma zatem źródło ustawowe, a nie jak wcześniej umowne.

Ustawowy obowiązek poddania się kontroli

W świetle znowelizowanego art. 48 ust. 7 ustawy refundacyjnej osoba uprawniona do wystawiania recept na leki refundowane oraz podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach którego wystawiono receptę na co najmniej jeden refundowany lek, są obowiązani poddać się kontroli Funduszu w zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej zasadności i prawidłowości wystawiania recept na leki refundowane. Kontrola będzie przeprowadzana na zasadach przewidzianych dla kontroli świadczeniodawców.

Zwrot kwoty refundacji

Zgodnie z treścią art. 48 ust. 7 a ustawy refundacyjnej, osoba wystawiająca receptę na lek refundowany jest obowiązana do zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej równowartość kwoty refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji, w przypadku:

- 1) wypisania recepty w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept;
- 2) wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi;
- 3) wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami

świadczeniobiorcy;

4) wypisania recepty niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach.

Oznacza to, że lekarz będzie zobowiązany do zwrotu kwoty refundacji, jeśli wystawi receptę w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept (np. w skutek zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub w przypadku prawomocnego skazania za jedno z przestępstw wskazanych w art. 48 ust. 5 ustawy refundacyjnej). Lekarza nadal obciążać będzie konieczność: udokumentowania względów medycznych uzasadniających ordynację leku, weryfikacji uprawnień pacjenta do refundacji oraz ordynacji leków refundowanych według wskazań zawartych w obwieszczeniach (związanie treścią ChPL).

Ustawa nie przewiduje szczególnego trybu dochodzenia należności z tytułu zwrotu kwoty refundacji, co oznacza, że roszczenia Funduszu z tego tytułu będą dochodzone na drodze sądowej przed sądami powszechnymi.

Kary pieniężne

Znowelizowana ustawa refundacyjna przewiduje dodatkowo możliwość nałożenia przez Fundusz kar pieniężnych na osobę, która wystawiła receptę na refundowany lek, albo na podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach którego wystawiono receptę, w przypadku:

1) uniemożliwienia czynności kontrolnych;

2) niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych.

Kara pieniężna wymierzana jest w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji za okres objęty kontrolą w przypadku uniemożliwienia kontroli, zaś w przypadku utrudniania kontroli kara może być wyznaczona w wysokości do równowartości tej kwoty. Kary może nakładać dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w drodze decyzji administracyjnej. Od jego decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ. Po wyczerpaniu trybu administracyjnego w sprawach kar pieniężnych właściwe będą odwołania do sądów administracyjnych.

Likwidacja umów upoważniających a uprawnienia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Likwidacja umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane i przypisanie wszystkim lekarzom ustawowego prawa w tym zakresie, wraz z obowiązkiem poddania się kontroli i odpowiedzialnością za ewentualne uchybienia, nie oznacza likwidacji drugiej podstawy prawnej wystawiania takich recept, tj. wystawiania ich przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz wykonujący zawód w szpitalu/przychodni, który wystawia recepty na leki refundowane w ramach realizacji kontraktu z NFZ, zachowa prawo wystawiania takich recept na druku tego podmiotu i nadal nie będzie ponosił odpowiedzialności wobec Funduszu za ewentualne nieprawidłowości w tym zakresie. Za nieprawidłowości związane z ordynacją lekarską, w relacji Fundusz – świadczeniodawca, nadal odpowiadał będzie

świadczeniodawca, a nie lekarz, który wykonując zawód w szpitalu/przychodni, daną receptę wystawił.

Podsumowanie

Likwidacja umów upoważniających, na zasadach przewidzianych we wspomnianej ustawie, choć niesie pewne korzystne zmiany dla lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane w ramach dotychczasowych umów upoważniających, to z całą pewnością nie jest rozwiązaniem satysfakcjonującym dla środowiska lekarskiego. Wprowadzone obecnie sankcje za nieprawidłowości związane z wystawieniem recept na leki refundowane, a mianowicie obowiązek zwrotu kwoty refundacji czy kary pieniężne, niewątpliwie nasuwają skojarzenia z sankcjami przewidzianymi w pierwotnym brzmieniu ustawy refundacyjnej. Są one jednak sankcjami mniej dolegliwymi niż te, które wynikają z umów upoważniających. Dlatego lekarze, którzy podpisali umowy upoważniające do wystawiania recept na leki refundowane, powinni rozważyć wypowiedzenie ich jeszcze przed 31 grudnia 2016 r. (tj. przed terminem ich wygaśnięcia z mocy ustawy) i wystawiać je na podstawie znowelizowanej ustawy refundacyjnej. W przypadku ewentualnych nieprawidłowości sankcje, jakie będzie mógł stosować Fundusz, mogą być po wypowiedzeniu umowy znacznie łagodniejsze.

Przed rozwiązaniem umów upoważniających niezbędne jest jednak zasięgnięcie szczegółowych informacji w Funduszu co do zasad i sposobu przekazywania numerów recept, tak aby zmiana podstawy prawnej wystawiania recept odbyła się w sposób płynny, bez kłopotliwej przerwy w możliwości ich wystawiania. ■

Wprowadzone obecnie sankcje za nieprawidłowości związane z wystawieniem recept na leki refundowane, a mianowicie obowiązek zwrotu kwoty refundacji czy kary pieniężne, niewątpliwie nasuwają skojarzenia z sankcjami przewidzianymi w pierwotnym brzmieniu ustawy refundacyjnej. Są one jednak sankcjami mniej dolegliwymi niż te, które wynikają z umów upoważniających.

**Z głębokim żalem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci**

**prof. dr. hab.
Bogumiła Płonki**

wieloletniego kierownika Katedry Protetyki
Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
członka założyciela Europejskiego Towarzystwa Protetyki.

**Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie i Bliskim**

składają

Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL
Agnieszka Ruchała-Tysler
wraz z Członkami Komisji Stomatologicznej NRL

Neurologia to dziedzina wielodyscyplinarna

Z prof. **Przemysławem Nowackim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Z definicji neurologia zajmuje się chorobami układu nerwowego, co kryje się pod tym pojęciem?

Pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Neurologicznego działało kilkanaście sekcji. Dokonując przeglądu ich aktywności, pozostawiliśmy najaktywniejsze: Sekcję Chorób Naczyniowych Mózgu, Chorób Układu Pozapiramidowego, Stwardnienia Rozsianego, Padaczki, Neurorehabilitacji, Alzheimerowską, Badania i Zwalczania Bólu. Jednocześnie powołaliśmy Sekcję Neurosonologii, która jest naszym najmłodszym dzieckiem. Nasi ultrasonografici wywodzą się ze środowiska neurologów, najlepiej znają więc specyfikę chorób naczyniowych mózgu i więcej z nich zdobywa umiejętności w tej dziedzinie. Są one wykorzystywane nie tylko w diagnostyce chorób układu nerwowego, ale w profilaktyce. Za powołaniem Sekcji Neurosonologii przemawiały także światowe rekomendacje, służące uaktualnianiu wytycznych opracowywanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Sekcji jest więc mniej, ale są prężne i nadążają za postępem. Dzięki temu neurologia, choć to bardzo rozległa dyscyplina kliniczna, zachowała jedność, a PTN pozostało zwarte. Można powiedzieć, że jest to dziedzina wielodyscyplinarna, bo nie ma takiej choroby, która nie zahaczałaby o układ nerwowy. Sekcje organizują własne konferencje, ale

ich tematyka się przenika, ponieważ choroby układu nerwowego muszą być rozpatrywane w szerszym kontekście. Przykładowo udar mózgu jest następstwem miażdżycy, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego.

W Polsce jest ponad 2 tys. neurologów. To dużo czy mało?

W 2016 r. przystępujemy do akcji odnowienia członkostwa w PTN. Zmieniamy formę opłacania składek członkowskich na centralną, poprzez stronę internetową towarzystwa, co pozwoli poznać aktualną liczbę naszych członków. Mimo że nie jest nas mało, neurologia nie odnosi tak spektakularnych sukcesów terapeutycznych jak np. kardiologia interwencyjna. Większość chorób układu nerwowego jest trudnych do leczenia lub w ogóle nie daje się leczyć, co po okresie fascynacji osiągnięciami medycyny na innych polach wywołuje frustrację. To dlatego, jak dowiodły badania, neurologom częściej niż lekarzom innych specjalności zagraża syndrom wypalenia zawodowego. Szczególnie trudno leczyć choroby degeneracyjne, np. chorobę Alzheimera, stwardnienie zanikowe boczne, porażenie nadjądrowe, zanik wieloukładowy czy płasawicę Huntingтона. Neurolog niejednokrotnie nie uzyskuje więc takiego efektu, który by go satysfakcjonował i wzmacniał duchowo.

Jednak w leczeniu udarów mózgu wiele się zmieniło na lepsze...

To prawda, kiedyś większość chorych z udarem mózgu umierała. Odkąd ich leczenie opiera się na wyspecjalizowanych jednostkach, przeżywalność wzrosła. Są to oddziały lub pododdziały udarowe, których celem jest obniżenie wskaźnika śmiertelności wczesnej i zmniejszenie deficytu neurologicznego. Nie ma tu merytorycznych barier pomiędzy rodzimą neurologią, a zachodnią. PTN uczestniczy we wszystkich ważnych międzynarodowych kongresach, ma dostęp do najnowszej wiedzy, którą może implementować na własnym podwórku. Jednak w porównaniu z innymi dyscyplinami, neurologia chciałaby uzyskać więcej. Jednostki udarowe powinny być rozmieszczone tak, aby każdy miał je w zasięgu 50 km. Obecnie w udarze rekomendowane jest stosowanie trombolizy dożylniej, która rozpuszcza zakrzep lub zator w tętnicy mózgowej. Lek można jednak zastosować tylko w oddziałach udarowych w obrębie oddziałów lub klinik neurologicznych, chodzi więc o to, aby

dotrzeć do takiego miejsca jak najszybciej. Trombolizę dożylną wykonuje się w ciągu 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru. Jeśli pacjent mieszka dalej niż 50 km od oddziału udarowego, jego szanse, by skorzystać z tego złotego standardu, maleją. Co istotne, niezależnie od uwarunkowań logistycznych, do tego leczenia kwalifikuje się zaledwie około 25 proc. chorych z udarem.

Jakie rozwiązania byłyby skuteczne?

Wkrótce, być może, większe znaczenie dla przeżycia pacjenta z udarem i zminimalizowania deficytów neurologicznych będzie miało mechaniczne usunięcie zakrzepu lub zatoru z tętnic mózgu. Takie próby już podjęto. Wyniki badań klinicznych przedstawione na Światowym Kongresie Udaru Mózgu w 2014 r. zdają się potwierdzać płynące z nich korzyści, ale mózg to skomplikowany narząd i nie można wprost przenieść doświadczeń ednowaskularnych z innych dyscyplin klinicznych. Sprzęt jest jednak coraz lepszy i z czasem, miejmy nadzieję, ta metoda wejdzie do leczenia udarów na stałe. Zabiegi będą jednak mogły być wykonywane w wyznaczonych centrach, ponieważ poza neurologią wymagają zaangażowania radiologii interwencyjnej, neurochirurgii. Pojawia się więc kwestie dostępności i sposobu transportowania do nich chorych. Oddziałów udarowych jest w Polsce ponad 150, a takich centrów może być kilkanaście. Organizacja ich pracy, sposób finansowania, to ogromne wyzwanie.

Postęp w leczeniu którego schorzenia w neurologii uznaje pan profesor za najważniejszy?

Największy postęp nastąpił w leczeniu pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi, m.in. ze stwardnieniem rozsianym. Od ponad 20 lat chorób z dobrym efektem zwalcza się interferonami typu beta, ale przełomem są przeciwciała monoklonalne. Coraz więcej leków pozwoli być może na zindywidualizowane leczenie, czyli dobranie odpowiedniego selektywnego leku do konkretnego pacjenta. Są jednak problemy kwalifikacji takich chorych i refundacji tego bardzo drogiego leczenia. Przy Ministerstwie Zdrowia działają „Programy Terapeutyczne”. Pacjent otrzymuje refundację leku, jeśli jest zakwalifikowany do takiego programu. Polskie Towarzystwo Neurologiczne dokłada starań, by kryteria włączenia do leczenia pozwoliły na kwalifikację optymalnej liczby chorych, a więc wszystkich, którzy mogą osiągnąć korzyść z terapii. Procedury wymagają jednak usprawnień. Postęp jest także w leczeniu immunoglobulinami, które stosujemy w innych chorobach autoimmunologicznych układu nerwowego, w tym obwodowego czy w miastennii. Do niedawna nie dysponowaliśmy skutecznymi lekami w wielu z tych chorób, np. w przewlekłej zapalnej polineuropatii demielinizacyjnej, wieloogniskowej neuropatii ruchowej, zespołach paranowotworowych. To nowe i drogie terapie. Dostępność do nich poprzez programy lekowe wymaga dopracowania.

A w padaczkach?

Tutaj postęp już się dokonał. Jest wiele leków i to bardzo dobrych, rzecz w tym, aby umieć je odpowiednio dobrać i uważać na interakcje, które są częste i wywołują działania niepożądane bądź działanie tych leków wzajemnie się znosi. Jeśli nauczymy się właściwie dobrać leki przeciwpadaczkowe, liczba padaczek tzw. lekoopornych znacząco spadnie. Więc jest to kwestia nieprawidłowego prowadzenia. Oczywiście zawsze będą pacjenci źle reagujący na leczenie, ale tych jest coraz mniej.

Powszechne stały się dolegliwości kręgosłupa. Kto powinien zajmować się ich leczeniem?

Bóle kręgosłupa to sprawa nie tylko neurologów. Angażują ortopedów, reumatologów, neurochirurgów, fizjoterapeutów. Pacjenci na ogół są na tyle świadomi swojego schorzenia, że wybierają któregoś z tych specjalistów i raczej nie popełniają błędów. Oczywiście podejście każdego z nich do problemu jest nieco inne, ale są profesjonalistami i krzywdy nie robią, w przeciwieństwie do tak zwanych „kręgarzy”. Jednak zawsze decyzja o leczeniu powinna być poprzedzona dokładną diagnozą. Jako neurologi jesteśmy ostrożni, jeśli chodzi o leczenie operacyjne. Leczenie zachowawcze daje efekty i operacja nie zawsze jest konieczna.

Co jest największą bolączką?

Finanse. Choroby układu nerwowego wymagają diagnostyki typu tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia i innych drogich, wyrafinowanych badań. Otwierają one przed neurologią nowe perspektywy diagnostyki, ale kosztują. To samo dotyczy nowoczesnych leków. Mam na myśli nie tylko stwardnienie rozsiane, ale np. niektóre terapie w chorobie Parkinsona. Każda nowsza generacja leków jest droższa, bo są to preparaty z najwyższej półki. Polska neurologia nadąża za światowymi trendami, gorzej z ich realizacją, bo o tym decydują pieniądze.

W jakim kierunku zmierza neurologia?

W neurologii leczymy objawy chorób, ich przyczyny wielokrotnie pozostają nierozpoznane. Tak jest z chorobami neurodegeneracyjnymi, o których naprawdę niewiele wiemy. Badania na zwierzętach nie przybliżają nas do zgłębienia tej wiedzy, bo mózg zwierzęcia, a mózg ludzki to naprawdę nie to samo. W chorobach neurodegeneracyjnych dochodzi do zmian, które jesteśmy w stanie opisać na wczesnym etapie ich rozwoju, ale dlaczego powstają – nie wiemy. Gdybyśmy lepiej poznali etiologię, może udałoby się przynajmniej opóźnić ich rozwój. Także w padaczkach mamy leki przeciwdrgawkowe, ale nie wiemy, jak uchronić się przed tą chorobą. Kierunek, w jakim zmierza neurologia, to zgłębienie przyczyn chorób układu nerwowego, które na razie pozostają w ukryciu. To także poszukiwanie swoistych markerów biologicznych chorób z nadzieją, że pozwoliłyby one na wczesne i pewniejsze rozpoznanie, a co za tym idzie – skuteczniejszą profilaktykę i leczenie. ■

Większość chorób układu nerwowego jest trudnych do leczenia lub w ogóle nie daje się leczyć, co po okresie fascynacji osiągnięciami medycyny na innych polach wywołuje frustrację. To dlatego, jak dowiodły badania, neurologom częściej niż lekarzom innych specjalności zagraża syndrom wypalenia zawodowego.



Mała manufaktura

Lidia Sulikowska

Codziennie nowa dostawa materiałów do badań. W pojemniczkach, słoikach, a nawet wiaderkach. Trzeba z nich pobrać wycinki i przygotować do zbadania pod mikroskopem. Proces preparowania trwa wiele godzin. Aż w końcu na szkiełku powstaje zagadka, którą trzeba rozwikłać.

Wjeście główne Szpitala Bródnowskiego w Warszawie. Rozglądam się za niskim parterem budynku C. Chyba sporo będę mieć do przejścia, bo jestem w kompleksie jednej z największych wieloprofilowych placówek na Mazowszu. W końcu zaczynam błdzić. Zniecierpliwiona zaczepiam kogoś i pytam, gdzie mieści się zakład patomorfologii. – Laboratorium czy zwłoki? – słyszę i zdecydowanie odpowiadam, że „to pierwsze”. Mam iść wzdłuż korytarza i szukać po prawej szklanych drzwi. Pukam i wchodzę do środka. Koordynator zakładu, dr Elżbieta Majewska, już na mnie czeka, w pracy jest od samego rana. Towarzyszy jej kilka techniczek. Pracuje tu też kilku lekarzy patomorfologów zatrudnionych na kontraktach.

Nasi pacjenci

Od razu idziemy do pomieszczenia, w którym pobiera się wycinki potrzebne do diagnostyki. – Codziennie trafiają tu materiały z poszczególnych oddziałów i poradni naszego szpitala, zakład realizuje też zlecenia ze szpitala w podwarszawskim Wyszkowie i prywatnych gabinetów lekarskich. Dostajemy je w odpowiednich pojemnikach, zanurzone w formalinie. Muszą przez jakiś czas w niej stać, żeby się utrwaliły i możliwe było przygotowanie z nich preparatów – wyjaśnia dr Majewska, związana z bródnowskim zakładem patomorfologii od początku jego istnienia.

Dzisiaj są do pobrania wycinki między innymi z migdałków, macicy, fragmentu jelita grubego. Najpierw sprawdza się zgodność materiału z dostarczonym skierowaniem, potem jest on oceniany makroskopowo, by już wstępnie sprawdzić, czy zmiana jest łagodna, czy złośliwa i jak jest rozległa. Potem wprawne ręce pa-

tomorfologa wykrawają odpowiednią ilość wycinków zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Patologicznego. – Tu nie ma przypadków. Każdy wycinek jest ważny, może decydować o czymś życiu. Za tymi materiałami kryją się ludzkie historie, nie raz dramatyczne. To niby słoiczek, wiaderko, macica, a tak naprawdę to nasz pacjent. Staramy się, jak możemy, by mu pomóc – tłumaczy dr Elżbieta Majewska.

Siedząca obok techniczka wszystko rejestruje. Opis makroskopowy materiału, ilość pobranych wycinków wraz z ich topografią oraz numerem badania. Na blacie leży właśnie przyniesiony okazały fragment jelita grubego. – Ta pacjentka miała niedrożność jelit, była operowana i lekarze odkryli, że przyczyną był guz. Przysłali nam materiał. Guz jest owrzodziały, ma 7x6x5 cm, trzeba zbadać m.in. granicę cięcia, czy nie ma tam nowotworu. Zazwyczaj marginesy są na szczęście duże. Zawsze też szukam węzłów chłonnych – wyjaśnia pani doktor, która właśnie pobiera potrzebne wycinki. W kolejce czekają już kolejni pacjenci. Przed każdym nowym materiałem trzeba starannie wytrzeć narzędzia, aby nie przenieść tkanki nowotworowej, ale sterylizacja nie jest konieczna.

Co się dzieje z materiałem, którego nie wykorzystano? – Zostaje u nas co najmniej miesiąc, bo może się okazać, że pobrane wycinki nie dają pełnego obrazu sytuacji i trzeba pobrać ich więcej. Potem jest on utylizowany – mówi jedna z techniczek zakładu. Czy materiał, który do was trafia, powinien być jakoś specjalnie przygotowany? – Musi być po prostu zalany formaliną. Ważne, żeby pojemnik, w który się go wkłada, nie był za mały. Tkanka powinna być w całości zanurzona, bo w przeciwnym razie może się nie utrwalić – dostaje

To niby słoiczek, wiaderko, macica, a tak naprawdę to nasz pacjent. Staramy się, jak możemy, by mu pomóc.

FOTO: Marta Jakubiak



odpowiedź. Największe zaskoczenie? – Kiedyś przyniesiono nam ogromną torbiel w misce, bo do żadnego innego naczynia nie dało się jej zmieścić. Ostatnio mieliśmy też macicę z mięśniakami, która ważyła 4,5 kg – wspominają pracownicy zakładu.

Jak w fabryce

Wracamy do wycinków. Po pobraniu pakuje się je w gaziki. To część przygotowania ich do badania mikroskopowego. Zanim jednak patomorfolog otrzyma próbkę na szkiełku, upłynie trochę czasu. Gazikowe „węzłki” trafiają do procesora tkankowego, czyli maszyny wyposażonej w szklane pojemniki wypełnione różnymi odczynnikami. Najpierw przechodzą przez cztery naczynia z alkoholem i dwa z acetonem, tu tkanki ulegają odwodnieniu. Potem trzeba je przeświecić – kilka razy w ksylenie i parafinie. Potem technik zatapia materiał w parafinie, tworząc bloczek. Dziennie powstaje ich nawet 100.

– Gotowe bloczki chłodzimy w lodówce i kroimy na tzw. mikrotomie na cieniutkie plasterki-skrawki. Wrzucamy je do łaźni wodnej, żeby się rozprostowały i łatwiej je było nanieść na szkiełko. Niestety, nie mamy zatapiarki. Gdyby była, wycinki zaraz po pobraniu z materiału wkładałoby się do specjalnych, plastikowych kasetek, a nie do gazików i procedura byłaby nieco mniej skomplikowana i czasochłonna – mówi pani Bożena, starszy technik analityki medycznej z ponad 30-letnim stażem.

Sztuka barwienia

Szkiełka z preparatami trafiają w końcu do ciepłarki, aby pozbyć się resztek parafiny. Potem przychodzi moment na procedurę barwienia. Widzę przed sobą

kilkanaście metalowych pojemników z różnymi odczynnikami. Barwienie podstawowe – HE (hematoksylina / eozyna) – przechodzi każdy wycinek, a kolejne techniki diagnostyczne stosowane są w zależności od potrzeb. – Barwić też można maszynowo, ale ręczne barwienie jest bardziej precyzyjne, ponieważ umożliwia obserwację zachodzącej reakcji. Czasem zdarza się, że trzeba wykonać niestandardowe barwienie immunohistochemiczne, którego nie jesteśmy w stanie zrobić u siebie, wówczas piszemy wstępne rozpoznanie i kierujemy taki przypadek do ośrodka specjalistycznego, celem ustalenia ostatecznego rozpoznania – wyjaśnia dr Majewska. Na koniec trzeba jeszcze zamknąć preparat, czyli na szkiełko podstawowe nakłada się szkiełko nakrywkowe. Dopiero wówczas preparat jest przygotowany do oceny mikroskopowej przez patomorfologa.

Ktoś puka. To pielęgniarki z „ginekologii”. Przyszły z wycinkami w malutkich pojemniczkach. Polipy i wyskrobiny. – Tak małe materiały badamy w całości, zaraz po utwardzeniu w formalinie trafiają do procesora tkankowego. Z kolei wymazy i płyny nawet tej procedury nie przechodzą, tylko od razu są barwione – wyjaśnia dr Majewska.

Diagnoza

Powstałe na szkiełku gotowe preparaty są fioletowo-różowe. Jedne bledsze, inne całkiem ciemne. Im ciemniejszy kolor, tym bardziej prawdopodobne, że zmiana jest złośliwa. Czasem to widać już na pierwszy rzut oka. Wprawne oko doświadczonego patomorfologa jest tu niezbędne, bo preparaty mogą zaskakiwać. – Dlatego niezbędna jest informacja o materiale, który otrzymujemy, a także jak

Ktoś puka.
To pielęgniarki
z „ginekologii”.
Przyszły
z wycinkami
w malutkich
pojemniczkach.
Polipy
i wyskrobiny.



FOTO: Marta Jakubiak

Co pani najbardziej się podoba w tej pracy? – To, że tu nie ma rutyny.

najwięcej danych o pacjencie i jego schorzeniach. Na przykład bardzo przydatne są informacje o przebytej radioterapii, chemioterapii, hormonoterapii, wyniki badań obrazowych, data ostatniej miesiączki, dane dotyczące dotychczasowego leczenia. Całościowy obraz kliniczny i histopatologiczny pozwala na prawidłową diagnozę i dalsze postępowanie z pacjentem – opowiada dr Agnieszka Powała, patomorfolog pracująca w zakładzie patomorfologii bródnowskiego szpitala.

Po wyniki zlecający przychodzą sami, system elektroniczny jeszcze tu nie funkcjonuje. A jak długo czeka się na wynik? – U nas wyniki są zazwyczaj już na następny dzień. Zdarza się, że badanie trwa kilka dni, ale tylko wtedy, gdy przypadek jest skomplikowany i na przykład wymaga zastosowania dodatkowych technik histopatologicznych, ale wszystko odbywa się z zachowaniem czasu wyznaczonego w obowiązujących nas standardach – mówi dr Elżbieta Majewska.

Mrożak

– Intra przyszła! – słyszę z sąsiedniego pomieszczenia. To materiały śródoperacyjne. Trzeba się nimi natychmiast zająć, bo lekarze czekają z pacjentem na stole. Muszą jak najszybciej wiedzieć, czy zmiana jest złośliwa. Od tego zależy dalszy przebieg operacji. Dlatego wycinki przechodzą inną, przyspieszoną procedurę – patomorfolog ogląda świeży, nieutrwalony w formalinie materiał. Jeśli zmiana okaże się złośliwa, trzeba szybko przygotować preparaty mrożone. Nie ma czasu na przeprowadzenie standardowej procedury z wykorzystaniem procesora tkankowego, ciepłarki, i wykonania preparatów pa-

rafinowych. – Wycinki trafiają do tak zwanego mrożaka, gdzie są w ekspresowym tempie zamrażane i skrawane na skrawki grubości czterech mikromów, a następnie barwione. Cały zespół operujący czeka na nasz wynik, więc musimy jak najszybciej dać odpowiedź – mówi dr Majewska. Skoro to taka szybka metoda, to nie można jej wykorzystać do wszystkich materiałów? Po co procesor tkankowy? Na co parafinowe bloczki? – Preparat przygotowany za pomocą mrożaka nie we wszystkich przypadkach daje wyczerpującą odpowiedź co do rodzaju zmiany, dlatego badanie materiału z preparatów parafinowych jest niezbędne – wyjaśnia koordynator zakładu.

Pani od mózgów

Zakład bada też wycinki pobierane w czasie sekcji zwłok, choć nie zdarza się to często. Materiały sekcyjne stanowią mniej niż 10 proc. wszystkich zgonów w szpitalu. Dziś są do zbadania cztery mózgi. To specyficzny organ, musi utrwać się 2-3 tygodnie, wcześniej nie da się pobrać wycinków. Zajmuje się tym dr Anna Taraszewska, neuropatolog. – Układ nerwowy, w tym mózg, jest bardzo skomplikowany i delikatny, dlatego do jego badania potrzebny jest lekarz wąskiej specjalizacji. Metody badania patomorfologicznego są te same, co w przypadku pozostałych części ciała, ale w tkance mózgowej i obwodowych nerwach jest dużo specyficzności i na nieco inne kwestie trzeba zwrócić uwagę przy doborze wycinków – opowiada o swojej specjalności. Co pani najbardziej się podoba w tej pracy? – To, że tu nie ma rutyny. Każde badanie to nowe wyzwanie.

O to samo pytam dr Majewską. – Człowiek – odpowiada. ■

Czas pracy lekarzy

– rzeczywistość i oczekiwania

Na stronach Głównego Urzędu Statystycznego każdy Polak może wziąć udział w ogólnopolskim badaniu wynagrodzeń. Duże zaskoczenie to możliwość niezwykle szczegółowego określenia posiadanych kwalifikacji.

Wypełnienie pierwszej części – dotyczącej demografii, wieku, płci – nie stanowiło problemu. Informacje o wielkości firmy – prosiłem bardzo. Po kilku kliknięciach udało mi się znaleźć błąd w systemie. Nie był w stanie przyjąć wynagrodzenia w podstawowym miejscu pracy wynoszącego 0 zł. Po namyśle wpisałem 1500 – tyle, ile mniej więcej wynosi w moim szpitalu średnia dyżurowa (czyt. za nadgodziny). Na zakończenie badania wyświetliłem indywidualny raport, według którego mediana zarobków osób z moim stażem pracy i wykształceniem to 3990 zł brutto za 40 godz. pracy tygodniowo (25 zł/h), czyli o 2490 zł więcej, niż otrzymuję obecnie za 3-4 noce spędzane w szpitalu. Niektórzy młodzi lekarze dostają 12 zł za godzinę pracy w nocy. Mało pocieszające jest, że 25% osób z wyższym wykształceniem zarabia jeszcze mniej.

Z badania przeprowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską* w 2012 r. wynikało, że w więcej niż jednym miejscu pracuje 63% lekarzy i 32% lekarzy dentyków. W Polskiej ochronie zdrowia przyjął się model, że zarabia się „po pracy”. Żeby sprawdzić, jak jest obecnie, przeprowadziliśmy ankietę. W okresie od maja do września br. wzięło w niej udział 426 osób, które potwierdziły swój status indywidualnym nr PWZ. Anketa była kierowana głównie do młodych lekarzy i wśród respondentów znalazło się 49% lekarzy w wieku poniżej 35 lat (grupa wiekowa stanowiąca 20% wszystkich lekarzy w Polsce), a tylko 9,4% lekarzy w wieku 55 lat i więcej (33% wszystkich). Wśród respondentów było też więcej niż w ogólnej populacji lekarzy bez specjalizacji i specjalizujących się (46,2% vs 21%). Przeważali mężczyźni – 53,6% respondentów vs 39% w ogólnej populacji lekarzy i lekarzy dentyków. Można więc powiedzieć, że badanie odzwierciedla przede wszystkim opinie młodych lekarzy, mężczyzn, nieposiadających jeszcze specjalizacji.

Celem badania było uzyskanie opinii o czasie pracy zawodowej lekarzy oraz o ich oczekiwaniach co do czasu pracy.

Biorąc pod uwagę łączny czas spędzany w pracy (etat, umowa zlecenie, kontrakt), 50,7% respondentów podaje, iż pracują ponad 60 godz. tygodniowo, 4,8% respondentów ponad 100. Objawy przemęczenia i przepracowania zauważa u siebie 75,9% osób, a podobne symptomy widzi u 89,4% swoich kolegów.

Półowa biorących udział w ankiecie (50,5%) twierdzi, że normy czasu pracy nie są respektowane w ich miejscu zatrudnienia. Podawane przyczyny tego sta-

nu są liczne i zróżnicowane. Najczęściej wymieniono zbyt dużą ilość pacjentów, omijanie przepisów, presję pracodawcy, nieliczone nadgodziny. 35,6% uważa, że przyczyną jest nieprzestrzeganie przepisów przez pracodawcę, ale 71,2% godzi się na pracę w nadmiernym wymiarze godzin.

19,6% ankietowanych deklaruje wykonywanie zawodu w ramach wolontariatu. 7,2% spośród nich taka praca (za darmo) zajmuje przynajmniej 20 godz. w tygodniu. Prawie wszyscy respondenci (97%) chcieliby pracować poniżej 60 godz. w tygodniu, a 55,9% do 40 godz., czyli zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi norm czasu pracy.

Podsumowując wyniki ankiety, można sądzić, że potwierdza ona powszechne przekonanie, że lekarze pracują więcej niż powinni i więcej niż chcieliby pracować. Skrajnie długi czas pracy to już bardzo poważne zagrożenie dla pacjentów i samych lekarzy. Odbywa się bowiem kosztem snu, ze zmęczeniem i wypaleniem zawodowym włącznie, co także jest niebezpieczne, choć nie zawsze widoczne.

W badaniu tym nie pytaliśmy o oczekiwane wynagrodzenia, choć czas pracy i zarobki są bardzo ściśle ze sobą związane. Mimo że tylko 12% respondentów wskazało niskie zarobki jako przyczynę wydłużania pracy, dyskusje o tym „właściwym” czasie muszą uwzględniać uzyskiwane wynagrodzenie. Jest to bardzo ciekawy temat do dalszych analiz.

Ograniczeniem tego i podobnych badań jest subiektywność opinii respondentów. Uzyskanie informacji o rzeczywistym czasie pracy wymagałoby przeprowadzenia bezpośredniej obserwacji czasu pracy przez niezależnych badaczy, co z wielu względów jest bardzo trudne. Nie mamy też informacji, które pozwoliłyby ocenić, czy respondenci raczej zawyżają czy zaniżają liczby przepracowanych godzin i dni. Wyniki potwierdzają jednak, że czas pracy młodych lekarzy jest wyraźnie dłuższy niż określony prawem. Na pewno zmniejsza to atrakcyjność zawodu, powoduje powszechne wśród lekarzy przemęczenie, skłania do poszukiwania bardziej atrakcyjnych miejsc pracy. Wyniki potwierdzają także, że lekarze są potrzebni w wielu miejscach i nie unikają ciężkiej pracy, aby zapewnić chorym pomoc. Przede wszystkim jednak wskazują, że należy szybko zadbać o to, by liczba lekarzy zwiększyła się, mieli oni odpowiednie warunki pracy i płacy. Konieczne są rozwiązania systemowe gwarantujące przestrzeganie zasad dotyczących czasu pracy. ■



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji ds.
Młodych Lekarzy
NRL

Skrajnie długi
czas pracy to już
bardzo poważne
zagrożenie
dla pacjentów
i samych
lekarzy. Odbywa
się bowiem
kosztem snu,
ze zmęczeniem
i wypaleniem
zawodowym
włącznie, co
także jest
niebezpieczne,
choć nie zawsze
widoczne.

* Badanie było realizowane przez OSAI NIL.

Zawód wysokiego ryzyka

Co robić, gdy praca przejmuje kontrolę nad życiem? Jak odzyskać równowagę?
Z **Czesławem Michalczykiem**, psychologiem klinicznym i psychoterapeutą,
rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Lekarze to jedna z najbardziej zapracowanych grup zawodowych. Dlaczego?

Przede wszystkim dlatego, że trudno jest w tej profesji wyrysować jednoznaczną granicę pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym. Praca w jednym, ustalonym schemacie godzinowym bywa niemożliwa, co zaburza naturalny rytm funkcjonowania, poza tym dochodzi wiele obowiązków, które trzeba wykonać poza etatem, aby rozwijać się zawodowo. Niebagatelnym pozostaje też fakt, że lekarze to grupa deficytowa na rynku pracy, więc nietrudno o dodatkowe propozycje czy nadgodziny w podstawowym miejscu zatrudnienia.

Co w tym złego?

Nic, dopóki obowiązki służbowe nie zdominują naszego życia. Zawód ten potrafi dać dużo satysfakcji, ale można też się w nim przesadnie zatracić, co może prowadzić do niebezpiecznego w skutkach pracołizmu. Nieleczona choroba postępuje i może doprowadzić do bardzo poważnych konsekwencji, m.in. wypalenia zawodowego, kolejnych uzależnień, np. od alkoholu czy środków psychoaktywnych, a w skrajnych przypadkach kończy się nawet śmiercią. Chory wpływa też destrukcyjnie na swoją rodzinę, znajomych, kolegów z pracy i przede wszystkim – na pacjenta. Przepracowanie wiąże się z narastającym zmęczeniem, spada koncentracja, więc w konsekwencji i jakość świadczonych usług. Łatwiej o błąd, którego normalnie byśmy nie popeł-

nili. Nie można pomóc pacjentowi, gdy samemu nie jest się w pełni sił.

W dużej grupie ryzyka są młodzi lekarze...

Zdecydowanie tak. Na początku kariery zawodowej trzeba poświęcić mnóstwo czasu na doskonalenie zawodowe. Z drugiej strony ci ludzie dopiero co założyli rodziny i chcą, co naturalne, zapewnić jej byt. Aby sprostać tym wszystkim wyzwaniom, muszą brać kolejne dyżury. Niestety czasem nie potrafią się zatrzymać, aż w końcu doprowadzają się do takiego stanu, że nie mają czasu na rodzinę czy relacje ze znajomymi. Gdy zanika ich życie prywatne, jeszcze bardziej zatracają się w pracy, bo tylko ona im pozostaje. W ten sposób wpadają w pułapkę, z której trudno wyjść.

Uzależnienie od pracy przytrafia się także doświadczonym lekarzom.

Za czym oni tak pędzą?

Na pracołizm narażeni są ludzie o specyficznych cechach osobowości, na przykład osoby, które nie radzą sobie z problemami życia codziennego. Praca jest wówczas dla nich ucieczką i jedyną sferą, w której czują się pewnie. Problem ten może też dotyczyć lekarzy, którzy mają bardzo rozbudowaną chęć pomagania, szczególnie tych, którzy opiekują się ciężko chorymi pacjentami. Przyjmują chorych od rana do wieczora, bo przecież od nich zależy czyjeś życie, nie zważając na przemęczenie i możliwość popełnienia błędu. Problem ten występuje też u osób z tzw. perfekcyjną osobowością. Dla nich praca jest prawdziwą pasją, co samo w sobie jest bardzo dobrym zjawiskiem, bo mobilizuje do bycia twórczym, a dzięki pełnemu zaangażowaniu można bardziej pomóc pacjentom. Jest jednak i druga strona medalu. Pasjonaci wymagają od siebie perfekcyjnego działania, a żeby temu podołać, muszą nieustannie doskonalić swoje umiejętności i poświęcają temu zadaniu wiele godzin i energii. Paradoksalnie, osiągając skutek odwrotny od zamierzonego – w pewnym momencie jakość ich pracy spada, bo są przemęczeni. Wówczas jednak, zamiast przystopować, pracują jeszcze ciężiej, bo myślą, że angażują się niewystarczająco. I tak w kółko. Po pewnym czasie pasja do pracy staje się obsesją, co jest prostą drogą do uzależnienia. Na pracołizm narażeni są też ludzie, którzy mają problem z asertywnością. Nie potrafią odmówić, gdy ktoś ich prosi o wzięcie dodatkowego dyżuru albo kilku godzin więcej w poradni.

Jak rozpoznać, że mamy do czynienia ze zbyt wielką, wyniszczającą chęcią do pracy?

Niebezpieczna staje się sytuacja, kiedy obowiązki

zawodowe zaczynają wypełniać wszelkie aspekty naszego życia. Gdy przestajemy mieć czas dla rodziny i przyjaciół, nie mamy poza pracą innych zainteresowań. Na przykład zjawiskiem, które powinno zaniepokoić, jest tzw. nerwica niedzielna. Gdy pracoholik ma dzień wolny, to jest nerwowy, drażliwy, nie potrafi znaleźć sobie miejsca. Nie umie zorganizować sobie czasu w inny sposób niż poprzez pracę. Co więcej, również podczas spotkań ze znajomymi rozmawia ciągle o pacjentach, chorobach i innych zagadnieniach związanym z wykonywanym zawodem, nie ma niezwiązanego z pracą hobby. Pracoholizm wiąże się też z objawami somatycznymi, np. osoby uzależnione cierpią na choroby sercowo-naczyniowe, wyczerpanie fizyczne, brak koncentracji, bezsenność, nie potrafią zrelaksować się, ciągle myślą o pracy.

Kiedy ludzie orientują się, że coś jest nie tak?

Niestety zdarza się, że bardzo późno. Pracoholicy długo nie zauważają, że mają problem, bo ich zachowanie, szczególnie w początkowej fazie, jest aprobowane przez otoczenie. Ci, którzy dużo i ciężko pracują, są postrzegani jako osoby zaradne, które potrafią zadbać o siebie i najbliższych, a koledzy z pracy mają pewność, że przyśłowiu „Kowalski” zawsze weźmie za nich dyżur, gdy go o to poprosimy. Często rodzina wzmacnia jeszcze to uzależnienie, bo praca daje wymierne korzyści. Nawet gdy pojawiają się pretensje, że współmałżonek bierze na siebie za dużo obowiązków służbowych, zaniedbując bliskich, to chory argumentuje, że przecież robi to dla ich dobra, że przecież tego się od niego wymaga. Dopiero, gdy relacje rodzinne ulegają poważnym destrukcjom, problem zaczyna być widoczny. Niestety czasem to już moment, gdy choroba zebrała już pierwsze żniwa, np. doszło do rozpadu rodziny, rozstroju zdrowotnego czy błędu w pracy. Często uzależnienie od pracy jest diagnozowane dopiero w gabinecie psychologicznym. Osoby chore zgłaszają się z problemami z koncentracją, zaburzeniami snu, skarżą się, że nie radzą sobie w pracy, że mają problemy małżeńskie i dopiero po wnikliwej analizie wychodzi na jaw, że prawdziwą przyczyną ich dolegliwości jest pracoholizm.

Jak przestać być pracoholikiem?

To jest uzależnienie psychiczne, a droga wyjścia nie jest prosta. Są różne terapie, zarówno indywidualne, jak i grupowe, powstają też tzw. grupy samopomocowe anonimowych pracoholików. Na początek trzeba uświadomić sobie, że to, co robimy, jest destrukcyjne. Trzeba zauważyć szkody, które wynikają z przepracowania. Dopiero wówczas można próbować wyjść z tej choroby. Często pracoholik sam nie jest w stanie sobie pomóc, dlatego ważna jest rola rodziny, znajomych i współpracowników. To oni są pierwszymi obserwatorami rozwoju tej choroby i to właśnie oni mogą w porę zareagować. To jednak dopiero pierwszy krok. Bywa, że nawet jak widzimy problem, to nie potrafimy mu zaradzić. Sam miewałem takich pacjentów, którzy oczekiwali ode mnie pomocy, ale upływało dużo czasu, zanim znaleźli się w moim gabinecie, bo oczywiście nie mieli czasu z powodu nadmiaru obowiązków. ■

Niestety czasem nie potrafią się zatrzymać, aż w końcu doprowadzają się do takiego stanu, że nie mają czasu na rodzinę czy relacje ze znajomymi. Gdy zanika ich życie prywatne, jeszcze bardziej zatracają się w pracy, bo tylko ona im pozostaje. W ten sposób wpadają w pułapkę, z której trudno wyjść.

Lucyna
Krysiak

Medycyna personalizowana

Dzięki rozwojowi genetyki i nowoczesnych metod biologii molekularnej możliwe stało się dostosowywanie terapii do konkretnego pacjenta poprzez dobieranie właściwego leku w odpowiedniej dawce i czasie. To medycyna personalizowana, która obecnie zaczęła coraz śmielej wkraczać do codziennej praktyki lekarskiej.

Szczególne nadzieje z medycyną personalizowaną wiąże onkologia. Obecne metody diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych nie są satysfakcjonujące. Ich diagnostyka oparta o molekularny obraz pozwoli na dobranie najbardziej skutecznego farmaceutyku, a testy farmakogenetyczne umożliwią przewidzenie reakcji pacjenta na leczenie. Zanim jednak wizja medycyny personalizowanej stanie się rzeczywistością, trzeba będzie sprostać wyzwaniom, jakie ze sobą niesie. W Polsce kluczowe problemy do rozwiązania to stworzenie możliwości finansowania diagnostyki molekularnej ze środków publicznych (obecnie koszty pokrywają głównie firmy farmaceutyczne), standaryzacja pracy laboratoriów genetycznych i szeroko pojęta edukacja zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Eksperci są zgodni, że realizacja tych założeń wymaga zmian systemowych. Co kryje się za tym sformułowaniem i czy polska opieka zdrowotna jest w stanie ich dokonać?

Od uniwersalizmu do indywidualizacji

Diagnostyka chorób o podłożu genetycznym, określanie ryzyka zachorowania w przyszłości, przewidywanie negatywnej reakcji na leczenie i w końcu opracowanie skutecznych terapii celowanych, stosownie do profilu molekularnego danej osoby, stały się możliwe dzięki rozwojowi genetyki człowieka. Gwałtowny postęp medycyny personalizowanej jest zauważalny zwłaszcza w onkologii. Dostosowywanie metod leczenia do indywidualnych cech pacjenta i jego choroby w praktyce oznacza wyodrębnianie podgrup pacjentów podobnych pod względem charakterystyki molekularnej danego biomarkera (np. występowania konkretnej mutacji) w ramach jednej jednostki chorobowej. Pozwala to u wyłonionej podgrupy chorych, odpowiednio dobranej, zastosować skuteczniejszą i bezpieczniejszą terapię. Takie działanie oznacza zmianę paradygmatu opieki medycznej – przejście od uniwersalizmu do indywidualizacji leczenia. Nowe podejście ma przynieść wielkie korzyści pacjentom, lekarzom i systemowi ochrony zdrowia. Wymaga jednak zmian w mentalności twórców nowego systemu, w tworzeniu mechanizmów diagnozowania i leczenia zgodnie z nowymi paradygmatami, a także zmian w kształceniu kadr medycznych. Wiedzę o związku poszczególnych biomarkerów z zachorowaniami na różne typy nowotworów coraz częściej wykorzystuje się do opracowywania narodowych programów walki z rakiem. Ich wdrażanie zdominuje medycynę przyszłości. Jednym z państw, gdzie wdrożono te założe-

nia jest Wielka Brytania. – Genetyka, genomika i nauki pokrewne stanowią w naszym kraju trzon wszystkich programów studiów medycznych. Diagnostyka molekularna jest ujęta w programach na różnych poziomach kształcenia, zarówno na uczelniach krajowych, jak i w ramach edukacyjnych programów międzynarodowych – tłumaczy prof. Rory Shaw, dyrektor ds. medycznych w Healthcare UK. W brytyjskim strategicznym planie walki z rakiem znalazły się projekty takie jak „The CRUK Stratified Medicine Programme”, w którym zostało wykonanych 40 000 testów genetycznych dla sześciu rodzajów nowotworów oraz 100 000 Genomes Project, zakładający odczytanie genomów 100 tys. chorych na nowotwory i choroby rzadkie. Dla realizacji tego projektu brytyjski NHS powołał w pierwszym etapie 11 ośrodków badawczych nad genomem, budując trzon jednej z największych na świecie sieci współpracy tego typu. Dzięki ich działaniu, pacjenci zakwalifikowani do badań otrzymają możliwość uzyskania terapii optymalnie dobranej do ich profilu genetycznego. National Health Service świadczy mieszkańcom Wielkiej Brytanii usługi w zakresie opieki zdrowotnej bezpłatnie, w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Wprowadzanie nowych technologii jest tam traktowane priorytetowo.

Od nauki do praktyki

Od lat obserwuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań na nowotwory (1-2 proc. rocznie), co stanowi poważne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Medycyna personalizowana i diagnostyka molekularna, będąca jej częścią składową, stanowią ogromną szansę dla wczesnej diagnozy i skuteczniejszego leczenia „epidemii raka”. Zwłaszcza, że aż 73 proc. aktualnie badanych terapii onkologicznych zalicza się do kategorii terapii personalizowanych. Ale jak wyjść z medycyną personalizowaną z instytutów naukowych do chorych, jak przełożyć naukę na praktykę kliniczną? Co zrobić, aby nauka przyniosła wymierną korzyść pacjentom zmagającym się ze swoją chorobą? Uznano, że najważniejsze to dostosowanie metod oceny technologii medycznych do wartości medycyny personalizowanej, zdefiniowanie i wprowadzenie ścieżek szybkiego dostępu do leków, zapewnienie ciągłego rozwoju zawodowego dla pracowników służby zdrowia, uznanie kluczowej roli biobanków, opracowanie mechanizmów finansowania terapii. Uwzględniając te warunki, można stwierdzić, że polski system opieki

Medycyna
personalizowana
i diagnostyka
molekularna,
będąca jej częścią
składową, stanowią
ogromną szansę dla
wczesnej diagnozy
i skuteczniejszego
leczenia „epidemii
raka”. Zwłaszcza, że
aż 73 proc. aktualnie
badanych terapii
onkologicznych
zalicza się do
kategorii terapii
personalizowanych.

onkologicznej nie jest na to przygotowany. W Polsce lekarze poznają możliwości diagnostyki molekularnej dopiero podczas kursów specjalizacyjnych, a nie studiów, jak w Wielkiej Brytanii, we Francji czy USA. Wyzwaniem systemowym jest wprowadzenie obowiązkowych standardów jakości w zakresie przygotowania materiału do testów genetycznych, ich realizacji i odpowiedzialności za ich wynik. Dzisiaj, w zależności od laboratorium, zdarzają się różnice w wynikach badań. To znaczy, że medycyna personalizowana jest w Polsce na początku drogi. Dr n. med. Artur Kowalik, kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii uważa, że mimo braków rozwiązań systemowych, są ośrodki, w których może być z powodzeniem prowadzona, ale to zależy od polityki kierownictwa takiego ośrodka. – Potrzeba dalekowzrocznego spojrzenia, tworzenia przestrzeni dla nowych terapii i przekonania, że nakłady poniesione na wysokiej jakości nowoczesny sprzęt i technologie to inwestycje, które się zwracają – tłumaczy dr. A. Kowalik i przekonuje, że jeśli się bliżej temu przyjrzyć, generują oszczędności na nieskutecznym leczeniu onkologicznym pacjentów. Dr Kowalik zaznacza, że choć otwartość ośrodków na leczenie personalizowane jest nie do przecenienia, to niezbędna jest kontrola jakości badań diagnostycznych. Uważa, że równie istotnym problemem jest brak wyodrębnionego finansowania procedur diagnostyki molekularnej.

Światło w tunelu

Jak pokazują brytyjskie, francuskie czy amerykańskie doświadczenia, strategiczne wdrożenie diagnostyki molekularnej i medycyny personalizowanej to inwestycja, która pozwala na oszczędności (we Francji to kilkadziesiąt milionów euro rocznie). W Polsce diagnostyka molekularna jest dramatycznie niedofinansowana – to najniższe kontraktowana specjalizacja spośród wszystkich specjalności medycznych. Niedobory finansowe skutkują ograniczeniami w dostę-

pie pacjentów do badań i poradnictwa genetycznego. Obecnie placówki zajmujące się poradnictwem i diagnostyką genetyczną funkcjonują przy dużych ośrodkach akademickich i onkologicznych. Tylko tam jest możliwe uzyskanie świadczeń z zakresu genetyki na odpowiednim poziomie. – Ze względu na poważne niedofinansowanie poradnictwa i badań genetycznych, dostęp do tych usług w Polsce z roku na rok maleje – ubolewa prof. dr hab. n. med. Maria Sasiadek, konsultant krajowy ds. genetyki klinicznej. I dodaje, że obok placówek podlegających kontroli Ministerstwa Zdrowia funkcjonują w Polsce laboratoria prywatne. Tych jednostek nie obejmują jednolite procedury i system walidacji. Laboratoria prywatne nie zabezpieczają też dostępu pacjentów do kompleksowego poradnictwa genetycznego – nierzadko pacjenci zostają sami z dramatycznym wynikiem badania w ręku. Jednak pojawiło się światło w tunelu, które zwiastuje zmiany na lepsze. Ministerstwo Zdrowia czyni starania, by do następnego kontraktowania świadczeń (czerwiec 2016 r.) znacząco poprawić sytuację w zakresie nakładów na diagnostykę genetyczną. Powstał projekt utworzenia spójnie finansowanej sieci placówek, złożonej z laboratoriów i poradni genetycznych, w których zostaną zapewnione poradnictwo i diagnostyka genetyczna zarówno dla osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem dziedzicznych predyspozycji do nowotworów, jak również będą wykonywane badania genetyczne komórek i tkanek nowotworowych dla celów diagnostycznych, prognostyczno-terapeutycznych i predykcyjnych. Projekt ten uzyskał akceptację Krajowej Rady ds. Onkologii i jest przedmiotem analizy w Ministerstwie Zdrowia. Jeśli zostanie wdrożony, będzie przepustką do poprawy dostępu pacjentów do badań i poradnictwa genetycznego, a co za tym idzie, efektywnego funkcjonowania modelu medycyny personalizowanej w systemie opieki onkologicznej w Polsce. Projekt daje nadzieję, że w niedalekiej przyszłości założenia medycyny spersonalizowanej w Polsce staną się normą. ■

Wyzwaniem systemowym jest wprowadzenie obowiązkowych standardów jakości w zakresie przygotowania materiału do testów genetycznych, ich realizacji i odpowiedzialności za ich wynik. Dzisiaj, w zależności od laboratorium, zdarzają się różnice w wynikach badań. To znaczy, że medycyna personalizowana jest w Polsce na początku drogi.

25-lecie PSML w Wilnie

Z okazji jubileuszu w Domu Kultury Polskiej w Wilnie odbyła się Międzynarodowa Konferencja poświęcona historii medycyny wileńskiej, zorganizowana przez Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie (PSML) oraz Federację Polonijnych Organizacji Medycznych (POM). Przedstawiono m.in. prezentację działalności PSML i Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Program konferencji przygotowali: dr Bronisława Siwicka – przewodnicząca Rady Programowej wraz z zespołem, prof. Marek Rudnicki (Stany Zjednoczone), prof. Ramuald Brazis (Litwa), prof. Alina Midro (Polska), prof. Eugenius Vasilevskis (Litwa), dr Daniel Sabat (Polska), doc. Žana Bumbulienė (Litwa), dr Kazimierz Nowak (Wielka Brytania), dr Bogdan Milek (Niemcy), dr Maria Kempo (Polska).

Przedstawiono ponad 40 referatów z rozmaitych ośrodków historii medycyny w Polsce: z Warszawy, Wrocławia, Poznania, Gdańska, Krakowa, Łodzi, Katowic, Częstochowy, jak również z Litwy. Wszystkie dotyczyły historii medycyny wileńskiej. Obrady odbywały się w dwóch równoległych salach, prowadzone przez 19 doświadczonych moderatorów.

Na konferencję przybyło wielu zacnych gości. Cieszymy się, że uczestnicy byli zadowoleni z pobytu w Wilnie i obiecali odwiedzić nasze piękne miasto ponownie.

Federacja POM zaprasza na IX Światowy Kongres Polonii Medycznej, który odbędzie się w dniach 2-5 czerwca 2016 r. w Warszawie. ■

Bronisława Siwicka

Przewodnicząca Rady Programowej Konferencji, wieloletni prezes PSML, wiceprezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

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

Premium



Dlaczego profilaktyka to inwestycja?

**Mariusz
Tomczak**

Zdrowie obywateli ma wpływ na rozwój kraju, a starzenie się populacji może trwale wpłynąć na jego społeczno-polityczne oblicze. Co czeka Polskę w przyszłości?

W niedawno opublikowanym raporcie badawczym Fundacji Na Rzecz Zdrowego Starzenia Sie¹ jego autorzy, dr n. hum. Filip Raciborski i prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, pokazują, w jaki sposób starzenie się społeczeństwa koreluje z występowaniem chorób przewlekłych, jakie ma to konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej i dlaczego stanowi wyzwanie dla systemu emerytalnego i zabezpieczenia społecznego, czyli de facto dla całego państwa. Prognozy demograficzne dla Polski nie napawają optymizmem. O ile dziś, na tle innych krajów naszego kontynentu, mamy relatywnie młodą populację, o tyle już za mniej niż 40 lat średnia wieku Polaków (52 lata) będzie należała do jednej z najwyższych w Europie². W 2012 r. współczynnik dzietności w Polsce wyniósł ok. 1,3³. To jeden z najgorszych wyników w Europie (przypomnijmy, że zastępowalność pokoleń zapewnia współczynnik na poziomie nie mniej niż 2,1). Za pół wieku na jedną osobę pracującą może przypadać jeden emeryt, a Polska stanie się drugim krajem z najwyższym efektywnym współczynnikiem obciążenia demograficznego w UE⁴.

Epidemiologia grupy przewlekłych chorób zapalnych mediowanych immunologicznie (IMIDs) kształtuje się w Polsce na podobnym poziomie jak w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Na łuszczycę leczy się ok. 140 tys. Polaków (co stanowi 0,34 proc. ogółu populacji). „Koszty bezpośrednio z nią związane określane są na około 30 mln zł rocznie, podczas gdy wszystkie usługi medyczne dostarczone tej populacji (wynikające między innymi z chorób współistniejących) kosztują budżet NFZ ponad 500 mln zł rocznie” – piszą autorzy raportu, powołując się na dane NFZ z 2010 r. Przy okazji warto zaznaczyć, że łuszczycą zwiększa ryzyko wystąpienia m.in. chorób układu krążenia, metabolicznych, nowotworowych i psychiatrycznych, a także zawału serca czy nowotworów skóry, a 5-30 proc. chorych na łuszczycę zmagają się też z łuszczycowym zapaleniem stawów.

Jeszcze większy problem dotyczy reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), na które cierpi obecnie ok. 162 tys. osób (tj. 0,42 proc. populacji), a koszty bezpośrednie leczenia przekraczają 200 mln zł rocznie. Ogół kosztów generowanych przez pacjentów z RZS rocznie sięga aż 1,2 mld zł. RZS nie tylko prowadzi do zmniejszenia ruchomości stawów,

a w konsekwencji do niepełnosprawności ruchowej i inwalidztwa, ale może skutkować także uszkodzeniem narządów wewnętrznych (nerki, serce, płuca) i zmianami w narządzie wzroku, co generuje dodatkowe koszty leczenia. Natomiast z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna (ChLC) leczy się obecnie ok. 13 tys. osób (czyli ok. 0,03 proc. populacji), co pochłania 25 mln zł rocznie, podczas gdy wydatki NFZ na wszystkie usługi medyczne w Polsce to ok. 140 mln zł. 80 proc. pacjentów przynajmniej raz na 10-20 lat wymaga interwencji chirurgicznej.

To tylko wybrane przykłady. Koszty bezpośrednie związane z chorobami przewlekłymi, w szczególności należącymi do IMIDs, stanowią niewielką część kosztów całkowitych choroby. Dominują przede wszystkim koszty pośrednie związane m.in. z utratą produktywności. W przypadku IMIDs – jak wynika z analiz CEESTAHC dokonanych z wykorzystaniem danych portalu statystycznego ZUS – w każdym kolejnym roku (na trzy obserwowane lata) mamy do czynienia z 20-30-procentowym wzrostem kosztów leczenia wynikającym z postępu choroby. Łączne koszty absencji chorobowej oraz rent z tytułu niezdolności do pracy w RZS, łuszczycy i ChLC wynoszą odpowiednio 413,4, 76,8 i 43,2 mln zł. O znacznie większych kwotach mówi się w przypadku oszacowania łącznych kosztów związanych utratą wydajności pracowników (odpowiednio): 1,56, 7,92 i 0,08 mld zł⁵.

W kontekście ilości osób spełniających definicje niepełnosprawności prawnej i biologicznej (z danych GUS wynika, że jest to odpowiednio 3,1 mln i 4,2 mln osób), zapobieganie i przeciwdziałanie trwałej niepełnosprawności związanej z chorobami przewlekłymi jest niesłychanie ważne. „Problem ten winien być rozpatrywany nie tylko w perspektywie pojedynczej osoby, lecz także rodziny i całego gospodarstwa domowego” – podkreślają autorzy raportu. Liczba gospodarstw domowych, w których jest osoba niepełnosprawna, to 2,7 mln (tj. 22,1 proc. ogółu społeczeństwa), a problem niepełnosprawności pośrednio lub bezpośrednio dotyka ok. 7,8 mln Polaków.

Patrząc na wydatki, jakie generują chorzy obywatele, zawsze należy pamiętać, że inwestowanie w zdrowie osób pracujących przynosi korzyści, choćby w postaci redukcji ich absencji chorobowej. Autorzy raportu powołują się m.in. na badania Lydii Abásolo przeprowadzone w grupie osób

24-27.09

Odbyły się finały XIV Otwartych Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym. Po raz drugi, po dziewięciu latach, miasto Łódź gościło najlepsze w kraju Zespoły RM, wyłonione wcześniej podczas krajowych eliminacji. Głównym organizatorem była Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi.



pracujących w Hiszpanii, które cierpią na choroby narządu ruchu. Okazuje się, że interwencja na wczesnym etapie choroby wyraźnie zmniejsza średni czas przebywania na zwolnieniu lekarskim o prawie 37 proc. i o połowę ogranicza liczbę długoterminowych zasiłków chorobowych. Z przeprowadzonej analizy ekonomicznej wynika, że każdy zainwestowany w ten sposób dolar zwrócił się aż 11-krotnie⁶. Natomiast analizy przeprowadzone przez National Audit Office (Wielka Brytania) pokazują, że chorobami narządu ruchu, którym towarzyszy postępowanie niepełnosprawności (HAQ⁷ > 1), związany jest gwałtowny wzrost ryzyka utraty pracy. Koszty bezpośrednie leczenia osób z lekką niepełnosprawnością (HAQ 0,5-1) są, niemal o połowę niższe niż wówczas, gdy niepełnosprawność się pogłębi (HAQ > 2)⁸. Zdolność do pracy maleje także w przypadku zaburzeń i schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) i to nie tylko dlatego, że część z nich prowadzi do niepełnosprawności. W 2013 r. schorzenia układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej były w Polsce czwartą (po ciąży, urazach oraz chorobach układu oddechowego) najczęstszą przyczyną absencji w pracy z powodu choroby⁹. Rok wcześniej wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy sięgnęły niemal 15,1 mld zł, z czego 1,96 mld (tj. 13 proc.) stanowiły koszty związane właśnie z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (dla porównania: w przypadku nowotworów było to 1 mld zł)¹⁰.

Przemiany demograficzne, które coraz silniej wpływają na polski rynek pracy, sprawiają, że zmniejsza się liczba osób w wieku produkcyjnym, a zwiększa w wieku poprodukcyjnym. „Doprowadzi to do przeciążenia systemu zabezpieczeń społecznych oraz systemu opieki zdrowotnej, a w szerszej perspektywie do zastopowania wzrostu gospodarczego” – alarmują autorzy raportu. Postępujące starzenie społeczeństwa jest równoznaczne ze wzrostem częstości występowania chorób przewlekłych, w tym również tych, które bezpośrednio wpływają na zdolność do pracy, zwiększając koszty opieki zdrowotnej. „Przełoży się to na dalsze pogłębienie kryzysu rynku pracy spowodowanego wzrostem liczby osób biernych zawodowo” – przestrzegają. Na jedną osobę statystycznie przypada 1,5 schorze-

nia przewlekłego. Dotyczy to populacji osób w wieku 15 lat i więcej (1,2 wśród mężczyzn, 1,7 wśród kobiet). Wraz z wiekiem zwiększa się też liczba schorzeń przewlekłych przypadających na osobę. „W grupie 15-19 lat to 0,4 (1,5 wśród obecnie chorujących), a 80 lat i więcej 3,7 (3,9 wśród obecnie chorujących). (...) Uwagę zwraca częste współwystępowanie chorób i dolegliwości przewlekłych w szóstej i siódmej dekadzie życia, czyli wśród osób, które winny być jeszcze aktywne zawodowo. Statystycznie na każdą osobę w wieku 50-59 lat przypadają dwie choroby lub schorzenia przewlekłe. W grupie 60-69 lat, jest to już 2,8” – podkreślają autorzy, opierając się na danych GUS¹¹.

Przykład chorób z grupy IMIDs pokazuje, że nakłady ponoszone na wczesną diagnostykę, opiekę zdrowotną i rehabilitację są inwestycją przynoszącą zysk. Potwierdzają, że zdecydowanie lepiej jest zapobiegać, niż leczyć. Tymczasem w naszym kraju nie ma skutecznych mechanizmów ograniczających wpływ chorób przewlekłych na rynek pracy. To między innymi dlatego konieczna jest międzyresortowa współpraca, by społeczeństwo było w jak najlepszej kondycji, a osoby, które z powodów zdrowotnych są zagrożone długotrwałą absencją czy niepełnosprawnością, otrzymały pomoc ułatwiającą powrót do pracy. „By utrzymać osoby w piątej i szóstej dekadzie życia w zdrowiu, konieczne jest podjęcie działań wyprzedzających, opartych przede wszystkim na profilaktyce i edukacji” – tłumaczą autorzy raportu. Instytucje państwowe powinny wspierać pracodawców i pracowników, by uchronić ich przed negatywnym następstwem chorób przewlekłych (zwłaszcza w zakresie MSD i IMIDs). Należałoby zastanowić się nad zmianą roli lekarza medycyny pracy. Warto także inwestować we wczesną diagnostykę opartą na niskokosztowych i dostępnych powszechnie metodach, a rehabilitacja powinna być dostępna już w pierwszym okresie choroby. Dzięki takim działaniom można znacznie opóźnić postępy chorób, a w niektórych przypadkach uzyskać remisję. Należy premiować aktywizację zawodową osób już chorych i niepełnosprawnych, co w praktyce oznacza odejście od modelu wyrównującego niższe dochody z zatrudnienia (lub ich brak) w stronę zachęt do wchodzenia i pozostania na rynku pracy. ■

- 1 Fundacja Na Rzecz Zdrowego Starzenia Sie (2015), Konstruktywni. Zdrowi – Aktywni – Konstruktywni.
- 2 M. Waligórska, Z. Kostrzewa, M. Potyra, L. Rutkowska (2014), Population Projection 2014-2050.
- 3 World Bank (2015), What's Next in Aging Europe: AGING : Aging with growth in Central Europe and the Baltics.
- 4 European Union (2012), The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060).
- 5 Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (2014), Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie – ocena kosztów pośrednich w Polsce.
- 6 L. Abásolo, et al. (2005), A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders, Ann Intern Med.
- 7 HAQ (the Health Assessment Questionnaire) – kwestionariusz umożliwiający określenie długofalowego wpływu choroby przewlekłej na życie pacjenta.
- 8 D. Xu, C. Groom, M. Taylor (2009), Economic Models of Identification and Treatment of Early Rheumatoid Arthritis, National Audit Office.
- 9 Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2014), Absencja chorobowa w 2013 roku.
- 10 Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2014), Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012 r.
- 11 Główny Urząd Statystyczny (2011), Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.



**Maria
Domagała**

Szwedzkie państwo zapewnia wszystkim opiekę medyczną i socjalną, toteż tu także nie ma obowiązku opieki nad bliskimi. Co nie znaczy, że członkowie rodzin tego nie robią. Można nawet zatrudnić się jako opiekun i otrzymywać za to wynagrodzenie (pracodawcą są władze lokalne).

Pomoc bliskim: lepszy obowiązek czy jego brak?

W niektórych krajach prawo nie obliuguje do opieki i pomocy starszym, chorym, niepełnosprawnym członkom rodziny. I paradoksalnie – tam ich opiekunowie otrzymują należyte wsparcie. Natomiast w krajach, w których prawo nakazuje pomagać bliskim w potrzebie, wsparcie bywa niewystarczające.

W Anglii nie ma obowiązku udzielania finansowej pomocy i opieki członkom rodziny (poza współmałżonkami i nieletnimi dziećmi). Mimo to, a może właśnie dlatego rozwinął się system wsparcia dla opiekunów nieformalnych (zapoczątkowany w latach 70. ub. wieku). Takim opiekunem jest co dziesiąty Brytyjczyk – niekoniecznie członek rodziny, ale też partner, przyjaciel, sąsiad. Kryteria zdolności do świadczenia opieki oraz oceny potrzeb podopiecznego i opiekuna określa ustawa. Ten drugi musi mieć ponad 16 lat, nie być stacjonarnym uczniem, zarabiać nie więcej niż 100 funtów na tydzień; przysługuje mu wynagrodzenie (ok. 60 funtów na tydzień), jeśli pracuje ponad 35 godzin tygodniowo, a jego podopieczny jest w pełni niepełnosprawny. Ma wtedy ubezpieczenie i prawo do płatnego urlopu. W 2008 r. pensję opiekuna otrzymywało ok. 0,5 mln osób, tyle samo inne świadczenia. Kobiety to 61 proc. opiekunów, 45 proc. – współmałżonkowie, 40 proc. – dzieci; 72 proc. ma poniżej 65 lat, a podopieczni powyżej 65 lat stanowią 70 proc.

Istnieje fundusz na finansowanie wsparcia dla opiekunów, np. na opłacenie zastępstwa, szkolenia i kursy. Władze lokalne są zobowiązane pomagać w zaspokajaniu ich potrzeb, np. do odpoczynku, nauki itd. Jeśli opiekun może i chce dodatkowo pracować, okręgowe centrum pracy dodatkowej pomoże mu znaleźć zajęcie.

Szwedzkie państwo zapewnia wszystkim opiekę medyczną i socjalną, toteż tu także nie ma obowiązku opieki nad bliskimi. Co nie znaczy, że członkowie rodzin tego nie robią. Można nawet zatrudnić się jako opiekun i otrzymywać za to wynagrodzenie (pracodawcą są władze lokalne). Środowiskowa opieka instytucjonalna

jest dobrze rozwinięta, a mimo to opiekunowie rodzinni wykonują coraz więcej usług. Ponieważ w Szwecji stawia się na umożliwienie seniorom życia w ich środowisku, jak długo się da, w budżetach lokalnych jest coraz więcej środków na pomoc opiekunom.

W Norwegii wsparcie dla osób z różnymi potrzebami opiekuńczymi to również zadanie samorządów lokalnych. Mogą one wypłacać pensje opiekunom rodzinnym, jeśli uzasadnia to stan podopiecznych i taka opieka jest dla nich najlepsza. Większość opiekunów jest w wieku produkcyjnym, 82 proc. to kobiety. Średnia miesięczna pensja opiekuna w 2010 r. wynosiła 5700 koron (730 euro), średnie obciążenie tygodniowe 10,6 godzin.

Również w Danii nieformalny opiekun rodzinny może być zatrudniony przez lokalne władze – o ile podopieczny kwalifikuje się do domu opieki, ale woli własny dom, a zakres pracy opiekuna odpowiada pełnemu etatowi. Wynagrodzenie – 3/4 średniej (2011).

Podobnie w Holandii władze lokalne mają obowiązek zapewnić wsparcie i pomoc dla nieformalnych opiekunów. Dostępne są świadczenia finansowe i liczne udogodnienia. Pacjent ze swojej renty lub budżetu na opiekę może opłacić opiekuna, ma też prawo do dodatkowego zasiłku (250 euro rocznie) na ten cel. Opiekunami w 2007 r. było 1,7 mln Holendrów (10 proc.), w tym 61 proc. kobiet, najczęściej rodziców (42 proc.) i współmałżonka (20 proc.), przez średnio ponad 5 lat po 22 godziny tygodniowo.

W Hiszpanii pomoc finansowa dla opiekunów rodzinnych to jedno ze świadczeń długoterminowej opieki zdrowotnej. Przysługuje członkom rodziny

– głównym opiekunom, gdy podopieczny przebywa w domu, gdzie ma warunki do opieki. Jest to rozwiązanie wyjątkowe, gdyż starsi i niepełnosprawni mają zapewnioną opiekę instytucjonalną w centrach opieki w ramach zabezpieczenia niepełnosprawnych z tytułu powszechnej opieki zdrowotnej. Opiekunowie korzystają też ze szkoleń, informacji i zastępstwa na czas urlopu.

Wsparcie dla opiekunów osób niepełnosprawnych w Niemczech nie jest wyodrębnione z opieki społecznej. Landy zapewniają formy instytucjonalne, a lokalne władze i liczne organizacje (głównie prywatne) wspierają rodziny w opiece domowej nad dziećmi ze specjalnymi potrzebami, starszymi i chorymi. Obowiązkowe ubezpieczenie opiekuńcze (istnieje od 1994 r.) pozwala na korzystanie z osobistych i rodzinnych usług wspierających, jak np. specjalne szkolnictwo dla dzieci, opiekuńcze świadczenia środowiskowe dla wszystkich potrzebujących oferowane głównie w środowisku i w trybie dziennym.

Uprawniony do opieki całodobowej może wybrać, czy chce ją otrzymywać w domu (wtedy dostaje pieniądze na zakup potrzebnych usług) czy instytucjonalnie. Można też płacić za opiekę członkom rodziny, którym przysługuje bezpłatne szkolenie w zakresie opieki i pielęgnacji. Opiekunowie nieformalni mają ubezpieczenie finansowane z polisy podopiecznego.

Tam, gdzie obowiązek jest

We Francji opieka nad bliskimi (małżonkami, rodzicami, dziećmi) to prawny obowiązek, który może być wymuszony sądownie. Wsparcie państwa dla nieformalnych opiekunów zapewniają regulacje odnoszące się do rodziny. Ci szczególnie obciążeni pracą, np. przy opiece nad osobami z demencją, mają prawo do zasiłku na opłacenie fachowej pomocy; zasiłek nie przysługuje, gdy mają własne świadczenie (rentę, emeryturę). Wyspecjalizowane instytucje lokalne i organizacje non-profit udzielają informacji, porad, wsparcia psychologicznego, szkołą.

Belgijskie prawo zobowiązuje do zapewnienia minimalnego standardu życia członkom rodzin, np. dzieci mają obowiązek udziału w kosztach pobytu rodziców w domach opieki. Nie ma krajowej strategii wspierania nieformalnych opiekunów. Organizacje non-profit prowadzą centra informacyjne, lokalnie dostępne są różne usługi, np. zastępstwo na czas urlopu opiekuna, wsparcie psychologiczne, szkolenia. Opłaty za te usługi częściowo refundują kasy. Odrębnych zasiłków ani wynagrodzeń dla opiekunów nie ma, ale opiekujący się bliskimi w domu mają prawo do płatnych urlopów w przypadku ich ciężkiej lub terminalnej choroby (od miesiąca do roku); otrzymują wtedy zasiłek opiekuńczy (726 euro w 2009 r.). Z kolei podopieczny może dostać dodatek opiekuńczy (130 euro) na pokrycie wydatków opiekuna – ale tylko wtedy, gdy go zatrudni na umowie o pracę. Opiekę nieformalną świadczy ok. 10 proc. dorosłych Belgów, 60 proc. to kobiety, 50 proc. co dzień, 20 proc. ponad 2 godziny dziennie.

Tam, gdzie państwo się nie interesuje

We Włoszech działalność nieformalnych opiekunów nie jest przedmiotem zainteresowania państwa, nie jest znana wartość opieki nieformalnej. Opiekunowie nie otrzymują żadnego wsparcia. Inicjatywy lokalne są nieliczne.

Greckie prawo zobowiązuje rodzinę do opieki nad bliskimi w każdym wieku, ale wsparcia dla opiekunów rodzinnych praktycznie nie ma. Nie przysługują im żadne zasiłki, dochodzi więc do nadużyć: opiekujący się wykorzystują na swoje potrzeby świadczenia, jakie otrzymują ich podopieczni. Lukę starają się wypełnić organizacje samopomocowe i społeczne mające wspierać rodzinę, ale są one nieliczne i słabe. Z wyrywkowych badań wynika, że opiekunowie nieformalni to głównie kobiety (80 proc.); cena, jaką płacą za opiekę nad bliskimi, to niższe dochody i niższa emerytura.

Nowa Unia

Większość nowych krajów UE nie ma narzędzi ochrony nieformalnych opiekunów. Na Węgrzech podjęto pewne działania w tym kierunku. Opiekunom dorosłych przysługuje zasiłek opiekuńczy (w 2009 r. ok. 100 euro), jeśli nie otrzymują pomocy finansowej z innego tytułu. Do obowiązków administracji lokalnej należy zapewnienie różnych pakietów środowiskowych usług socjalnych w zależności od wielkości miasta lub osady, np. do 600 mieszkańców potrzeby socjalne ocenia i organizuje wsparcie „wiejski opiekun”, każda osada prowadzi dożywianie i pomoc w domu, ale pomoc rodzinie musi zapewnić ośrodek powyżej 2 tys. Dzienną opiekę, wsparcie socjalne i psychologiczne najczęściej świadczą kluby dla seniorów, świetlice dla niepełnosprawnych, bezdomnych.

W Polsce zgodnie ustawą o świadczeniach rodzinnych z 2003 r. opiekunowie mogą otrzymać świadczenia pielęgnacyjne, zasiłki pielęgnacyjne i specjalne zasiłki opiekuńcze. Ta pierwsza forma przysługuje niepracującym opiekunom niepełnosprawnych dzieci. Świadczenie wynosi 1200 zł (od 2016 r. – 1300 zł) bez względu na dochód rodziny. Opiekunowie pozostałych osób niepełnosprawnych otrzymują zasiłek pielęgnacyjny (153 zł) lub specjalny zasiłek opiekuńczy – 520 zł – o ile dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 764 zł miesięcznie. Taka pomoc – zwłaszcza w odniesieniu do opiekunów osób dorosłych i starszych – jest niewystarczająca. W marcu br. resort pracy przygotował projekt zmian, polegających m.in. na objęciu świadczeniami pielęgnacyjnymi niespokrewnionych opiekunów osób dorosłych, lecz nie został on przyjęty. O potrzebach opiekunów osób starszych debatował na pierwszym posiedzeniu 1 października br. Obywatelski Parlament Seniorów, postulując m.in. większą pomoc finansową, urlopy dla opiekunów i stworzenie im możliwości odpoczynku, bezpłatną rehabilitację, informację i przede wszystkim lepszą koordynację świadczeń socjalnych i zdrowotnych dla seniorów, przewlekle chorych i ich opiekunów*.

W Polsce zgodnie ustawą o świadczeniach rodzinnych z 2003 r. opiekunowie mogą otrzymać świadczenia pielęgnacyjne, zasiłki pielęgnacyjne i specjalne zasiłki opiekuńcze. Ta pierwsza forma przysługuje niepracującym opiekunom niepełnosprawnych dzieci.

*Z wypowiedzi dr Elżbiety Szwałkiewicz, przewodniczącej Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”

Na podstawie: Health System Review: Belgium 2010, Denmark 2012, France 2010, Germany 2014, Greece 2010, Hungary 2011, Italy 2009, The Netherlands 2010, Norway 2013, Polska 2012, Slovakia 2011, Spain 2011, Sweden 2011, United Kingdom 2011, www.ryneksejora.pl, www.mpips.gov.pl/bip



**Joanna
Sokołowska**

Przyszło mi zweryfikować stażowe wspomnienia z aktualnym obrazem tego miejsca. I, jak to zwykle bywa, znalazłam je gdzieś pomiędzy legendą kina a legendą miasta. Było trochę jak w hali odlotów dużego lotniska, choć nikt nie wydawał ratunkowych okrzyków.

Fajna praca

Szczęśliwych wszystkie drogi prowadzą do Rzymu.
Pozostali, prędzej czy później, trafiają na SOR.

Szpitalny Oddział Ratunkowy – w serialach telewizyjnych miejsce trochę przypominające halę odlotów dużego lotniska. Wszyscy gdzieś biegną. Ci, którzy nie mogą biegać – z nadzieją patrzą na biegających. Ktoś wzywa pomocy, aparaty robiące „pink!” – robią „pink!”, a hasło „tracimy go!” zawsze spotyka się z odzewem, że jednak „go mamy!”. To tam dr House wywija swoją łaską jak czarodziejską różdżką, a lekarze z Leśnej Góry podejmują błyskotliwe decyzje i wprowadzają ryzykowne, ale jakże skuteczne metody terapeutyczne (nie zaniehbując równocześnie osamotnionego psa pozostawionego przez ofiarę wypadku). Tu spotykają się medyczne autorytety, trwają konsylia, chory trafia w ręce medyka genialnego i pełnego empatii.

W miejskich legendach, opowiadających o tym miejscu, jest zupełnie inaczej. Jest trochę tak, jak w polskim filmie – nuda, nic się nie dzieje, brak akcji i bardzo niedobre dialogi. Niepewność i wielkie czekanie – symbol gehenny chorego. Zamiast błyskotliwych diagnoz – wielogodzinne oczekiwanie na wyniki badań. Zamiast lekarzy, z wypiekami na twarzy wypatrujących ciekawych przypadków medycznych – zmęczeni ludzie, w nie zawsze białych fartuchach, zesłani za karę do pracy w tym pierwszym kręgu szpitalnego piekła. Zamiast aparatów robiących „pink!” – sterty papierów i kolumny tabel, żmudnie wypełniane w komputerze. Każdy przekraczający próg szpitala przeczuwa więc, że gdyby Dante Alighieri przypadkiem reinkarnował

w kraju nad Wisłą, na pewno dopisałby czarnym markerem „Porzucicie wszelką nadzieję, wy, którzy wchodzicie” nad tablicą informującą o prawach pacjenta...

Obowiązkowe, podczas stażu podyplomowego, dyżury w tym miejscu zwanym wówczas Izbą Przyjęć, pozostały w mojej pamięci – nie popadając w nostalgię ani w kombatanctwo – jako okres pracy bardzo trudnej, ale jednocześnie sprzyjającej intensywnemu zdobywaniu wiedzy – medycznej i... etnograficznej. Okazało się bowiem, że wiadomości zaczerpnięte ze stron podręczników medycznych wymagają gwałtownej weryfikacji. Wbrew temu bowiem, co napisali uczeni, a student wykuł na blachę, potwierdzenie rozpoznania natychmiastowym wykonaniem, będącego przecież „złotym standardem”, badania molekularnego, okazało się, tam i wtedy, niemożliwe. Znający realia starsi koledzy pokazywali jednak inne drogi wiodące do celu, a potem... z żelazną konsekwencją wymagali ich znajomości. Poznawaliśmy się nawzajem. Poznawaliśmy też naszych pacjentów, uczyliśmy się słuchać ich i rozumieć. Dzięki tej nauce, po pewnym czasie, każdy już wiedział, że gdy sympatycznej starszej pani „nogi ciarnieją tak bardzo, że choć już zamróz, przyszła na przyboś,” to chodzi o drętwienie i obrzęki uniemożliwiające założenie pończoch, mimo listopadowego chłodu. Ta wiedza w środowisku, w którym przyszło nam później pracować, przydała się później każdemu

z nas, niezależnie od tego, którą z medycznych ścieżek potoczyło się nasze życie.

W ostatnim czasie kilkakrotnie wir wydarzeń zdmuchnął mnie z mojej szczęśliwej Via Appia na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Przyszło mi zweryfikować stażowe wspomnienia z aktualnym obrazem tego miejsca. I, jak to zwykle bywa, znalazłam je gdzieś pomiędzy legendą kina a legendą miasta. Było trochę jak w hali odlotów dużego lotniska, choć nikt nie wydawał ratunkowych okrzyków. Były aparaty robiące „pink!”. Był zirytowany pacjent, głośno i nie do końca cenzuralnie rozważający, czy w końcu to on jest „żółty” czy „czerwony”. Tuż obok znalazła się pielęgniarka życzliwie uspokajająca zdenerwowaną rodzinę.

Zmieniło się prawie wszystko – organizacja pracy, możliwości diagnostyczne, procedury lecznicze. Zmienili się pacjenci. Panią z „ciarniejącymi nogami” zastąpiła pani wymieniająca swoje objawy z precyzją Wikipedii. Zmienili się lekarze – dawnych kolegów zastąpili młodszy – znajomi i już całkiem nieznani. Miejsce przejętych stażystów i mało doświadczonych kolegów, zajęli specjaliści medycyny ratunkowej. Obserwowałam pracę doskonale zgranego zespołu, w którym nie było potrzeba wiele słów.

– Fajną macie pracę! – powiedziałam dość spontanicznie, dziękując kolegom za profesjonalizm, ale i za dobre koleżeńskie słowo. Po minach i podejrzliwym spojrzeniu zorientowałam się, że podejrzewają mnie albo o ironię, albo... – Fajne tykasz tabletki – ktoś zripostował. Potem popłynął jesienny, umocowany dobrze w polskiej tradycji, strumień żalów. Na wszelkie braki, niedostatki i nadmiary. Na zmęczenie, natłok pracy, brak możliwości rozwoju zawodowego. Na konieczność borykania się z roszczeniowymi, choć nieco niedomytymi pacjentami, żądającymi leczenia na najwyższym poziomie – takim z telewizyjnego serialu. Na absurdalne przepisy, zarządzenia, procedury, kody.

Macie bardzo fajną pracę koledzy lekarze ze Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych! Ta praca – wyjątkowo trudna i niedoceniana – ma głęboki humanistyczny sens i misję. Może Wam dawno nikt tego nie mówił, ale jesteście warci najwyższego szacunku i podziwu – za ogrom wiedzy, tej medycznej i tej pozamedycznej, która pozwala na codzienne łagodzenie nie tylko bólu, ale i lęku o życie i zdrowie, który media tak niefrasobliwie podsycają w pacjentach. To w dużej mierze od Was zależy sukces kolegów z wyższych pięter szpitala...

Chyba zbyt rzadko przypominamy o tym sobie i naszym – przecież często też Waszym – pacjentom!

Poza tym to Wy o szpitalu wiecie wszystko – wystarczy usiąść obok Was, w chwili przerwy i posłuchać opowieści, które zdarzyły się naprawdę lub mogły się zdarzyć z dużym prawdopodobieństwem. Opowieści takich, jak historia o pacjentce, która trochę bała się zdjęcia radiologicznego głowy, bo „czy po tym zdjęciu, panie doktorze, oni tam będą mi umieli założyć tę głowę z powrotem”. ■

Macie bardzo
fajną pracę
koledzy lekarze
ze Szpitalnych
Oddziałów
Ratunkowych!
Ta praca
– wyjątkowo trudna
i niedoceniana
– ma głęboki
humanistyczny
sens i misję.
Może Wam dawno
nikt tego nie mówił,
ale jesteście warci
najwyższego
szacunku i podziwu
– za ogrom wiedzy,
tej medycznej i tej
pozamedycznej,
która pozwala
na codzienne
łagodzenie nie
tylko bólu, ale i lęku
o życie i zdrowie,
który media tak
niefrasobliwie
podsycają w
pacjentach. To
w dużej mierze
od Was zależy
sukces kolegów
z wyższych pięter
szpitala...



Sławomir Pietras

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Damy, Huzary, Krakowiacy i Górale

Znany awangardzista i bojownik o wszelaką postępowość red. Bronisław Tumiłowicz
nazwał mnie w „Przeglądzie” tradycjonalistą i purystą.

Nie chcąc w tych diagnozach nikogo rozczarować, zacznę od laudacji telewizyjnych „Damy i Huzarów” Fredry, wyreżyserowanych i zagrzanych przez Krystynę Jandę (Orgonowa), z udziałem Andrzeja Grabowskiego (mistrzowski Major), Sławomira Orzechowskiego (doskonały Rotmistrz), Grzegorza Małeckiego (niedościgniony porucznik huzarów), Ignacego Gogolewskiego (Kapelan – nie uchodzi – nad Kapelany). Spektakl wspaniały, arcy-polski, przebiegający w doskonałym tempie, z przetworzonymi muzycznymi tematami chopinowskimi w tle. Można go tylko zestawić z również telewizyjną realizacją tej komedii, dokonaną przed kilkudziesięciu laty przez Olę Lipińską.

Tej reżyserki jakoś się teraz nie nosi. A szkoda! Przed 10 laty wyreżyserowała „Krakowiaków i Górali” Bogusławskiego/Stefaniego według własnego scenariusza, roztańczonych przez mistrza tego gatunku Henryka Konwińskiego, ze Śleszyńską, Drykówną, Tyńcem, Kowalewskim, Małeckim, Rucińskim, ubranymi w przepiękne kostiumy nieodżałowanej i ciągle niezastąpionej w polskim teatrze i filmie Magdaleny Tesławskiej.

To dzieło przysposobiło mnie i przywiązało do narodowej tradycji teatralnej. W dzieciństwie na kolanach ojca po raz pierwszy oglądałem „Krakowiaków i Górali” w Teatrze Śląskim w Katowicach. Była to słynna inscenizacja Leona Schillera w reżyserii Władysława Krasnowieckiego, który – tak jak Bogusławski – grał również rolę Bardosa.

Od ponad 200 lat temat tej polskiej opery narodowej nie stracił nic ze swej aktualności, a nawet z biegiem czasu ją unacześnił. Zawsze w naszej ojczyźnie byli jący krakowiacy, górale, młynarze, furmani, organiści, studenci, jedni zbyt trzeźwi, inni często pijani, jedni kłótniwi i zawzięci, a inni pochopnie skłonni do zgody.

Ten teatralny pejzaż Wojciecha Bogusławskiego podtrzymywał nasz patriotyzm w okresie zaborów, wiarę w zwycięstwo w czasach wojen i polską tożsamość, kiedy zapisywano nas do Towarzystwa Przyjaźni Polsko-Radzieckiej. W tym ostatnim okresie Schillerowska inscenizacja coraz bardziej zwietrzała, grana siłami aktorskimi głównie w teatrach dramatycznych, mimo dumnego tytułu opery narodowej z muzyką Jana Stefaniego.

Toteż od czasu, kiedy zacząłem mieć w tej sprawie coś do powiedzenia, powierzyłem muzyczno-teatralny skarb naszego dziedzictwa narodowego w ręce Krzysztofa Kolbergera (reżyseria) i Teresy Kujawy (ruch sceniczny i choreografia). W ten sposób powstała nowa inscenizacja „Krakowiaków”, wzbogacona tekstami i aktualnymi kupletami Wojciecha Młynarskiego. Najpierw zagraliśmy ją we Wrocławiu z brawurowym udziałem Maryli Rodowicz (Dorota), Danuty Rinn (Miechodmuch!) i Artura Żmijewskiego (Bardos). Potem była premiera warszawska pod batutą Macieja Niesiołowskiego z historyczną trójką filarów opery polskiej: Bogdanem Prockim (Bartłomiej), Andrzejem Hiolskim (Wawrzyniec) i Bernardem Ładyszem (Miechodmuch).

W tym samym kształcie przenieśliśmy ten spektakl do Poznania, zagrali ponad 100 razy, po czym zabrakło Kolbergera, ja zakończyłem swe funkcjonowanie, następców to nie interesowało i pewnie wszystko poszłoby w zapomnienie, gdyby nie Maciej Nowak, który zdecydował się obecnie rozpocząć swą artystyczną dyрекcję w Teatrze Polskim w Poznaniu właśnie od „Krakowiaków i Górali”.

Z dnia na dzień wszyscy widzimy i czujemy; w kulturze idą nowe, inne czasy. Bez względu na to, którzy są krakowiakami, a którzy góralami, kto jest damą, a kto huzarem, kto awangardzistą i postępowcem, a kto tradycjonalistą i purystą, najlepiej zwracać się do Bogusławskiego i Fredry. A potem – zobaczymy! ■

Recenzja

Ryszard Golański

W kolebce ludzkości

Miałem przyjemność prezentować Państwu dwie poprzednie książki doktora Wiesława Krakowskiego. „Tubib znaczy lekarz” to relacja z kilkunastu lat pracy chirurga w Maroku. „Gdziekolwiek jesteś doktorze” to opowieść o lekarzach pracujących w różnych krajach, często w warunkach lokalnej wojny.

Obecna książka, napisana, podobnie jak poprzednie, z chirurgiczną swadą, opowiada o przeżyciach i przygodach czwórki osób: trojga polskich lekarzy i pielęgniarki z Francji. Ze sposobu narracji jasno wynika, że dla autora pomaganie ludziom, którzy potrzebują lekarskiej pomocy, to pasja. Łatwo można sobie

Dawka uderzeniowa

Babcia Stenia nie lubiła narzekać na swoje przypadłości zdrowotne. Mawiała, że jak ktoś ma więcej niż osiemdziesiąt lat, budzi się rano i nic go nie boli, to znaczy, że już nie żyje.

Ulubiony żarcik babci przypomina mi się, kiedy słyszę retoryczne zapędy polityków oceniających sytuację w naszym kraju. Jest wśród nich wielu takich, którzy twierdzą, że „państwo nie działa”. Różnią się tylko oceną tego, kto za taki stan odpowiada i czy dopiero teraz zaczyna nie działać, czy nie działa już od jakiegoś czasu. A ja, tak jak babcia Stenia uważam, że kraj musi trochę nie działać, żeby było wiadomo, że żyje. Polska jest już dobrze po osiemdziesiątce, więc coś musi boleć. Dowodem na ostateczną agonię organizmu państwowego byłoby dla mnie ogłoszenie zakończenia reform systemu oświaty i służby zdrowia. Trwają, od kiedy pamiętam. Zmienił się ustrój, zmieniają się rządy, a te dwie ważne części naszego życia społecznego są ciągle poprawiane, odwracane, poniewierane i układane w nowe konfiguracje. Zaczyna się od wskazywania błędów poprzedników i z wysoko podniesioną głową rusza się do popełniania własnych. Kilka lat temu napisałem „Wiersz o efektach reformy służby zdrowia w Polsce”. To jeden z najbardziej ponadczasowych utworów w mojej twórczości: „Już niedługo mej niedoli/ Już niedługo ja pocierpię/ Marzec jest i ząb mnie boli/ A dentystę mam na sierpień”. Żeby nie siać defetyzmu, mogę zauważać jakieś postępy i wyrazić nadzieję na poprawę. Na przykład: „Już niedługo mej niedoli/ Córka ślicznie gra na skrzypcach/ Marzec jest i ząb mnie boli/ Wyrwę go pod koniec lipca”. Lepiej? Jeszcze mało? Proszę bardzo: „Już niedługo mej niedoli/ Pocieszyła mnie Agata – Dobrze, że to ząb cię boli/ Bo kardiolog za dwa lata”.

I teraz proszę sobie wyobrazić, że to wszystko nagle się zmienia! Reforma kończy się sukcesem, można rano zadzwonić do rejestracji w przychodni i wybrać sobie, czy chce się mieć

wizytę u neurologa od razu, czy dopiero po pracy. A może lepiej neurolog przyjedzie do domu? Koszmar! Nie dość, że przyzwyczaić się do takiego systemu byłoby trudno, to jeszcze kawał literackiego dorobku by mi się zmarnował. Wszystkich kolejnych rządzących błagam: nie kończcie reform służby zdrowia i oświaty! Są pokolenia Polaków, dla których to są symbole ciągłości państwa i dowody na jego istnienie.

Mam jeszcze prośbę do lekarzy czytających ten tekst. Czy mogliby Państwo zwrócić baczniejszą uwagę na zjawisko tak zwanej „dawki uderzeniowej”? Odnoszę wrażenie, że rozpowszechnia się taka ludowa mądrość, że jak coś się zaczyna z człowiekiem dziać, widzi się początki jakiejś choroby, należy zastosować „dawkę uderzeniową”. I nie konsultuje się tego z lekarzem lub farmaceutą, po prostu coraz więcej ludzi dowiaduje się od innych, że trzeba na początku dużo. Póki to jest „dawka uderzeniowa” cytryny, rumianku, mięty, miodu, to chyba jeszcze da się to przeżyć. „Dawka uderzeniowa” czosnku co najwyżej wpłynie na relacje towarzyskie. Ale zauważyłem, że coraz więcej z moich znajomych w okresie przeziębienia stosuje „dawkę uderzeniową witaminy C”. Tak można? Tłumaczcie pacjentom, gdzie jest kres „dawk uderzeniowych” i jakie są ich konsekwencje. A może wyrwanie sześciu zębów, chociaż boli tylko jeden, też jest formą „dawki uderzeniowej”? Tyle, że wór witaminy C można zażyć natychmiast, a usuwanie sześciu zębów potrwałoby jakieś trzy lata. Chyba, żeby tego nie robić u dentysty. Na każdym osiedlu jest takie miejsce. Tak zwana „ławka uderzeniowa”. Wystarczy podejść do siedzących na niej mężczyzn i powiedzieć coś nieprzychylnego o miescowym klubie piłkarskim. ■



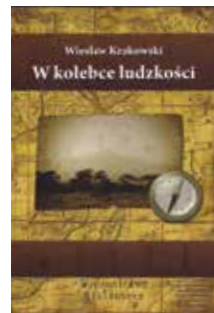
Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

wyobrazić, że bohaterowie książki zachowują się tak, jak zachowałby się lub jak zachowywał w podobnych sytuacjach autor. Paradoksalnie, to nie kenijskie przygody, także medyczne, ale akcja ratownicza przeprowadzona w Paryżu zrobiła na mnie największe wrażenie. Ale istotą książki jest opis podróży do kenijskiego regionu Koobi Fora, niedaleko jeziora Turkana. Tam żyli nasi praprzodkowie, stąd tytuł książki.

Lektura uzmysłowiła mi, jak różnimy się w od-

biorze wrażeń. Moje wspomnienia z wizyty w wiosce Masajów są krańcowo różne od doznań bohaterów. W jednym zgadzam się z bohaterką o imieniu Marta: aby zobaczyć całą „kolebkę” trzeba także odwiedzić Tanzanię. Ta książka będzie dla mnie inspiracją. ■



* Wyjaśnienie. W informacji o książce pt. „Wielki świat, wielka polityka 1940-1951”, o której pisaliśmy w poprzednim numerze wkraść się błąd – chodzi o króla Jerzego VI a nie IV.



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Czarno na białym

Tyle razy, schodząc z Pont d'Arcole na wieczorny spacer bez celu, mijałam masywną sylwetkę paryskiego ratusza. Postawiłam tysiące kroków na placu przed budynkiem, potykając się o łżwy w zimie, kwiaty latem, mijając sprzedawców kasztanów i senne konie nieużywanej karuzeli. I nigdy nie weszłam do środka.

Ponoć jeśli wysoko zadrzeć w ratuszu głowę, to zobaczyć można, wśród wszystkich obfitych zdobień sufitu, alegorię pędzla Benjamin-Constanta. Zamówienia do Hôtel de Ville czy do budynku Sorbony na pewno rozślawiły imię malarza. Ale tak naprawdę nie żałuję, że nie widziałam nigdy tej ratuszowej alegorii jego pędzla. Bo Benjamin-Constant może i był poprawnym salonowym malarzem scen rodzajowych i alegorii, ale celował w portretach. Jednym z tych, które lubię najbardziej, jest portret brodatego młodzieńca.

Tu malarz decyduje się na pójście w skrajności, na uderzenie w nutę najwyższego kontrastu. Utrzymany w monochromatycznej palecie portret ten stawia widza oko w oko z mężczyzną ubranym w ciemny garnitur,

ledwie odznaczający się od lekko jaśniejszego wnętrza. Na tym tle niby ogień jaśniej jego głowa i twarz, o rysach tak regularnych, jak i zastanawiających. Cały kunszt malarza widać w zetknięciu tej gładkiej twarzy, oddanej z dużą subtelnością z linią włosów, w których to malarz pozwala sobie na całkowite szaleństwo.

Szybkie pociągnięcia pędzla i śmiało kładzione impasty składają się na przykuwającą oko widza fryzurę, przechodzącą w zarys brody. Ta nieujarzmiona rama okala spojrzenie mężczyzny. Oczy celuje prosto w widza i jest w tym wzroku skupienie i spokój, podkreślony jeszcze statyczną pozycją ciała z supłem rąk tak ciasnym, że wymyka mu się jedynie wycinek jego dłoni.

Czy ta piękna, młoda twarz skrywać może jednak jakąś chorobę? Jeśli tak, to jaką? ■



a

Obraz: Jean-Joseph Benjamin-Constant,
Portret brodatego młodzieńca, 1876-1900, Musée des Augustins

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **11 stycznia 2016 r.**

W temacie maila należy wpisać GL12.
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” 11/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Anna Urgacz ze Śremu
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 11/2015

Obraz oryginalny: b

DIAGNOZA

Autoportret, z zapadniętymi policzkami i wychudzoną sylwetką sugerować może gruźlicę, na którą Modigliani cierpiał od najmłodszych lat i która stała się ostateczną przyczyną jego śmierci w 1920 r. Może to być jednak zbyt daleko idące przypuszczenie, bowiem twarz artysty na tym portrecie wykazuje wszystkie cechy typowe dla innych przedstawień artysty. Bładość policzków, ich zapadnięcie i charakterystyczną chudość sylwetki przypisać zatem można po prostu stylowi artysty.

Szczegóły

1. Dłoń leżąca na nodze przedstawiona z palcami, bardziej realistycznie.

Modigliani zminimalizował kształt dłoni położonej na udzie do dość abstrakcyjnej formy. Jest to jak na niego dość radykalny zabieg, w innych portretach dłonie mają wyraźnie zaznaczone linie palców.

2. Wazon z kwiatami w tle po lewej stronie.

Obrazy Modiglianego zazwyczaj skupiają się na portretowanej postaci, malarz redukuje przedmioty znajdujące się dookoła bohatera obrazu, zatem obecność kwiatów byłaby tutaj raczej nie na miejscu.

3. Usta w formie linii.

Modigliani ujmuje rysy twarzy w uproszczone formy, często nawiązujące do tradycji afrykańskich masek. Pod jego pędzlem oczy stają się ciemnymi migdałami, nos redukuje do jednego pociągnięcia pędzla, ale usta pozostawia zaskakująco realistycznie pełne.

4. Wydłużenie całej sylwetki tak, że głowa artysty sięga górnej krawędzi obrazu.

Jedną z cech charakterystycznych stylu Modiglianego są nienaturalnie wydłużone sylwetki. Niektórzy badacze uważają, że nie był to świadomy zabieg formalny artysty, ale wynik jego astygmatyzmu.



Amadeo Modigliani, Autoportret, 1919



Małgorzata Nowaczyk

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

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

Premium



Niemalże doskonałe

*Esej na konkurs literacki „Przychodzi wena do lekarza”.
28 lutego 2015 roku (fragmenty).*

– Proszę mi powiedzieć – Meghan podnosi oczy z twarzy Adelki na mnie. – Chcę wiedzieć, muszę wiedzieć, co to znaczy. – Delikatnie odsuwa loczki z czoła córeczki i mocno ją przytula, chowając twarz w szyi dziecka. Mała główka opada do tyłu jak u podciętej marionetki, Meghan podtrzymuje ją końcami palców.

I znowu powtórka z historii.

Stało się to jakieś tysiąc trzysta lat temu. Mały, pękaty chromosom numer 15 przeciąga się, prostując zmarszczki i zagięcia. Ziewa. Po wieloletnim śnie on i jego czterdziestu pięciu kolegów zaczyna się przygotowywać do najważniejszego zadania – powielenia znajdujących się w nich genów i zapewnienia im przeżycia przez następne trzydzieści, czterdzieści lat. Przez następne pokolenie. Ciasno zwinięte pasma helisy każdego z nich rozplatają się, odsłaniając nanizane na nie jak paciorki nukleotydy. Sekwencja kwasu dezyksyrybonukleinowego musi być skopiowana idealnie, aby genetyczny plan budowy zdrowego, silnego ciała został zachowany. Bez błędnie. Maszyna naprawcza sprawdzi nowo powstający tańcuch, przesuwając się po rodzących się nitkach helisy, wyłapie pomyłki.

Niestety, w tym przypadku, dawno temu w ruinach Imperium Rzymskiego, polimeraza pracująca nad duplikacją tego chromosomu się myli, potyka i wypluwa cztery dodatkowe nukleotydy. Ligaza przelatuje za nią szybko i wszywa ten zduplikowany segment w ekson numer 8 małego genu, który leży w połowie długości chromosomu. Maszyna naprawcza nie zauważa insercji, jest mała, niepozorna, wydaje się niewinna. Spermatogeneza plemnika ze zmutowanym genem zachodzi bez kłopotu, mała kijanka rozwija się świetnie. Bohatersko bijąca witka napędza plemnik

naprzód, naprzód! w górę macicy do jajowodu i przez ścianę komórkową jajeczka, które akurat przytoczyło się radośnie na jego spotkanie. To właśnie ten plemnik ze zmutowanym kodem genetycznym wygrywa wyścig z milionami innych, gdy przeciska się przez ściankę komórkową i zapładnia jajeczko. Powstaje nowe życie. Krąglutka zygota dzieli się i dzieli i tworzy śliczny, zdrowy embrión. Komórki rozrodcze embrióna, tej małej dziewczynki, rozmnażają się zdrowo, ale każda z nich otrzymuje w posagu jedną kopię uszkodzonego genu.

Zmutowany gen zawiera kod kluczowego białka, enzymu, który sprząta w komórkach i oczyszcza je z resztek zużytych tłuszczów i lipidów. Bez niego, gdy komórce brakuje obu kopii genu, dusi się ona pod złogami wadliwych produktów przemiany materii. Neurony doświadczają tego pierwsze – mózg oraz cały system nerwowy, opuchnięte i stłuszczone, nie rozwijają się normalnie od momentu poczęcia.

Nasza dziewczynka rodzi się, krzycząc – zdrowa i silna wypręża się w uścisku położnej. Wszystkie komórki jej ustroju są nosicielami zmutowanego genu, ale każda komórka ma drugą, otrzymaną od matki, zdrową kopię, która wystarcza, aby cały ustrój pozostał zdrowy. Jest nosicielką uszkodzonego genu. Tylko nosicielką. W przeciwieństwie do wielu innych dzieci w tamtych czasach udaje się jej przeżyć. Omija ją dżuma, omijają inne epidemie, nie choruje na świnkę, która mogłaby spowodować niepłodność. Nie wpada do studni, żaden koń nie kopie ją w głowę. Gdy dorasta, wychodzi za mąż za wybranego przez rodziców uduchowionego chłopca z pięknymi, brązowymi oczyma. [...] ■

Świat wokół nas

Na XIV Ogólnopolskiej Wystawie Fotograficznej Lekarzy w Łodzi prace przedstawiało 17 lekarzy i lekarzy dentystów. Główne nagrody otrzymali: Piotr Hamala – Złoty Obiekt (na zdjęciu na tle swoich prac), Srebrny – Milena Padysz, Brązowy – Piotr Łepek. Przyznano także pięć wyróżnień. W kuluarach głośno komentowano werdykt jury. Za mało docenione uznawano czarno-białe zdjęcie Ryszarda Zimkowskiego, pod tytułem: „7:20 w drodze do pracy”. Prace laureata nagrody głównej zdecydowanie się wyróżniały. Sześć zdjęć powstawało w okresie dwóch lat, o różnych porach roku i dnia. Autor uwieczniał z własnego balkonu budynek bardzo typowy dla łódzkiego krajobrazu: dziewiętnastowieczną ceglana fabrykę Silbersteina. ■

Ryszard Golański



Piotr Hamala, zdobywca Złotego Obiektu.



W plenerze

W Szelmencie nad Jeziorem Szelm Wielki na Suwalszczyźnie odbył się w dniach 7-14 czerwca 2015 r. XV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Udział wzięło w nim 24 artystów i 3 osoby towarzyszące. Z Izby warszawskiej przybyło 13 koleżanek i kolegów, inne Izby reprezentowało: Wielkopolskę – 5 osób, Podkarpacie (Mielec) – 2 osoby, Śląsk (Rybnik) – 1, Pomorze Zachodnie (Szczecin) – 1, Lubelską OIL – 1, Płock – 1. Suwalszczyzna to przepiękny zakątek Polski i chyba mało znany. Mimo że, dość daleko, ale uroczo. Naszym miejscowym opiekunem był dyrektor Janusz Orłowski, który zorganizował objazd turystyczno-historyczny po rejonie dla wielu z nas całkowicie nieznanym. Na wernisżu poplenerowym prezentowano 120 prac.

Rozjechaliśmy się w pełni usatysfakcjonowani pobytem i dorobkiem. ■

Włodzimierz Cerański
Organizator Pleneru

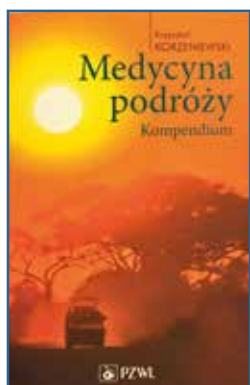
Takie życie

OIL w Łodzi na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej, działającej przy łódzkim Klubie Lekarzy ogłasza VI Ogólnopolski Konkurs Literacki pod hasłem „Takie życie”. Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów oraz studentów medycyny. Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem (pseudonimem) – należy przesłać najpóźniej do końca lutego 2016 r. na adres: Okręgowa Izba Lekarska, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3; z dopiskiem na kopercie: VI KONKURS LGN. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



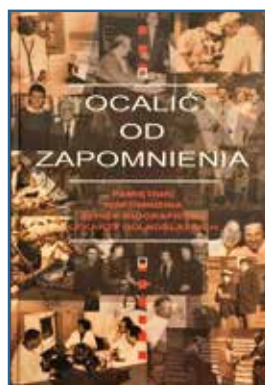
NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI



Medycyna podróży. Kompendium

Krzysztof Korzeniewski

Specjalista medycyny tropikalnej, lekarz, naukowiec i globtroter - prezentuje aktualną wiedzę z zakresu chorób tropikalnych i infekcyjnych. Ponad 200 kolorowych map i ilustracji patogenów oraz obrazów klinicznych chorób.

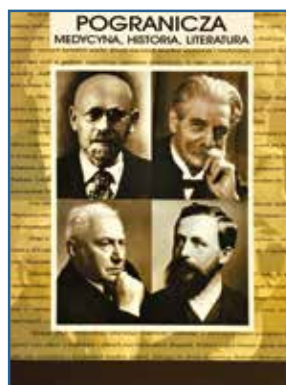


Ocalić od zapomnienia. Pamiętniki, wspomnienia, szkice biograficzne lekarzy dolnośląskich

Pod redakcją

Jerzego Bogdana Kosa

Zbiór tekstów, które wzięły udział w konkursie Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wycho-
wanków Medycyny Wrocławskiej.



Pogranicza. Medycyna, historia, literatura

Jerzy Bogdan Kos

Informacje, relacje i wspomnienia o ludziach i zdarzeniach zachowanych w pamięci i odnotowanych w historii medycyny.



Maści, żele, kremy, spraye i pozostałe preparaty...

Wiesław Tomaszewski, Paweł Piątkowski

Usystematyzowana wiedza na temat produktów leczniczych do stosowania miejscowego dostępnych w Polsce.

**Zbigniew
Bober**

XXI MPL w Halowej Piłce Nożnej

W dniach 22-23 listopada odbyła się XXI edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2015”. Impreza jak co roku cieszyła się dużym zainteresowaniem. Do turnieju przystąpiło 16 zespołów z całej Polski na czele z ubiegłorocznymi zwycięzcami, zespołami Przemyśla i Białegostoku. Powróciliśmy na gościnną halę sportową SP nr 11 w Mielcu.

Drużyny zostały podzielone na 2 grupy:

Grupa A

Niedźwiadki (Przemyśl)
BIL Bydgoszcz
Medyk Zabrze
Klub STL Łódź
Kielce
OIL Warszawa II
ZZL Pabianice
Klub PPMK

Grupa B

Soccer Białystok
OIL Rzeszów
OIL Warszawa I
WIL Warszawa
OIL Częstochowa
Toruń
FCL Silesia
Medicus Lublin

Pierwszy dzień to mecze eliminacyjne, a wieczorem wspólne spotkanie integracyjne w klubie. Drugi dzień pozostałe mecze eliminacyjne, półfinałowe i finałowe. Ostatecznie w meczu o III miejsce piłkarze z Torunia pokonali OIL Rzeszów, a w meczu o I miejsce Lekarze z Przemyśla pokonali lekarzy zespołu Klub PPMK, zdobywając po raz drugi tytuł Mistrza Polski 2015.



Mistrz Polski „Mielec 2015” – Niedźwiadki (Przemyśl)

Rozdano również tytuły i nagrody indywidualne. Najlepszym zawodnikiem turnieju wybrany został Jakub Łada z Przemyśla, najlepszym bramkarzem Sebastian Telesz z Kielc, a królem strzelców Bartosz Fiolek z OIL Bydgoszcz. Honorowe nagrody „Dziadka” (najstarsi zawodnicy) przypadły Markowi Druchowi (l. 62) z Pabianic i Jerzemu Plucie (l. 63) z Lublina. ■

Lista spraw grudniowych

Minister poprosił o wyliczenie zmian, jakich powinien dokonać w służbie zdrowia. Samorząd lekarski po kilkudniowej debacie na internetowym forum Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz podczas posiedzeń organów wypracował dwadzieścia pięć punktów generalnych. Zebranie postulatów było łatwe. Większość z nich wygłaszał, konsultował, adiustował lub wręcz formułował dotychczasowy sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, a obecnie szef resortu zdrowia – Konstanty Radziwiłł.

Wojciech Maksymowicz, człowiek samorządu lekarskiego, były sekretarz NRL i redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej”, inicjator wielu akcji protestacyjnych i manifestacji na rzecz zmian w systemie, jako minister zdrowia do promocji rewolucyjnych przekształceń swojego resortu, polegających na wprowadzeniu systemu ubezpieczeniowego i możliwości wyboru lekarza rodzinnego zaprosił Konstantego Radziwiłła. W grudniu 1998 r. Krajowy Zjazd Lekarzy, odbywający się w Teatrze Polskim w Warszawie entuzjastycznie przyjął zapowiedzi wielkiej reformy zdrowia. Przez kolejne lata narastała już tylko frustracja środowisk. Bunt ustępował miejsca marazmowi, nadzieje płonęły na panewkach. Zamiast celnych strzałów, pozostawał ich huk.

Siedemnaście lat później Naczelna Rada Lekarska zebrana przy Sobieskiego 110 wysłuchiwała z zapartym tchem odpowiedzi Ministra Zdrowia na dwadzieścia pięć zagadnień, od których zależy, według niej, przywrócenie normalnego funkcjonowania systemu. Samorząd w swoim apelu nie zażądał tym razem likwidacji NFZ ani nie podpowiedział dróg finansowania budżetowego, skupił się na konkretach.

– Do Ministerstwa Zdrowia wraca dialog – zapewnił na zakończenie kilkugodzinnego spotkania Konstanty Radziwiłł. Sala po raz kolejny dała ministrowi kredyt zaufania. Były gratulacje, bo deklaracja zmian znów zabrzmiała wiarygodnie: przywrócenie stażu, przegląd aktów prawnych w celu zmniejszenia biurokracji, moduły finansowane z budżetu poza składką, zatrzymanie komercjalizacji, dochodzenie do 6 proc. PKB, odchodzenie od ChPL i powrót do normalnej preskrypcji recept we wszystkich gabinetach, zaniechanie restrykcji umów, rezygnacja z elektronicznej weryfikacji w podstawowej opiece zdrowotnej. Bardzo dużo słów, które chcieliśmy usłyszeć. Chcieliśmy i usłyszeliśmy!

Był grudzień 2011. Bartosz Arłukowicz wyprosił NRL o zawieszenie protestu pieczętkowego w związku ze zmianami w ustawie refundacyjnej i zadeklarował negocjacje w specjalnym ze-

spole na Miodowej. Należałem do tego zespołu. Lekarze liniowi nie uwierzyli ministrowi, protest ruszył, a dialog pozostawiał wiele do życzenia. Muru decydentów, których jedynym celem było wyrwanie 4 mld zł oszczędności na lekach, nie przekonywały żadne argumenty o konstytucyjnych prawach chorego oraz minimalnego zaufania do polskiego lekarza. Rozmowy nie przyniosły żadnych efektów. Pseudodiolog z PZ w grudniu 2014 r. i złamanie świadczeniodawców w sylwestrową noc przymusem podpisania nowych umów święcących dla 3 mln obywateli czerwoną latarnią nieuprawnienia pokazały, jak łatwo deptane są deklaracje na rzecz wypełnienia politycznych zamówień.

Była Barbórka 2003. PAP podała informację o katastrofie rządowego helikoptera z Leszkiem Millerem na pokładzie. Siedzieliśmy w kilkadziesiąt osób w izbie i rozmawialiśmy na temat nadchodzącej rewolucji w nocnej pomocy lekarskiej, na którą nie było zgody. Komunikat zajął media, premier trafił do szpitala, kolejnych kilka styczniowych dni zadecydowało o odwróceniu niefrasobliwej zmiany, którą trzeba było sobie wyrwać zamkniętymi na klucz przychodniami. A potem było Białe Miasteczko pielęgniarek. I od nowa jałowy dialog...

Konstanty Radziwiłł od grudnia 1997 r. nieprzerwanie zasiada w najwyższych gremiach samorządu. Od kilku dni jest laureatem odznaczenia Meritus pro Medicis – Zasłużony dla Lekarzy. Nie znam nikogo aż tak zaangażowanego i zorientowanego w sprawach służby zdrowia. Chciałoby się dodać: tak kompetentnego do rozwiązywania spraw, które w kolejne grudniowe wieczory pukają do naszych placówek.

Dlatego z nadzieją patrzę w przyszłość...

...ale mam też wiele obaw, że chcieć zmian to nie zawsze znaczy móc je wprowadzać. Stąd apel: Drogi Kostku, jeśli nie będzie politycznej woli Twojego zaplecza do przeprowadzenia rozsądnej korekty, której sam jako lekarz oczekujesz i w której skuteczność wierzysz, nie wahaj się podejmować rozwiązań honorowych. Wszystko zrozumiemy! ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”



x3

x1

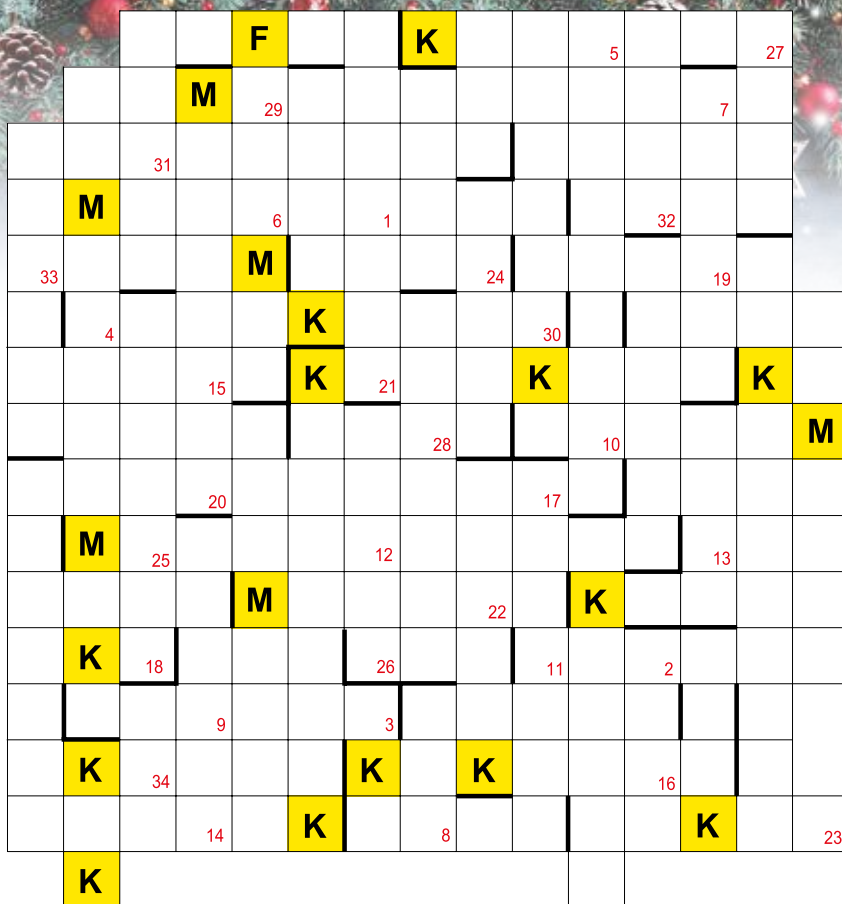
x1



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 210 („GL” nr
10/2015)
Dieta uzdrawia lepiej niż
skalpel.

Nagrody otrzymują:
Michał Plachta (Poznań),
Jagoda Janas (Wrocław),
Barbara Stankiewicz
(Proszowice). Fundato-
rem nagród jest Wydaw-
nictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

Objaśnienia 70 haseł
podano w przypad-
kowej kolejności. W
diagramie ujawniono
wszystkie litery: F, K
i M. Na ponumerowa-
nych polach ukryto
34 litery hasła, które
stanowi rozwiązanie.
Jest to przysłowie
rosyjskie. Należy je
przysłać na kartce
pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.
pl do 7 stycznia 2016
r. Wśród autorów pra-
widłowych rozwiązań
rozlosujemy nagrody
książkowe (prosimy
o podanie specjalizacji
i adresu do wysyłki).
**Z okazji Świąt
mamy więcej nagród!**



* rwa kulszowa * kraina z Kartuzami * prezent * siła przeciwna yin * ma wyłączne prawo do działalności * stolica
provincji Hubei * wytrzymały wyrób ceramiczny * wzrost zawartości amylazy w moczu * płynie z Kosowa do
Morawy Zach. * 24 godziny * oddzielacz * charakterystyka * grań odchodząca od Opalonego Wierchu * przyczyna
kary * ropa (łac.) * bubel, ageneza * największe jezioro Białorusi * narkotyk z krasnodrzewu peruwiańskiego
* wyżyna w centrum Nigru * najwyższy szczyt Afganistanu * lisia jama * oculus * archipelag z Male * wyrób
wókienniczy * źródło alony * węzeł włosów * największy gród nad Wisłoką * fajerwerk * wytworzenie jednolitej,
trwałej mieszaniny * grupa wysp z Rodos i Kos * dawna altana ogrodowa * miś z torbą * cypryjski port, gdzie z fal
wyłoniła się Afrodyta * słowiańska centuria * partner podaży * tamponik * gouda lub parmezan * stolica prowincji
Heilongjiang * między fransem a aktywnym * metalowe wzmocnienia brzegów * pseudo Eisenhowera * wonny
olejek z lawendy * botanika pyłków i zarodników roślin * imię Kwiatkowskiej * talizman plemienny * kwas (łac.)
* rozkaz * ochrzczony Żyd hiszpański * piosenka * auris * zespół Grechuty * wiersz „... na leniwych chłopów” *
francuski lekarz bakteriolog, noblista z 1928 r. * odchylenie, wada * epopeja Wergiliusza * krawcowa * Aspergillus
* staropolski kolczyk * bliźniak Artemidy * wielka kusza na podwoziu * otwór (łac.) * portugalski port u ujścia rzeki
Sado * między Sierpcem a Brodnicą * kofeina z liści herbaty * celebryta rodem z Ciechanowa * szczyt masztu *
vulnus * następca Gomułki * amber * dynamiczne cechy krążenia krwi

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 167 250 egz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do skróć, 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 prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
– Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn.
zmianami i rozporządzeniami).