

Gazeta Lekarska

02
2016

PISMO IZB LEKARSKICH

Co myśli lekarska
reprezentacja narodu?

Reportaż

44

Kobieta z twarzą
w ręczniku

Praktyka lekarska

48

Kliniczny
obraz bólu

Ochrona zdrowia na świecie

56

IT dla pacjenta
i systemu

Spis treści



17



20



48



54

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Dzieje się w medycynie, ale czy dobrze?
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Standardy zostawmy specjalistom
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Nam skakać nie kazano
- 11 **Temat miesiąca:** Co myśli lekarska reprezentacja narodu?
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:** Trochę polityki
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Wiarygodny sprawdzian musi być losowy
- 20 **Samorząd:** Ocalić od zapomnienia
- 22 **Samorząd:** W obronie lekarzy
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Zapominane słowa
- 24 **Stomatologia:** Ile medycyny w stomatologii?
- 26 **Stomatologia:** Profilaktyka fluorkowa – eksperci są zgodni
- 28 **Prawo i medycyna:** Kalendarium – obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Informacja to podstawowe prawo pacjenta
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Przywrócić świetność internie
- 34 **Kultura / Sport:**
Kalendarz imprez kulturalnych i sportowych 2016
- 36 **Biuletyn NRL**
- 44 **Reportaż:** Kobieta z twarzą w ręczniku
- 47 **W skrócie**
- 48 **Praktyka lekarska:** Kliniczny obraz bólu
- 51 **Praktyka lekarska:** Radiolodzy wyjaśniają
- 52 **Praktyka lekarska:** Nie dbamy o płuca
- 54 **Medycyna i historia:** Cichociemny „Strwiąż”
- 56 **Ochrona zdrowia na świecie:** IT dla pacjenta i systemu
- 58 **Indeks korzyści:** Diabelski wynalazek
- 60 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Na co umarł Piotr Czajkowski
- 61 **Recenzja:** Salus aegroti suprema lex
- 62 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Audiometr peronowy
- 64 **Błąd malarski:** W ciszy
- 64 **Kultura:** Nie miej żalu
- 65 **Kultura**
- 66 **Sport**
- 68 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (57) / J. Wanecki:** Polonusi w Warszawie
- 74 **Jolka lekarska**

Rezydentury

Michał Balsa,
wiceprzewodniczący
Koła Młodego Lekarza
ORL w Szczecinie,
apeluje do młodych
lekarzy i do wszystkich
osób zaangażowanych
w szkolenie specjalizacyjne:
„Zacznijmy się szanować
jako lekarze, starsi niech
szanują młodszych,
a zarządzający
zaczną przestrzegać
wszystkich obowiązujących
przepisów”.
Więcej w dziale Samorząd
na www.gazetalekarska.pl.

Ginekologia

Od czerwca 2015 r.
w zarządzie Europejskiego
Stowarzyszenia
Specjalizujących się
w Położnictwie i Ginekologii
(ENTOG), jako jedyna
Polka, zasiada Agnieszka
Lemańska, doktorant
i lekarz rezydent GPSK
UM w Poznaniu. Więcej
w dziale Wydarzenia na
www.gazetalekarska.pl.

Nowe przepisy

Czy będą nowe zasady
dostępu do leków
refundowanych? Co
z umowami na świadczenia
opieki zdrowotnej?
O już obowiązujących,
jak i planowanych
zmianach w przepisach,
w dziale Prawo na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Dzieje się w medycynie, ale czy dobrze?

Początek nowego roku przyniósł w ochronie zdrowia wiele wydarzeń, które wywołują burzliwe dyskusje wśród lekarzy.

Jednym z nich jest wprowadzenie możliwości wystawiania zwolnień lekarskich drogą elektroniczną – eZLA. Niewielu pośród nas ma już doświadczenie w tej materii. Te osoby, które próbowały korzystać z tego nowoczesnego rozwiązania, relacjonują, że nie jest to sprawa prosta. Początki zawsze są trudne, trzeba się nauczyć poruszać w systemie. Ale informacja, że wystawienie eZLA trwa, przynajmniej na razie, kilkanaście minut, a może to robić wyłącznie lekarz, że anulowanie błędnie wystawionego zwolnienia zajmuje czas dwukrotnie dłuższy, musi budzić obawy. Wśród części lekarzy budzi oczywisty sprzeciw. Lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej czy ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wystawia kilka, kilkanaście zwolnień codziennie. Obecny system, „papierowego” wystawiania ZLA będzie obowiązywał do końca roku 2016.

W odpowiedzi na zgłaszane wątpliwości i głosy sprzeciwu, słyszymy, że od elektronicznych form dokumentacji medycznej nie ma odwrotu. Przy tej okazji wraca dyskusja o urzędniczych obowiązkach lekarza wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Orzekanie o stanie zdrowia i o zdolności pacjenta do pracy jest oczywistą składową wykonywania zawodu lekarza, ale te „papierzy”?

W tym numerze „Gazety Lekarskiej” w kilku miejscach znajdzie Państwo komentarze dotyczące wyników jesiennej sesji Państwowego Egzaminu Specjalistycznego. Cała Polska, nie tylko medyczna, przytaczała wynik egzaminu z anestezjologii, który zdało zaledwie 9 proc.

zdających. Pan prof. Mariusz Klencki, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, wyjaśniał na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej i w naszym wywiadzie, który znajdzie Państwo na str. 17 tego numeru, że jednym z powodów takich wyników jest to, że do PES można podchodzić nieskończoną ilość razy. „Zdawalność” osób, które zdają egzamin po raz pierwszy, jest kilkakrotnie wyższa niż średnia całej grupy. Nie zmienia to faktu, że kształcenie podyplomowe lekarzy budzi wiele zastrzeżeń i wymaga zmian. Jednym z ważniejszych pytań jest udział samorządu lekarskiego w tym kształceniu.

Od początku reaktywacji izb lekarskich poważnym problemem finansowym jest to, że Ministerstwo Zdrowia nie zwraca samorządowi lekarskiemu, mimo zapisów ustawowych, kosztów tych czynności administracyjnych, które przejął od państwa. Refundacja wynosi około 30 proc. Trudno mi tłumaczyć kolegom, dlaczego z ich składek izba musi opłacać koszty związane z wydawaniem praw wykonywania zawodu, prowadzeniem rejestru lekarzy, sądu lekarskiego i biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Kolejni ministrowie tłumaczyli tę skandaliczną sytuację brakiem pieniędzy w budżecie państwa. Ministrem, który jako jedyny pozytywnie zapisał się w mojej pamięci w tej sprawie, był pan prof. Grzegorz Opala. Być może nareszcie sytuacja zostanie załatwiona tak, jak trzeba. Pan minister Radziwiłł zapowiedział pełną refundację omawianych kosztów. Mam nadzieję, że tak się stanie. Po raz pierwszy od 25 lat! ■

Migawka

15 stycznia
podczas
posiedzenia
Naczelnej Rady
Lekarskiej
dyplomy za najlepiej
zdany LEK i LDEK
w 2015 r. odebrali:
lek. dent. Magdalena Molska
(OIL w Łodzi) i lek. Marek
Leszkiewicz (OIL w Warszawie).
Gratulujemy!



FOTO: Marta Jakubiak



Recepty znów inaczej

Koniec roku zwykle przynosi zmiany przepisów regulujących zasady wykonywania zawodu lekarza. Przełom lat 2015 i 2016 nie jest pod tym względem wyjątkowy. Tym razem jedno z nich dotknęły kwestii budzącej jakiś czas temu duże emocje w środowisku lekarskim – recept.

12 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015 r., poz. 1991). Jak zwykle w Polsce te niektóre inne ustawy to ponad 10 aktów prawnych, w większości mających podstawowe znaczenie dla wykonywania zawodu lekarza. To ona wprowadza nowe zasady ordynowania leków.

Zasadniczą zmianą jest przyznanie uprawnienia do przepisywania leków refundowanych każdemu lekarzowi posiadającemu prawo wykonywania zawodu, bez konieczności zawierania umowy z NFZ upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane. Umowy podpisane przez lekarzy będą obowiązywać do 31 grudnia 2016 r. Żeby wystawić receptę na leki refundowane, lekarz musi dokonać rejestracji w NFZ. Pozwala ona na uzyskanie:

- a. dostępu do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - b. uprawnienia do pobierania numerów recept,
 - c. upoważnienia do korzystania z usługi eWUŚ.
- Nie wystarczy więc tylko posiadanie pwz, ale konieczne będzie uzyskanie numerów recept z Funduszu. Jeszcze w fazie projektów znajdują się akty, które regulować będą szczegółowe kwestie dotyczące wystawiania recept, w tym sytuację lekarzy, którzy zawarli umowy z NFZ i wystawiają recepty na leki refundowane (choćby co do wykorzystania starych druków recept).

Zmiany dotyczą również odpowiedzialności za nieprawidłowości w ordynowaniu leków refundowanych. Opierać się ona będzie na przepisach Prawa farmaceutycznego, a nie na umowie. Ponośli ją będzie lekarz za wystawienie recepty, gdy pozbawiono go tego prawa, ordynację bez uzasadnienia względami medycznymi czy niezgodną z uprawnieniami pacjenta, a także niezgodną ze wskazaniami w obwieszczeniach. Względami tymi lekarze muszą się kierować, ordynując leki refundowane pod rygorem zwrotu kwoty refundacji. Muszą się również poddać kontroli NFZ. Uniemożliwienie czynności kontrolnych czy niewy-

konanie zaleceń pokontrolnych grozić będzie karą pieniężną stanowiącą równowartość (lub do równowartości) refundacji za okres kontrolowany, nadkładaną i ściąganą w trybie administracyjnym.

Zmiany wprowadzone ustawą obejmują również źródło regulacji treści recept. Teraz znajdować się ono będzie w ustawie Prawo farmaceutyczne, a ta określa nowe, drobne elementy, jakie muszą znaleźć się w treści recepty: numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę oraz kod pocztowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta lub osoby wystawiającej receptę lub podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z komunikatem Ministra Zdrowia umieszczenie tych elementów na receptach przez lekarzy z podpisanymi umowami nie jest konieczne do czasu wydania nowego rozporządzenia receptowego na podstawie przepisów Prawa farmaceutycznego.

Należy też wspomnieć, że uprawnienie ordynowania leków (samodzielnego lub kontynuowania terapii zleconej przez lekarza) uzyskały pielęgniarki i położne posiadające odpowiednie kwalifikacje. Mają je pielęgniarki i położne posiadające wyższe wykształcenie drugiego lub pierwszego stopnia (w zależności od kategorii uprawnień) oraz pielęgniarki i położne legitymujące się tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Muszą one do tego ukończyć kurs specjalistyczny w zakresie realizacji tych uprawnień (chyba, że w trakcie studiów lub specjalizacji nabyły wiedzę objętą takim kursem). Uprawnienie to nie dotyczy leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Do tego Minister Zdrowia określać ma wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także wykaz wyrobów medycznych, które mogą być przedmiotem ordynacji pielęgniarstwiej. Zawiera go rozporządzenie z 20 października 2015 r. (Dz.U. 2015 r., poz. 1739).

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

W Europejskim
Raportcie
Światowej
Organizacji Zdrowia
2015 czytamy, że
Polacy są wśród
41 krajów na
18. miejscu, jeśli
chodzi o palenie
tytoniu.
Z satysfakcją
musimy
odnotować ten
fakt, bo jeszcze
nie tak dawno
mieliśmy razem
z Węgrami
i Holendrami
pozycję
niechlubnych
liderów.

Standardy zostawmy specjalistom

Cała Polska zastanawiała się, dlaczego tak słabo wypadł Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Wszystko za sprawą artykułu w ogólnopolskiej gazecie, który mówił o wysokim poziomie niezdań z anestezjologii i intensywnej terapii.

Tylko my, lekarze, wiemy doskonale, jak istotny jest sposób przygotowania do tego egzaminu. Kształcimy się w systemie, w którym wielu młodych lekarzy postrzega siebie jako dodatkową siłę roboczą, na którą dyrektor nie musi ponosić dodatkowych kosztów. Sygnały dochodzące od młodych ludzi są niepokojące i NRL zajmowała już wiele stanowisk w ich obronie, dotyczących m.in. poprawy jakości kształcenia specjalizacyjnego, wzrostu wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów, wprowadzenia wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji, zmian przepisów uniemożliwiających zmianę dziedziny specjalizacji w ramach rezydentury oraz kwestii dyżurów medycznych pełnionych w trakcie kształcenia specjalizacyjnego. Zresztą samorząd lekarski jest przygotowany, aby przejąć kształcenie specjalizacyjne i myślę, że uporządkowałby tę sferę.

Niestety, co jakiś czas pojawiają się nowe pomysły i to nie takie, które mogłyby pomóc młodym lekarzom, ale raczej utrudniłyby im kształcenie. Taki właśnie najgorszy koncept przedstawiła ostatnio Rzecznik Praw Pacjenta, Krystyna Kozłowska, proponując związanie rezydentury z obowiązkiem przepracowania określonego czasu w Polsce w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Sprzeciwiam się takiemu obowiązkowi. Uważam, że spowoduje jeszcze większą emigrację. Nie za zarobkami. Za warunkami specjalizowania się.

Na ostatnim posiedzeniu NRL podjęliśmy bardzo obszerne stanowisko dotyczące założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej. Aspektów było wiele, przywołałam tylko jeden, zachęcając do zapoznania się z całością na stronie internetowej NIL.

NRL wniosła o wycofanie się z określania standardów postępowania medycznego w formie rozporządzeń. Naszym zdaniem, określanie standardów postępowania medycznego nie powinno odbywać się w drodze regulacji urzędowych i w formie przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Standardy postępowania medycznego zostawmy gremiom specjalistów i ich aktualnej wiedzy medycznej.

W Europejskim Raportcie Światowej Organizacji Zdrowia 2015 czytamy, że Polacy są wśród 41 krajów na 18. miejscu, jeśli chodzi o palenie tytoniu. Z satysfakcją musimy odnotować ten fakt, bo jeszcze nie tak dawno mieliśmy razem z Węgrami i Holendrami pozycję niechlubnych liderów. Przesunięcie się na dalszą pozycję rankingu może być uznane za sukces, ale... czy? Na pewno prof. Witolda Zatońskiego, który z determinacją walczył o eliminację tego nałogu; na pewno NRL, która mocno go w tej walce wspierała; na pewno organizacji międzynarodowych, których członkami jest polski samorząd lekarski. Na szczęście pojawił się niepalący minister prof. Marian Zembala, a obecny minister to zagorzały przeciwnik palenia, co rokuje na dalszą poprawę sytuacji w Polsce w tym zakresie. Natomiast dużo gorzej nasz kraj wypada, jeśli chodzi o walkę z otyłością. Na 51 podanych państw jesteśmy na 45. miejscu. Statystycznie znaleźliśmy się już w wadze ciężkiej. Aby to zmienić, trzeba będzie dużo wysiłku nie tylko intelektualnego, ale i fizycznego. Stare łacińskie przysłowie mówi: *verba docent exempla trahunt*, życzę zatem wszystkim Koleżankom i Kolegom oraz ich pacjentom, by spotykali się na ośnieżonych stokach, w basenach i klubach sportowych. ■



W ostatnim czasie wziąłem udział w tzw. Gali Sttu organizowanej przez jedno z pism medycznych. Oceny odbywały się w dwóch kategoriach – naukowej i tej związanej z systemową ochroną zdrowia. W pierwszej jedynką wśród stu został prof. Henryk Skarżyński, w drugiej minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Gratuluję!



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Spotkanie przedstawicieli NIL z lekarzami seniorami w Domu Lekarza Seniora w Warszawie (18 grudnia 2015).

Kwalifikacje zawodowe

18 stycznia 2016 r. weszły w życie nowe przepisy wdrażające dyrektywę o uznawaniu kwalifikacji zawodowych. Wszystkie osoby, bez względu na posiadane obywatelstwo, które ukończyły studia medyczne w języku innym niż język polski, w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry bądź ograniczonego prawa wykonywania zawodu będą zobowiązane wykazać znajomość języka polskiego poprzez złożenie egzaminu z języka polskiego przeprowadzanego przez Naczelną Radę Lekarską. Za każde zaświadczenie związane z procedurą uznawania kwalifikacji wydawane przez ORL albo NRL na wniosek lekarza lub lekarza dentystry będzie pobierana opłata w wysokości 3 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę (w 2016 r. będzie to 1850, czyli 55,50 zł za zaświadczenie). Okręgowe rady lekarskie będą miały obowiązek wysyłać właściwym organom we wszystkich państwach UE informacje o lekarzu albo lekarzu dentyście, na którego został w Polsce nałożony zakaz wykonywania zawodu (stały bądź czasowy) albo ograniczenie w wykonywaniu zawodu. Zaczną też regularnie otrzymywać z innych państw informacje o zakazach wykonywania zawodu albo ograniczeniach nakładanych na lekarzy i lekarzy dentystry. Ponadto, także w innych państwach mogą się zmienić (a w niektórych już to nastąpiło) regulacje związane ze sposobem wykazywania znajomości języka danego państwa jako wymogu uzyskania w tym państwie uprawnień do wykonywania zawodu.

Egzaminy PES na NRL

Dyrektor CEM Mariusz Klencki przedstawił NRL analizę wyników PES w sesji jesiennej 2015. Odsetek niepowodzeń powyżej 40% dotyczył następujących specjalizacji: chirurgii plastycznej (83,3%), anestezjologii i intensywnej terapii (81,8%), stomatologii dziecięcej (63,2%), neurochirurgii (46,2%), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (41,5%), radioterapii onkologicznej (40%). Wśród wszystkich zdających 1752 osoby zdawały po raz pierwszy – w ich przypadku odsetek niepowodzeń wynosił 15,8%; 552 osoby przystępowały po raz drugi i kolejny – w ich przypadku odsetek niepowodzeń wynosił 64,9%. Analiza wyników spowodowała dyskusję

na temat kształcenia specjalizacyjnego na posiedzeniu NRL, w tym problemów lekarzy i roli samorządu lekarskiego w kształceniu podyplomowym (więcej na s. 17).

Kryteria oceny ofert

Prezydium NRL, opiniując zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. negatywnie zaopiniowało propozycję wprowadzenia do oceny ofert kryterium „badania satysfakcji pacjenta”, za niezasadne uznało premiowanie w postępowaniach konkursowych oferentów współpracujących z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez przyznawanie ich ofertom dodatkowych punktów. Negatywnie zaopiniowało także zawarte w poszczególnych tabelach załącznika nr 1 do zarządzenia składniki kryterium „jakość – wyniki kontroli” i postulowało wykreślenie z poszczególnych tabel w załączniku nr 1 takich uchybień stwierdzonych w toku kontroli, które nie dotyczą jakości świadczeń zdrowotnych, lecz naruszenia zasad rozliczeń z NFZ, takich jak: 1) nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących; 2) nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń; 3) nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalnoprawnych prowadzonej działalności; 4) niezgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń; 5) przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych. Pełen zapis stanowiska na www.nil.org.pl.

Zarobki bez metodologii

Firma Work Service S.A. powołała się na tajemnicę przedsiębiorstwa, kiedy zapytaliśmy o dane opublikowane na stronie internetowej firmy w artykule pt. „Polak potrzebuje 10 dni pracy na sfinansowanie świąt”. Zwróciłam się z prośbą o udzielenie informacji, na podstawie jakich materiałów opracowano tabelę i stwierdzono, że „Programista potrzebuje tylko trochę ponad 4 dni, a osobom zarabiającym powyżej 10 tys. zł netto wystarczy kilka do kilkunastu godzin, aby wyprawić



święta Bożego Narodzenia. Do tego grona można zaliczyć lekarzy specjalistów, prezesów spółek giełdowych oraz profesorów medycyny”. Zwróciłam uwagę, że w publikacji zabrakło jakichkolwiek informacji na temat metodologii badań, które pozwoliłyby czytelnikowi oraz korzystającym z materiału dziennikarzom właściwie interpretować, ocenić i przemyśleć prezentowane wyniki. Prosiłam o wskazanie, czy źródłem do sporządzenia tabeli zarobków były np. ankiety, opracowania własne Work Service S.A. czy może dane statystyczne instytucji publicznych oraz o wyjaśnienie, jaka była liczba przebadanych oraz według jakiego kryterium dobrano osoby do badania – istotne jest bowiem to, czy próbę wykonano na grupie około tysiąca osób, czy na grupie znacznie mniejszej, oraz czy w przypadku lekarzy uwzględniono przedstawicieli różnych specjalizacji lekarskich. Zaznaczyłam, że podanie danych bez wskazania powyższych czynników jest krzywdzące dla środowiska lekarskiego, a w szczególności dla tych lekarzy, których zarobki na umowę o pracę wynoszą poniżej 4 tys. zł brutto.

Kongres FDI – zgłoś prezentację!

Do 1 kwietnia br. można przysyłać streszczenia prezentacji: ustnej lub posterowej na Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI, który w dniach 7-10 września 2016 r. odbędzie się w Poznaniu.

– Badania oraz spostrzeżenia kliniczne przyjmowane są w prawie wszystkich kategoriach związanych ze stomatologią, m.in. stomatologii ogólnej, profilaktyce, leczeniu stomatologicznym i odtwórczym oraz chirurgii jamy ustnej. Można także zgłaszać prace dotyczące wpływu jamy ustnej na zdrowie ogólne – informuje prof. Marzena Dominiak, przewodnicząca Komitetu Naukowego FDI.

Abstrakty prezentacji mogą być nadsyłane (wyłącznie w języku angielskim) poprzez stronę internetową www.fdi2016poznan.org, w dwóch formach: prezentacji ustnych i plakatów. Te pierwsze będą trwały 10 minut, a zakończy je dwuminutowa dyskusja. Abstrakt nie powinien być dłuższy niż 250 słów i nie może reklamować produktów dentystycznych. Plakaty będą prezentowane w formie e-posterów.

Zmiany w NRL

Doktor Mariusz Malicki w dniu 15 stycznia 2016 r. został wybrany na stanowisko członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Wybory na nowego członka Prezydium NRL odbyły się w związku z wcześniejszym wyborem doktora Marka Jodłowskiego na Sekretarza NRL.

Doktor Mariusz Janikowski został wybrany na nowego przewodniczącego Komisji ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL po rezygnacji z tej funkcji doktora Andrzeja Włodarczyka.

Doktor Tomasz Romańczyk został wybrany na nowego przewodniczącego Komisji Legislacyjnej NRL po wyborze dotychczasowego przewodniczącego na stanowisko Sekretarza NRL. W skład komisji weszli – również w wyniku wyborów – doktor Mieczysław Dziedzic i doktor Ryszard Mondziel.

Meritus Pro Medicis – komunikat

Kancierz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis Romuald Krajewski zaprasza wszystkich członków izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla samorządu lekarskiego i zasługują na Odznaczenie Meritus Pro Medicis. Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać także organy izb lekarskich.

Zgodnie z regulaminem nadawania Odznaczenia Meritus Pro Medicis, może być ono przyznawane w danym roku łącznie i maksymalnie 10 lekarzom i lekarzom denty stomom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie Odznaczenia Meritus Pro Medicis (wniosek oraz list promocyjny) można pobrać z witryny na stronie NIL poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis. Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, z dopiskiem na kopercie Meritus Pro Medicis lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie do 7 kwietnia 2016 r. ■





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Nam skakać nie kazano

Jeśli przypadkowo nie jest się żyjącym w swoim świecie eremity, bardzo trudno jest przejść przez życie, omijając politykę szerokim łukiem.

Czy to się nam podoba, czy nie, funkcjonowanie państwa zależy od partyjnych ustaleń. A te częściej niż skutek rzeczowej i pełnej wzajemnego szacunku dyskusji są wynikiem sprowadzenia przeciwnika do parteru w atmosferze pomówień, upokorzeń i dokuczliwego w odbiorze jazgotu. Tym bardziej więc należy docenić ogromną i jednocześnie rzadko zauważaną zaletę zawodu lekarza, jaką jest możliwość pozostawania w stanie politycznej neutralności bez większego uszczerbku dla kariery. To jedna z nielicznych obecnie oznak wolności lekarskiego fachu i zarazem nasza przewaga nie tylko nad żyjącymi z polityki, ale i zatrudnionymi w kulturze, mediach i samorządach, którzy po każdym mocniejszym wychyleniu wyborczego wahańa muszą rozstrzygać hamletowskie dylematy w rodzaju: zapisać się do PiS-u czy też – niczym stale szukający swojego miejsca Roman Giertych – skakać w obronie podobno zagrożonej demokracji z megafonem w dłoni.

Patrząc z perspektywy stojącego na uboczu obserwatora, chciałoby się, by ochrona zdrowia przestała być targana przez polityczne burze i rozwijała się niezależnie, czy „nasi” są akurat przy władzy. Często słyszę tęskne opinie, że wszystko byłoby dobrze, gdyby „oni się tam na górze tak między sobą nie żarli”. To naiwne rozumowanie. W PRL-u przez dziesięciolecia niezwykle rzadko dochodziło do jakichkolwiek politycznych sporów. Nie dość, że kierowniczą rolę sprawowała nieboszcza PZPR, to jeszcze w sejmie, oprócz jej przedstawicieli, zasiadali praktycznie wyłącznie akolici z ZSL i SD. Co z tej zgodności na szczytach władzy wyszło, przypominać nie trzeba. Oczywiście dałoby się nasz sektor uwolnić od politycznych wpływów, przynajmniej w znacznym stopniu. Potrzebne byłoby spełnienie jednego warunku: decyzje, jak spożytkować pieniądze „na zdrowie”, podejmowałby indywidualnie wyborcy, a nie wybrani. Zadaniem polityków byłoby stworzenie ram organizacyjnych systemu.

dzę pod modnymi wówczas hasłami wolności gospodarczej. Zapowiadano konkurencję dla NFZ, podwyższenie składki zdrowotnej, prywatyzację, komercjalizację i dodatkowe ubezpieczenia. Skończyło się na karykaturalnych w stosunku do składanych obietnic zmianach, korzystnych przede wszystkim dla krewnych i znajomych królika oraz wybranych grup lekarzy specjalistów, którzy mieli szczęście znaleźć się w miejscu opadów złotego deszczu. Na plus minionych ośmiu lat należy zaliczyć znaczącą poprawę infrastruktury. Pomijając przypadki przysłowiowego wyrzucania pieniędzy w błoto, przybyło nowoczesnych szpitali i przychodni – zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Nie było to jednak zasługą kierujących resortem przy Miodowej, tylko skutkiem pozyskania przez samorządy lokalne dodatkowych środków z funduszy unijnych oraz pozaunijnych mechanizmów finansowych.

Od jesieni mamy nowe polityczne rozdanie i nowego ministra. Gdyby zamiarem doktora Radziwiłła było zdystansowanie poprzedników z PO, mógłby dosłownie za chwilę spocząć na laurach. Bezszelestny początek roku w POZ, zwiększenie naboru na studia medyczne, przywrócenie stażu podyplomowego, zatrzymanie przymusowej komercjalizacji szpitali, poprawa dostępności do leków i nieuciekanie się do antylekarskiego czarnego pijaru wystarczyłyby do tego w zupełności. Aspiracje nowego szefa resortu zdrowia, skądinąd doskonale znającego system ochrony zdrowia od strony praktycznej, sięgają o wiele dalej. Doktor Radziwiłł dobrze wie, że nie da się zrealizować ambitnych planów bez dodatkowych, pokaźnych środków. Ten mur może być bardzo trudny do przebicia. Nie tylko z uwagi na słabe zaplecze polityczne nowego ministra, jak wspominałem – praktyka, a nie polityka. Ośmioletnie rządy PO przyniosły wprowadzenie skumulowany wzrost PKB w wysokości około 25 proc., ale niemal stuprocentowy wzrost zadłużenia państwa! Obsługa długu pochłania więcej niż środki potrzebne do podźwignięcia ochrony zdrowia do przyzwoitego poziomu. Nie trzeba skakać, by to dostrzec i zdać sobie sprawę z konsekwencji. ■

Oczywiście dałoby się nasz sektor uwolnić od politycznych wpływów, przynajmniej w znacznym stopniu. Potrzebne byłoby spełnienie jednego warunku: decyzje, jak spożytkować pieniądze „na zdrowie”, podejmowałby indywidualnie wyborcy, a nie wybrani. Zadaniem polityków byłoby stworzenie ram organizacyjnych systemu.

Co myśli lekarska reprezentacja narodu?

Trzy miesiące temu wybieraliśmy posłów i senatorów, którzy przez najbliższe cztery lata będą decydować o Polsce. Wśród tych, którzy zdobyli wystarczającą liczbę głosów wyborczych, znaleźli się również lekarze. Jaką mają wizję ochrony zdrowia?

**Lidia
Sulikowska**

Ostatnie wybory wyłoniły członków IX kadencji senatu i VIII kadencji sejmiku. W ławach izby wyższej parlamentu zasiada 12 lekarzy (o czterech więcej niż w poprzedniej kadencji, jeden jest stomatologiem), w tym marszałek senatu, wice marszałek senatu, a także minister zdrowia. Zdecydowana większość senatorów lekarzy należy do klubu parlamentarnego PiS. Ośmiu senatorów lekarzy działa w senackiej Komisji Zdrowia (zasiadają w niej także 4 osoby, które nie są lekarzami), część także w innych komisjach.

Izbę niższą reprezentuje 18 lekarzy (tytuł, co w poprzedniej kadencji), w tym jeden lekarz dentysta. Jeden, a właściwie jedna z nich (Ewa Kopacz) uzyskała najlepszy indywidualny wynik wyborczy w kraju (230 tys. głosów) wśród wszystkich kandydujących na posła. 17 pracuje w sejmowej Komisji Zdrowia (działa tu też 20 posłów, którzy nie są lekarzami). Większość posłów lekarzy obecnej kadencji to osoby związane z klubem parlamentarnym PO.

Jakiej ochrony zdrowia by chcieli? Wśród posłów i senatorów, którzy są lekarzami, przeprowadziliśmy sondę z prośbą o udzielenie krótkich odpowiedzi na pytania związane z polskim zdrowiem:

1. Jak finansować leczenie chorych – z budżetu państwa czy, tak jak jest obecnie, ze składki zdrowotnej?
2. Czy NFZ powinien zostać zlikwidowany? Jeśli tak – co w zamian?
3. Co będzie chciał Pan zrobić, aby zwiększyć liczbę lekarzy?
4. Ile powinno wynosić minimalne wynagrodzenie brutto lekarza za pracę na jednym etacie?
5. Czy prywatne szpitale powinny być finansowane ze środków publicznych?
6. POZ powinno być finansowane ze składki kapitałowej (tak, jak jest teraz) czy w innej formie? Jakiej?

Co odpowiedzieli? Poniżej prezentujemy opinie osób, które przesyłały nam swoje odpowiedzi. Zapraszamy do lektury.



**Stanisław Karczewski
(KP PiS), senator, marszałek
senatu**

1. Pieniądze powinny być przekazywane z budżetu państwa.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien być zlikwidowany, a formę płatności przejąć wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich.
3. Zwiększyć ilość lekarzy przyjmowanych na studia oraz tworzyć kolejne uczelnie.
4. Wynagrodzenie powinno być godne, tak aby lekarz mógł godnie żyć, szkolić się i utrzymać rodzinę.
5. W Polsce powinna powstać sieć szpitali i zasady określające ich funkcjonowanie, tak aby nowopowstałe placówki były tworzone w zależności od możliwości środków publicznych.
6. POZ powinno być finansowane w sposób zróżnicowany, w zależności od efektów leczenia, ale również od prowadzonej profilaktyki.



**prof. Tomasz Grodzki (KP PO),
senator, członek senackiej
Komisji Zdrowia**

1. Należy finansować dobrze – zwiększając sukcesywnie % PKB przeznaczony na ochronę zdrowia.
2. System ubezpieczeń powinien być doskonały i zdemonopolizowany.
3. Zachęcać różnymi sposobami (w tym finansowymi do pozostania w kraju).
4. 4 x średnia krajowa.
5. Pacjent nie musi wiedzieć, czy szpital jest prywatny, państwowy, zakonny czy inny – ma wszędzie otrzymać dobrą, ustandaryzowaną usługę. Jeśli ją otrzymuje, ubezpieczyciel powinien zwrócić koszty.
6. Nie mam zdania.



**dr Andrzej Stanisławek
(KP PiS), senator, członek
senackiej Komisji Zdrowia**

1. Z budżetu.
2. Tak, finansowanie z budżetu.
3. Zwiększyć limity na studia i otworzyć specjalizacje zgodne z mapą potrzeb.
4. Średnia krajowa x 2.
5. Jeżeli realizują kontrakty NFZ, to oczywiście, że tak.
6. Nie wiem.



Joanna Kopcińska
(KP PiS), posłanka,
z-ca przewodniczącego
sejmowej Komisji Zdrowia

1. Budżetowo, musimy zapewnić dostęp do świadczeń wszystkim Polakom, bo to gwarantuje im Konstytucja w art. 68.
2. NFZ powinien zostać zlikwidowany. W zakresie jego działań kompetencje powinny zostać rozdzielone pomiędzy Ministra Zdrowia, wojewodów i inne instytucje, które już dziś działają w systemie ochrony zdrowia.
3. Najlepszym sposobem jest zwiększenie liczby miejsc na studiach lekarskich. Oprócz tego trzeba działać, żeby lekarze nie wyjeżdżali z Polski.
4. Jest wiele różnych zmiennych. Trudno określić. Na pewno musi być to kwota wyższa niż dziś, żeby lekarze nie musieli pracować ponad 200 godzin w miesiącu.
5. Wszystko zależy od potrzeb zdrowotnych pacjentów. Jestem zdania, że jeżeli obok siebie są dwa szpitale: prywatny i publiczny, które reprezentują podobny poziom świadczeń, to wówczas trudno zdecydować o wspieraniu szpitala prywatnego kosztem szpitala publicznego.
6. To wszystko zostanie uregulowane w nowej ustawie o POZ. Lekarze już przyzwyczaili się do składki kapitacyjnej, pytanie, czy nie powoduje to dysproporcji w dostępie do świadczeń w niektórych regionach Polski.



Tomasz Latos (KP PiS),
poseł, z-ca przewodniczącego
sejmowej Komisji Zdrowia

1. Z budżetu państwa, ale pieniądze na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia mogą pochodzić z różnych źródeł, w tym ze składki zdrowotnej. Rozwiązania w tej sprawie są dopiero przygotowywane i szczegółowa dyskusja dopiero przed nami.
2. Tak, a dotychczasowe kompetencje zostaną przekazane służbom podległym wojewodom. Dalej będzie proces kontraktowania, choć w zmienionej formie, stąd osoby zajmujące się tymi sprawami w NFZ będą dalej potrzebne.
3. Trzeba zwiększyć ilość studentów kształconych na studiach lekarskich, a także poprawić warunki dalszego kształcenia i funkcjonowania w zawodzie absolwentom, aby nie wyjeżdżali z Polski w poszukiwaniu pracy.
4. Trudno mi precyzyjnie odpowiedzieć na to pytanie. Myślę, że zasady wynagradzania powinny być wypracowane w porozumieniu między politykami, izbą lekarską i pracodawcami. Oczywiście ważna jest też rola związków zawodowych.
5. W niektórych rejonach Polski nie ma innych szpitali niż tylko niepubliczne. Ten fakt trzeba uwzględnić przy tworzeniu sieci szpitali. Korzystanie ze środków publicznych to jednak także branie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na danym terenie, a nie tylko np. realizowanie najbardziej opłacalnych procedur. W realizacji inwestycji

medycznych, które następnie mają mieć dostęp do publicznych pieniędzy, trzeba uwzględniać mapy potrzeb zdrowotnych w poszczególnych regionach.

6. Moim zdaniem można utrzymać stawkę kapitacyjną, ale jestem zwolennikiem osobnej puli środków finansowych na diagnostykę.



dr Beata Małecka-Libera
(KP PO), posłanka, z-ca
przewodniczącego sejmowej
Komisji Zdrowia

1. Obecnie mamy system mieszany – budżetowo-ubezpieczeniowy. Jestem za systemem ubezpieczeniowym.
2. W tej chwili nie jest potrzebna kolejna rewolucja systemu finansowania opieki zdrowotnej, lecz usprawnienie obecnie funkcjonującego, a także tworzenie nowych dodatkowych ubezpieczeń.
3. Należy zwiększyć ilość akredytowanych miejsc kształcenia i ilość przeznaczonych na ten cel pieniędzy.
4. Jestem przeciwnikiem sztywnych norm wynagrodzenia. To jest umowa o pracę między lekarzem i pracodawcą. Jej warunki zależą od wielu czynników, między innymi: kwalifikacji, zapotrzebowania, zaangażowania lekarzy – powinien to być system motywacyjny.
5. Według mnie nie jest istotne, kto jest organem założycielskim, ważne jest, jakiego rodzaju usługi medyczne świadczy, czy spełnia warunki i kryteria konkursów przygotowywanych przez NFZ.
6. Jestem za stawką kapitacyjno-zadaniową. Z dużym naciskiem na efektywność.



Marek Ruciński
(KP Nowoczesna), poseł, z-ca
przewodniczącego sejmowej
Komisji Zdrowia

1. Tak. Uważam, że finansowanie leczenia chorych ze składki zdrowotnej to dobre rozwiązanie i powinno być kontynuowane.
2. Daleki jestem od likwidacji NFZ, niemniej jestem orędownikiem zniesienia jego monopolu poprzez wprowadzenie systemu konkurencyjnych płatników ochrony zdrowia. Dopuszczenie innych płatników do systemu wymusi branie pod uwagę, przy kontraktach zawieranych ze szpitalami, stosunku jakości usługi do ceny. W ostatecznym rachunku leczenie szybko i prawidłowo zdiagnozowanego pacjenta jest zawsze tańsze.
3. Powinniśmy dążyć do zwiększenia naboru lekarzy. Jestem także za pozostawieniem anglojęzycznych studiów, bowiem zagraniczni absolwenci medycyny coraz częściej decydują się na kontynuację kariery w Polsce. Ważnym elementem jest też zachęta finansowa dla osób, które decydują się na studia lekarskie.
4. Wynagrodzenie powinno być zależne od stopnia

zaawansowania edukacji lekarza. Niemniej, moim zdaniem, wynagrodzenie lekarza zatrudnionego na jeden etat powinno oscylować w granicach dwukrotnego wynagrodzenia brutto, jakie średnio otrzymuje się w Polsce.

5. Uważam, że prywatne szpitale nie powinny być finansowane ze środków publicznych, ale dopuszczam możliwość wspomagania ich środkami publicznymi – tak jak placówki publiczne wspomagane są środkami prywatnymi. Uważam, że placówki publiczne i prywatne powinny mieć jednakowe możliwości finansowania.
6. Składka kapitacyjna to dobry pomysł. Uważam, że wysokość przyznanych środków nie powinna być warunkowana liczbą chorych pacjentów, ale tych, którzy pozostają pod opieką danej placówki. W ten sposób na większy budżet mogłyby liczyć placówki, które podejmują skuteczną profilaktykę.



**prof. Alicja Chybicka (KP PO),
posłanka, członek sejmowej
Komisji Zdrowia**

1. Obojętne – ważne, aby to finansowanie było wystarczające dla ratowania zdrowia, a przede wszystkim życia chorych.
2. Tak lub nie. Uproszczone wystarczające finansowanie z NFZ, MZ (budżet), urzędu wojewodów.
3. Wzrost liczby studentów w uniwersytetach medycznych. Poza tym wprowadzić talony za studia zwrotne przy wyjeździe tuż po studiach – to samo w przypadku rezydentur.
4. Wynagrodzenie lekarza ze specjalizacją: minimum dwie średnie krajowe.
5. Tylko te, które udzielają świadczeń pełnoprofilowych (pieniądz powinien „iść” za pacjentem).
6. Połowa – stawka kapitacyjna, reszta za wykonaną pracę.



**Lidia Gądek (KP PO), posłanka,
członek sejmowej Komisji
Zdrowia**

1. Finansowanie usług ze składki zdrowotnej jest sposobem sprawdzonym i sprawiedliwym społecznie, zdecydowanie należy zachować finansowanie niezależne od budżetu państwa. Budżet winien być podstawą finansowania procedur wyspospecjalistycznych oraz oczywiście całości procedur składających się na dbałość o zdrowie publiczne.
2. Sama likwidacja NFZ nic nie zmieni w poprawie dostępności do świadczeń, tym bardziej że już są pomysły, aby zastąpić go innym tworem finansowym. Moim zdaniem niezależny płatnik winien pozostać, natomiast zdecydowanie należy zwiększyć kompetencje oddziałów regionalnych.
3. Pierwsze działania zostały podjęte w celu zwiększenia liczby lekarzy praktykujących w Polsce i myślę, że należy je kontynuować – zwiększenie naboru, skró-

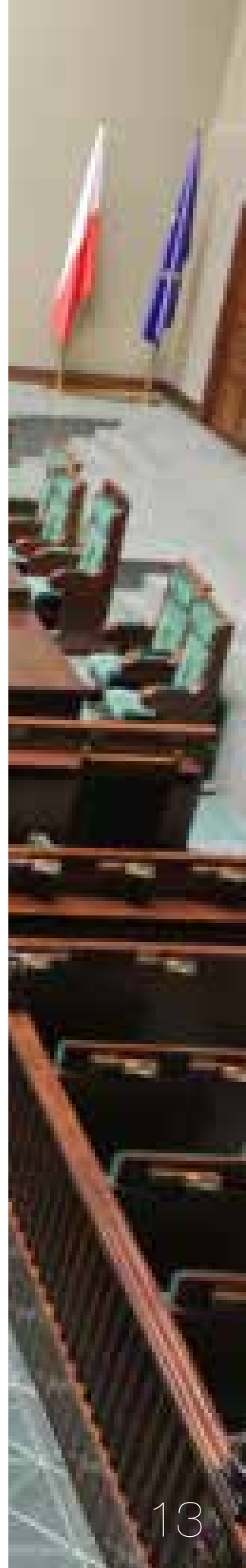
cenie czasu studiów, należy zdecydowanie jednak poprawić warunki specjalizowania się, uprościć procedury specjalizacyjne oraz dostosować wymagania do realu, szczególnie w zakresie egzaminów.

4. Płaca lekarza winna być wynagradzana nie w wymiarze etatowym, ale w zamian za wykonywaną pracę i jej jakość, jeśli jednak miałyby wrócić etatowość, to moim zdaniem minimum 3 x średnia krajowa na etat.
5. W ochronie zdrowia nie powinno mieć znaczenia, czy podmiot jest publiczny, czy prywatny, a jedynie to, jaki rodzaj usług i opieki nad pacjentem prezentuje. Finansowane powinny być placówki dające kompleksową opiekę, wysokiej jakości, a nie te, które muszą być utrzymywane, bo jakiś szczebel samorządu ma ambicje mieć szpital.
6. POZ powinna być finansowana w sposób mieszany, a więc stawka kapitacyjna jako baza opieki nad populacją, a do tego stopniowo rozszerzane kompetencje z płatnością za wykonane procedury – to zapewni najwyższy poziom opieki całościowej nad pacjentem, pozwoli lekarzowi rodzinnemu być prawdziwym przewodnikiem w systemie, a jednocześnie zdecydowanie ograniczy kolejki w AOS.



**Alicja Kaczorowska (KP PiS),
posłanka, członek sejmowej
Komisji Zdrowia**

1. Z budżetu państwa. Składka zdrowotna stanie się częścią podatku PIT, który trafi do budżetu, a nie do NFZ. Zakłada się sukcesywne podniesienie poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków budżetowych do poziomu 6% PKB, czyli o ok. 25-30 mld zł. Podwyższanie składki zdrowotnej spowodowałoby rozwój gospodarczy i zadziałało paradoksalnie.
2. Tak. To rząd jest rozliczany z polityki zdrowotnej i wydatków publicznych na zdrowie. Wobec tego trzeba go wyposażać w narzędzia, pozwalające kreować i kontrolować budżet na ochronę zdrowia, a nie sprowadzać go jedynie do roli opiniodawcy. Zamiast NFZ Ministerstwo Zdrowia przygotowuje plan finansowania świadczeń medycznych ze środków zabezpieczonych przez Ministerstwo Finansów.
3. Należy zapewnić godne wynagrodzenie – adekwatne do wiedzy i odpowiedzialności, zwiększyć nabór na studia medyczne, przywrócić etos zawodu lekarza, stworzyć gwarancję zatrudniania medyków na umowę o pracę, uprościć i ujednolicić dokumentację medyczną, przyspieszyć informatyzację ochrony zdrowia.
4. Powinno stanowić przynajmniej 1,5 krotności średniej pensji krajowej.
5. Jeżeli prywatny szpital wpisze się w mapę potrzeb zdrowotnych regionu, będzie miał prawo być finansowany ze środków publicznych.
6. Wynagrodzenie kapitacyjne lekarza rodzinnego powinno być uzupełnione o dodatki finansowe w wybranych dziedzinach (leczenie uzależnień, zapobieganie otyłości, szczepienia).





dr Władysław Kosiniak-Kamysz
(KP PSL), poseł, członek
sejmowej Komisji Zdrowia

1. Uważam, że konieczne jest zwiększenie do 2020 roku całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce do poziomu 10% PKB. Gdzie szukać tych pieniędzy? Np. wykonanie koniecznych inwestycji w ochronie zdrowia w Polsce nie powinno się odbywać ze środków budżetowych, ale dzięki maksymalnemu pozyskaniu na ten cel środków z UE, jak również dzięki środkom pochodzącym z partnerstwa publiczno-prywatnego.
2. Nie demonizowałbym tej instytucji, bo jakiś płatnik musi istnieć w systemie. Ważne, żeby zrezygnować z błędów, które niewątpliwie się pojawiły w dotychczasowym działaniu tej instytucji.
3. Jestem świadomy luki pokoleniowej w grupie zawodowej lekarzy, i emigracji młodych lekarzy. Cieszą mnie nowe jednostki kształcące przyszłych lekarzy, zwłaszcza na wschodzie kraju, ale kluczowe znaczenie ma kształcenie specjalizacyjne. Nie może być także tak, że lekarze czekają na miejsca specjalizacyjne – to miejsca specjalizacyjne powinny czekać na lekarzy.
4. Po podwyżkach płac pielęgniarów najwyższy czas na podjęcie działań mających na celu wzrost płacy lekarzy, także by one stopniowo zbliżyły się do zarobków medyków w innych krajach UE. Warte analizy są na przykład doświadczenia słowackie, gdzie ustawowa pensja minimalna lekarza specjalisty sięga 2,3 średniej krajowej.
5. Każdy, kto daje gwarancje wysokiej jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjenta, ma prawo istnieć w systemie ochrony zdrowia i realizować kontrakt z NFZ. Sama własność placówki nie powinna nikogo uprzywilejowywać ani dyskryminować.
6. Podstawowa opieka zdrowotna to ciągle niewykorzystane ogniwo systemu ochrony zdrowia w Polsce, które dobrze zorganizowane i opłacane jest w stanie poprawić efektywność całego systemu. Lekarz rodzinny potrzebuje do tego uprawnień i finansów. W tym finansowaniu powinno się premiować jednak efekty zdrowotne osiągane przez lekarzy POZ.



Rajmund Miller (KP PO), poseł,
członek sejmowej Komisji
Zdrowia

1. Ze składki zdrowotnej plus dofinansowanie z budżetu państwa. Trzeba przy tym zaznaczyć, że obecnie w systemie ochrony zdrowia jest za mało środków.
2. Likwidacja nie, ale trzeba zmienić jego kompetencje. NFZ powinien tylko rozliczać środki, szacowanie potrzeb należy przekazać wojewodom / urzędom marszałkowskim.
3. Powstawanie nowych uczelni (to już się dzieje), poza tym wprowadziłbym obowiązkowy staż roczny finansowany z budżetu państwa.
4. Powinno być zbliżone do stawki, jaką otrzymuje lekarz POZ.
5. Tak, ale w odniesieniu do prywatnych szpitali, które już funkcjonują. Nowe prywatne szpitale powinny otrzymać kontrakty, o ile będą funkcjonowały tam, gdzie będą zapełniały lukę, której publiczna służba zdrowia nie jest w stanie pokryć.



prof. Marian Zembala
(KP PO), poseł, członek
sejmowej Komisji Zdrowia

1. Uważam za odpowiedzialne pozostawienie finansowania pochodzącego ze składki, która jednak powinna wzrosnąć w porównaniu do obecnej, ponieważ jest to stabilne i przewidywalne źródło finansowania.
2. NFZ ma duże i w mojej ocenie dobre doświadczenie w wykorzystaniu środków, którymi dysponuje. Rok 2015 zostanie oceniony jako najlepszy od kilkunastu lat w zakresie zapłaconych nadwykonań i wykonanych niepłaconych w poprzednich latach. Z ulgą przyjąłem wiadomość, że oddalono termin likwidacji NFZ na rok 2018 z wcześniejszą obietnicą przeprowadzenia debaty publicznej w tej ważnej sprawie, wraz z analizą krajowych i międzynarodowych ekspertów i istniejących sprawdzonych rozwiązań.
3. To jest zadanie Ministra Zdrowia, które powinien zrealizować m.in. poprzez wzrost liczby studentów na wydziałach lekarskich, ale w większym stopniu niż wynika to z projektu ustawy budżetowej na rok 2016, poza tym nie powinno zmniejszać się limitu przyjęć studentów na studia kierunku lekarskiego anglojęzycznego, bowiem pozyskane w ten sposób środki znacząco poprawiają budżety uczelni. Nie ma potrzeby sporu wokół stażu, skoro tak silna jest opinia wielu środowisk za jego przywróceniem. W mojej ocenie niedoceniana wciąż jest większa troska o jakość programów nauczania w poszczególnych uczelniach i większa standaryzacja programów, które się nadal zbyt różnią w różnych uczelniach. Poprawa finansowania szpitali klinicznych i instytutów jest pilną koniecznością, podobnie jak monitorowanie jakości kształcenia – dla dobra teraźniejszości i przyszłości medycyny akademickiej w naszym kraju.
4. Jestem zwolennikiem rozwiązań płacowych, w których pozycja a więc i zapłata lekarza jest elementem indywidualnego kontraktu w zależności od pozycji i doświadczenia. W kontrakcie trzeba jednak także uwzględnić rentowność danej jednostki.
5. Tak, ale tylko wtedy, kiedy stanowią ogniwo systemu zabezpieczającego świadczeniodawców w regionie zgodnie z istniejącą mapą potrzeb zdrowotnych.
6. Tak, jednocześnie trzeba wzmacniać pozycję POZ. Wzrost środków dla tej grupy świadczeń dokonany w tak wysokiej kwocie w roku 2015 i deklaracji kolejnych lat powinien iść w parze ze wzrostem wymagań i jakości świadczeń i rozwojem telekonsultacji ze szpitalami referencyjnymi. ■

**Kto spośród posłów i senatorów obecnych kadencji sejmu i senatu jest lekarzem?
Czy wszyscy działają w parlamencie na rzecz ochrony zdrowia, czy może pracują
w innych obszarach? Zapraszamy do poznania lekarskiej reprezentacji w parlamencie.**

SENATOROWIE

dr Margareta Budner (KP PiS)	chirurg dziecięcy	członek senackiej Komisji Zdrowia i senackiej Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi
dr Grzegorz Czelej (KP PiS)	lekarz dentysta	wicemarszałek senatu, członek senackiej Komisji Kultury i Środków Przekazu oraz senackiej Komisji Ustawodawczej
Dorota Czudowska (KP PiS)	specjalista chorób wewnętrznych, onkolog kliniczny	z-ca przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia, członek senackiej Komisji Spraw Zagranicznych i Unii Europejskiej
prof. Tomasz Grodzki (KP PO), debiut w roli senatora	chirurg ogólny, chirurg klatki piersiowej, transplantolog kliniczny	członek senackiej Komisji Zdrowia oraz senackiej Komisji Spraw Zagranicznych i Unii Europejskiej
Stanisław Karczewski (KP PiS)	chirurg ogólny	marszałek senatu
Bogdan Klich (KP PO)	bez specjalizacji	członek senackiej Komisji Obrony Narodowej i senackiej Komisji Spraw Zagranicznych i Unii Europejskiej
Waldemar Kraska (KP PiS)	chirurg ogólny	przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia, członek senackiej Komisji Spraw Zagranicznych i Unii Europejskiej
Bogusława Orzechowska (KP PiS), debiut w roli senatora	pediatra	członek senackiej Komisji Zdrowia i z-ca przewodniczącego senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej
dr Konstanty Radziwiłł (KP PiS), debiut w roli senatora	lekarz rodzinny	minister zdrowia, członek senackiej Komisji Regulaminowej, Etyki i Spraw Senatorskich
dr Andrzej Stanisławek (KP PiS), debiut w roli senatora	chirurg onkologiczny	członek senackiej Komisji Zdrowia, przewodniczący senackiej Komisji Gospodarki Narodowej i Innowacyjności
Rafał Ślusarz (KP PiS)	specjalista chorób wewnętrznych, psychiatra	członek senackiej Komisji Zdrowia, z-ca przewodniczącego Komisji Obrony Narodowej
dr Andrzej Wojtyła (KP PiS), debiut w roli senatora	pediatra	członek senackiej Komisji Zdrowia i senackiej Komisji Nauki, Edukacji i Sportu

POSŁOWIE

Bartosz Arłukowicz (KP PO)	pediatra	przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, członek sejmowej Komisji Łączności z Polakami za Granicą
prof. Alicja Chybicka (KP PO), debiut w roli posła	pediatra, onkolog i hematolog dziecięcy, immunolog i transplantolog kliniczny	członek sejmowej Komisji Zdrowia
Lidia Gądek (KP PO)	lekarz rodzinny i medycyny pracy	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych
Marek Hok (KP PO)	ginekolog	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Regulaminowej i Spraw Poselskich
Ewa Kopacz (KP PO)	pediatra, lekarz rodzinny	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji do Spraw Unii Europejskiej
Alicja Kaczorowska (KP PiS), debiut w roli posła	anestezjolog	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Polityki Senioralnej
Joanna Kopcińska (KP PiS), debiut w roli posła	bez specjalizacji	z-ca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, członek sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny
dr Władysław Kosiniak-Kamysz (KP PSL), debiut w roli posła	bez specjalizacji	członek sejmowej Komisji Zdrowia
Tomasz Latos (KP PiS)	radiolog	z-ca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, członek sejmowej Komisji Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki
Radosław Lubczyk (KP Nowoczesna), debiut w roli posła	lekarz dentysta	członek sejmowej Komisji Obrony Narodowej i sejmowej Komisji Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa
dr Beata Małecka-Libera (KP PO)	otolaryngolog	z-ca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia
Rajmund Miller (KP PO)	otolaryngolog	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny
Krzysztof Ostrowski (KP PiS), debiut w roli posła	specjalista chorób wewnętrznych	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych
dr Zbigniew Pawłowicz (KP PO), debiut w roli posła	chirurg ogólny	członek sejmowej Komisji Zdrowia
Elżbieta Radziszewska (KP PO)	specjalista chorób wewnętrznych	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Łączności z Polakami za Granicą
Marek Ruciński (KP Nowoczesna), debiut w roli posła	chirurg urazowo-ortopedyczny	z-ca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, członek sejmowej Komisji Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki
Andrzej Sośnierz (KP PiS)	neurolog	z-ca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia
prof. Marian Zembala (KP PO), debiut w roli posła	kardiochirurg, transplantolog kliniczny	członek sejmowej Komisji Zdrowia i sejmowej Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Trochę polityki

W Europie różnice w wydatkach na ochronę zdrowia, w jakości systemów, dostępie do usług medycznych są bardzo duże. W ochronie zdrowia zasada subsydiarności wyraźnie przeważa nad działaniami ogólnoeuropejskimi. Z trudności harmonizacji europejskiej ochrony zdrowia zdawano sobie sprawę już przy tworzeniu Unii. Art. 168 ust. 7 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej deklaruje, iż Unia będzie „szanować” odpowiedzialność państw członkowskich za kształtowanie polityki zdrowotnej, organizację ochrony zdrowia, udzielanie świadczeń i wysokość nakładów.

Dla lekarzy najbardziej znane przykłady wspólnych ustaleń to: „automatyczne” uznawanie kwalifikacji zawodowych, karta ubezpieczenia zdrowotnego oraz leczenie za granicą. Inne przykłady działań w ochronie zdrowia na szczeblu europejskim to: badania i rejestracja produktów leczniczych, liczne normy dotyczące sprzętu, wspólne działania w zakresie zdrowia publicznego.

Jednak w wielu sprawach przeważa interes indywidualny państw członkowskich, które aktywnie sprzeciwiają się ustalaniu wspólnych, obowiązujących wszystkich członków zasad. UEMS od lat zwraca uwagę na wynikające z tego problemy, jak szkolenie niezaspokajające zadowalającej kompetencji zawodowej lekarzy specjalistów, zróżnicowanie jakości i bezpieczeństwa leczenia. Liczne aspekty ochrony zdrowia skorzystałyby na większej harmonizacji i współpracy.

Toczy się obecnie dyskusja nad celowością i kształtem wspólnych zasad kształcenia, które wprowadzono w dyrektywie 2013/55 zmieniającej dyrektywę 2005/36 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. W zamierzeniu będą one uzupełnieniem automatycznego uznawania kwalifikacji. Instytucje uznające kwalifikacje w części krajów bardzo sprzeciwiają się wprowadzeniu nowego mechanizmu, twierdząc, że naruszy to ich uprawnienia i jakość kadr medycznych w tych krajach. Wspiera je część europejskich organizacji lekarzy, które opowiadają się za jak największą subsydiarnością w ochronie zdrowia.

UEMS uważa, że nowy mechanizm pozwoliłby na lepsze określenie niezbędnych kompetencji zawodowych oraz umożliwiłby rozszerzenie uznawania kwalifikacji w specjalnościach, które nie są uznawane automatycznie albo istnieją tylko w części krajów. Ułatwiłoby to lekarzom mobilność zawodową i byłoby silnym mechanizmem poprawy kwalifikacji europejskich specjalistów. Wykorzystanie dorobku UEMS w dziedzinie tworzenia europejskich programów specjalizacji pozwoliłoby utrzymać ten mechanizm w rękach lekarzy.

Nie będzie to łatwe. Biurokracje krajowe, strasząc biurokracją europejską, bardzo dbają o swoje kompetencje, a UEMS nie zamierza stać się jeszcze jedną biurokracją. Sądzimy jednak, że rozwiązanie, które umocniłoby autonomię zawodową europejskich specjalistów, jest możliwe. ■



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

WSPÓLNIE WYZNACZAMY I UPOWSZECHNIAMY ŚWIATOWE
STANDARDY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA W OCHRONIE ZDROWIA

- Debaty naukowe, wykłady i prezentacje najnowszych osiągnięć w dziedzinach medycznych
- Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Marek Rudnicki (USA)
- Bezpośrednie spotkania z liderami medycyny z całego świata

Zapraszamy do rejestracji uczestnictwa i zgłaszania abstraktów na stronie
www.kongrespoloniiimedycznej.org

ORGANIZATORZY:



FEDERACJA POLONIJNYCH
ORGANIZACJI MEDYCZNYCH



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

Wiarygodny sprawdzian musi być losowy

Z prof. **Mariuszem Klenckim**, dyrektorem Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

Panie Profesorze, dlaczego tak wielu lekarzy nie zdaje Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego? Czy są źle przygotowani, czy może coś jest nie tak z pytaniami testowymi?

Pytanie dotyczy statystyk ogólnych, które podają liczbę zdających w danej specjalności i odsetka osób, które egzaminu nie zdały. Jeśli przyjrzymy się bliżej tym statystykom i dokonamy głębszej analizy danych, okaże się, że odsetek zdających jest od lat na tym samym poziomie i nic niepokojącego się nie dzieje. Proszę zwrócić uwagę, że wśród tych, którzy nie zaliczyli PES, przeważają lekarze podchodzący do tego egzaminu powtórnie – po raz trzeci, czwarty, a nawet piąty i szósty. Przepisy od 2008 r. dopuszczają zaliczanie egzaminu specjalizacyjnego bez limitu czasowego. Grupa poprawkowiczów wpływa więc na ogólne wyniki, których nie powinno się interpretować wprost. Zdawalność PES w grupie poprawiających się jest wyraźnie gorsza niż wśród lekarzy przystępujących do egzaminu po raz pierwszy. Dodatkowo, rosnąca liczba podejść wiąże się z jeszcze gorszą zdawalno-

ścią. Nie skupiamy się więc na ogólnych wynikach, bo przekłamują rzeczywistość i prowadzą do fałszywych wniosków, że szwankuje kształcenie lub że są źle konstruowane pytania testowe.

Jednak informacja, że w sesji jesienniej na 67 zdających PES anestezjologów test zaliczyło tylko 6, robi wrażenie i siłą rzeczy skłania do zadawania takich pytań.

Dlatego na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii powołałem komisję złożoną z lekarzy anestezjologów wchodzących w skład komisji egzaminacyjnej, ale tych, którzy nie brali udziału w przygotowaniu pytań testowych. Osoby te nie miały więc nic wspólnego z konstruowaniem testu. Zadaniem komisji była szczegółowa analiza każdego pytania pod kątem, czy jest ono zgodne z programem specjalizacji, czy odpowiedź jest jednoznaczna i nie kryje podtekstów. W myśl zasady *errare humanum est* chcieliśmy sprawdzić, czy w testach nie popełniono błędów. Okazało się, że nie. Najciekawsza była jednak odpowiedź – jak pytanie testowe ma się do praktyki ▶

anestezjologa, jak wiedza egzekwowana w tych pytaniach przydaje się w codziennej pracy. Okazało się, że test jest blisko praktyki, komisja uznała, że 83 proc. pytań spełniało to kryterium. Moim zdaniem to bardzo wysoki wskaźnik, a jednocześnie pozostawia przestrzeń dla wiedzy bardziej teoretycznej, którą lekarz specjalista zawsze powinien mieć w tle. Zakładając, że każdy po uzyskaniu dyplomu specjalisty staje się nauczycielem następnych pokoleń, musi mieć szeroką wiedzę, również z fizjologii. Wracając do wyników PES z anestezjologii w jesiennej sesji, należy podkreślić, że choć 91 proc. osób nie zdało egzaminu, wydaliśmy 66 dyplomów specjalistów w tej dziedzinie. Stało się tak, ponieważ ponad 60 lekarzy zaliczyło specjalizacyjny egzamin europejski, w związku z czym nie musieli podchodzić do testowej części PES w Polsce, która odbywała się później. Jeszcze raz podkreślam, na słaby wynik PES w Polsce rzutuje liczne grono poprawkowiczów. Ci, którzy zdali egzamin europejski, nie podchodzą do niego w Polsce. Ci, którzy odpadli, próbują go zaliczyć w systemie krajowym. Europejski system ich zweryfikował negatywnie, liczyli więc, że w rodzimym będzie łatwiej. Niestety w ogromnej większości nie zdali ani tu, ani tam.

Na forum internetowym, które rozpetało się na temat pytań testowych wśród lekarzy zdających PES z anestezjologii w jesiennej sesji, stawiano zarzuty, że w testach nie było żadnego pytania dotyczącego leków zwiotczających, za to było 6 pytań na temat prawa medycznego...

To znów uogólnienie. Pytania z prawa medycznego dotyczyły zasad przyjęcia pacjenta na intensywną terapię, a więc nie chodziło o cytowanie paragrafów, ale o zastosowanie tego prawa w praktyce. To częsty dylemat dla anestezjologa – czy przyjmując tego, czy innego pacjenta. Anestezjolodzy mają to jasno określone w przepisach i należałoby je znać. Docierają do mnie także zarzuty, że pytania były konstruowane na podstawie artykułów z pism medycznych. Otóż oświadczam, że spośród 120 pytań ani jedno nie pochodziło z doniesień z prasy medycznej. Technicznie nie byłoby to możliwe do wykonania. Cykl pracy nad testem jest zbyt długi, by śledzić nowinki prasowe i włączać je do pytań. Generalnie pytania testowe pochodziły z dwóch podręczników, które są rekomendowane jako źródła wiedzy dla przystępujących do PES z anestezjologii. Zarzut dotyczący formułowania pytań w oparciu o najnowsze artykuły fachowe jest zresztą chybiony w odniesieniu do wszystkich specjalności. Jesteśmy dość konserwatywni w przygotowaniach testu i nawet najnowsze wydania podręczników stają się podstawą dla egzaminu dopiero po kilku miesiącach, gdy jest pewność, że były dostępne.

A jeśli chodzi o zdawalność PES w innych specjalnościach? Dotąd średnia wynosiła około 25 proc., jesienią przekroczyła 27 proc., a więc wykazuje tendencję wzrostową. Czy są powody do obaw?

Sytuacja jest zróżnicowana. Tam jednak, gdzie wskaźniki niezdawalności są najwyższe, znów wynika to z wysokiego odsetka osób, które wielokrotnie przystępują do egzaminu poprawkowego. Ponieważ nie ma w tym względzie ograniczeń, są tacy, którzy zabiegają o dyplom specjalisty po kilkanaście razy. Prawdopodobieństwo zdania PES jest u nich dużo niższe niż u lekarzy, którzy przystępują do PES bezpośrednio po szkoleniu specjalizacyjnym. W niektórych specjalnościach jest tak wielu powtarzających egzamin, że zaczynają przeważać nad przystępującymi po raz pierwszy. Jeśli więc popatrzymy na wyniki zdających po raz pierwszy, są one stabilne. PES oblało od kilku do kilkunastu procent w różnych specjalnościach. Najwięcej zdających jest z interny, w sesji jesiennej do egzaminu podeszły 243 osoby i nie zdało 75, czyli ponad 30 proc., co można uznać za dość liczną grupę. Ale pierwszorazowych zdających było 178 osób i spośród nich nie zdało 21 osób, a więc niespełna 12 proc. To pokazuje, że mamy do czynienia ze zjawiskiem kumulacji osób, które wielokrotnie powtarzają egzaminy specjalizacyjne. Ponieważ PES budzi ogromne emocje nie tylko wśród lekarzy, ale czasem i pacjentów, by ich uspokoić Centrum Egzaminów Medycznych zmieni sposób informowania o wynikach tego egzaminu. Choć to dla nas utrudnienie, będziemy pokazywać je z rozbićciem na zdających pierwszy raz i podchodzących wielokrotnie.

Lekarze przygotowujący się do PES chcieliby, wzorem innych krajów, aby stworzono pulę pytań, spośród których wyłoniono by pytania testowe. Czy to pozwoliłoby im lepiej przygotować się do egzaminu?

Zarówno wokół puli pytań, jak i ich upublicznienia krążą mity, które nie mają pokrycia w rzeczywistości. Nie znam takiego kraju, gdzie istnieje pula, z której wybiera się pytania testowe przy egzaminach specjalizacyjnych. Polska przez kilka lat upubliczniła pytania z LEP-u i LDEP-u, co swego czasu zdumiało goszczącego w CEM przedstawiciela rządu Tajlandii, ale to nie są pytania testowe na egzaminy specjalizacyjne. Te mity biorą się stąd, że w wielu krajach funkcjonują duże pule pytań edukacyjnych służących przygotowaniu do egzaminu w okresie szkolenia. Ale to nie są pytania, które później są na egzaminie. Istotą egzaminu specjalizacyjnego jest sprawdzenie, czy lekarz opanował wymagany poziom wiedzy niezbędnej dla danej specjalności. Test pozwala zrobić to sprawnie, ale by na jego podstawie wnioskować o całości tej wiedzy, musi się on opierać na sprawdzaniu jej w losowo wybranych obszarach. Zdający nie może wiedzieć, w których 120 miejscach zostanie zapytany. Jeśli będzie wiedział, egzamin stanie się sprawdzianem, czy przygotował się do odpowiedzi, a nie czy zgłębił materiał obowiązujący do egzaminu.

Jednak lekarze przekonują, że jeśli w puli znajdzie się np. 1200 pytań obejmujących całą specjalność, to opracowując je,

Ponieważ PES budzi ogromne emocje nie tylko wśród lekarzy, ale czasem i pacjentów, by ich uspokoić Centrum Egzaminów Medycznych zmieni sposób informowania o wynikach tego egzaminu. Choć to dla nas utrudnienie, będziemy pokazywać je z rozbićciem na zdających pierwszy raz i podchodzących wielokrotnie.

jednocześnie uczą się i przygotowują do pełnienia roli specjalisty...

Nie zgadzam się z tymi argumentami. Dla lekarza zapamiętanie odpowiedzi nawet na 1200 pytań nie jest problemem. Co nie oznacza, że staje się wtedy kompetentnym specjalistą. Wracamy więc do założenia, że wiarygodny sprawdzian musi być losowy z punktu widzenia zdającego. Osoby, które nie zaliczyły egzaminu specjalizacyjnego, dzielą się na tych, którzy przyczyniły się do niepowodzenia upatrując w sobie i tych, którzy szukają winnych na zewnątrz: w pytaniach testowych, organizacji egzaminu itp. Ci pierwsi zwykle wstydzą się swojego niepowodzenia i mają większą motywację do nauki. Ci drudzy niestety, wprost przeciwnie – chętniej rzucają oskarżenia w kierunku konsultantów krajowych. Jednak podstawą sukcesu na PES jest właściwe przygotowanie się do egzaminu.

Jednak to nie są gorzkie żale pojedynczych osób, głos w tej sprawie zabrało także Porozumienie Rezydentów...

Liczba niezadowolonych jest adekwatna do liczby niezających, zwłaszcza permanentnych poprawkowiczów. Osób, które nie zaliczyły testu co najmniej dwukrotnie, jest ponad 2 proc. Wydaje się, że to niewiele, jeśli jednak te procenty pomnożymy przez liczbę tych, którzy od kilku lat podchodzą do PES i nie zaliczają, to grono rośnie.

To może nie każdy ma predyspozycje, aby zostać specjalistą? Czy PES powinno się zdawać w nieskończoność, jaka jest gwarancja, że jeśli ktoś oblał egzamin kilkanaście razy, to zaliczy go w następnym podejściu?

Rozmawiałem na ten temat w Ministerstwie Zdrowia i nie jestem odosobniony w przekonaniu, że sprawa wymaga rozwiązań. Problem jednak polega na tym, że w Polsce żadna placówka medyczna nie chce zatrudniać lekarza bez specjalizacji. Kiedyś byli lekarze tzw. ogólni, którzy nigdy nie robili specjalizacji i dobrze funkcjonowali w systemie. Obecnie nie ma takiej możliwości. Należałoby więc raczej rozważyć możliwość organizowania doszkalania w postaci kursów dla osób, którym wielokrotnie nie powiodło się na egzaminie specjalizacyjnym.

Istnieją obiektywne mierniki trudności pytań, czy korzysta się z nich przy konstruowaniu testów na egzaminy specjalizacyjne?

Zasadą egzaminów państwowych jest, że są one przeprowadzane przez lekarzy specjalistów dla lekarzy, którzy mają zostać specjalistami, a ich państwowość polega tylko na nadaniu im urzędowego charakteru. Ani minister zdrowia, ani dyrektor CEM nie wpływa na stopień trudności pytań. Są to kompetencje krajowych konsultantów w poszczególnych dziedzinach. Dysponujemy szczegółową analizą statystyczną każdego z pytań testowych, która

pozwala na przykład na zlokalizowanie pytań podejrzanych o błąd merytoryczny. Gdy na dane pytanie osoby, które zdały test najlepiej, odpowiadają gorzej od tych, którzy uzyskali wyniki najgorsze, jest to podejrzane, choć oczywiście nie rozstrzyga o wadliwości pytania. Jednym słowem, każde pytanie możemy pod tym kątem zanalizować po egzaminie. Nie jesteśmy jednak w stanie robić walidacji pytań przed egzaminem. Nie tylko z powodu kosztów, ale dlatego że, aby miała ona sens, musiałaby być poufna. Bez zachowania poufności pytań egzamin zamienia się w sprawdzanie znajomości puli zadań testowych. Poza tym ocena trudności pytań jest sprawą względną: wskaźnik trudności jest bowiem nie tylko pochodną treści samego pytania, ale wynika także z faktu, komu to pytanie zadajemy. Dlatego tak ważna jest rola konsultantów krajowych, którzy muszą poziom trudności pytań kwalifikowanych do testu dostosować do poziomu wiedzy oczekiwanej od specjalisty w danej dziedzinie. Mamy też funkcjonujący system dodatkowej weryfikacji pytań z udziałem samych zdających. Gdy stwierdzą na egzaminie, że konkretne pytanie budzi wątpliwości co do merytorycznej poprawności lub zgodności z programem specjalizacji, mogą złożyć zastrzeżenie do tego pytania. Jeśli Komisja Egzaminacyjna uzna takie zastrzeżenie za zasadne, pytanie jest anulowane i nie wpływa na wynik egzaminu. Uważam, że ten dodatkowy mechanizm podnosi rzetelność testu.

Czy w krajach Unii Europejskiej istnieje jeden spójny system egzaminów specjalizacyjnych, z którego można korzystać?

Każdy kraj ma własny system zdawania egzaminów specjalizacyjnych, a nasz rodzimy na tym tle wypada całkiem dobrze. Swego czasu zwrócili się do CEM Belgowie, którzy chcąc poprawić sytuację zdrowotną w swoim kraju, zrobili przegląd europejskich systemów zdawania egzaminów specjalizacyjnych i zainteresowali się polskim. Efektem było zaproszenie na konferencję w Brukseli, by tam zaprezentować jego założenia. Także Brytyjczycy podpatrywali, jak organizujemy egzaminy. Są kraje, gdzie system specjalizowania się oparto na relacji uczeń-mistrz, od którego decyzji zależy, czy lekarz jest gotowy zostać specjalistą w danej dziedzinie. W polskich realiach, gdzie jest kierownik specjalizacji i specjalizant, to raczej nierealne. Jednym słowem – w Europie panuje swoboda w organizowaniu i zdobywaniu specjalizacji, co często przysparza kłopotów, ponieważ pod tą samą nazwą specjalności może kryć się coś innego. Zresztą każdy egzamin specjalizacyjny powinien być zgodny z programem szkolenia, jeśli w Europie są niezgodności w tych obszarach, to trudno robić wspólny egzamin. Są egzaminy specjalizacyjne organizowane przez europejskie towarzystwa naukowe, np. urologia, radiologia, ale to dotyczy zaledwie kilku specjalności. ■

Osoby, które nie zaliczyły egzaminu specjalizacyjnego, dzielą się na tych, którzy przyczyniły się do niepowodzenia upatrując w sobie i tych, którzy szukają winnych na zewnątrz: w pytaniach testowych, organizacji egzaminu itp. Ci pierwsi zwykle wstydzą się swojego niepowodzenia i mają większą motywację do nauki. Ci drudzy niestety, wprost przeciwnie – chętniej rzucają oskarżenia w kierunku konsultantów krajowych.

Ocalić od zapomnienia

Z prof. nadzw. **Andrzejem Grzybowskiem**, kierownikiem Ośrodka Historycznego NIL powołanego przez Naczelną Radę Lekarską, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej utworzono w NIL Ośrodek Historyczny. Jakie będą jego zadania?

Z założenia Ośrodek Historyczny ma się zajmować gromadzeniem i archiwizacją danych dotyczących wydarzeń z przeszłości wartych udokumentowania i propagowania, a także osiągnięć naukowych i medycznych lekarzy. Ten cel jest już poniekąd realizowany. W niektórych izbach okręgowych, np. w wielkopolskiej czy warszawskiej, działają komisje historyczne, w biuletynach okręgowych i w „Gazecie Lekarskiej” są publikowane teksty związane z historią medycyny. Prezentują one dorobek naukowy wybitnych lekarzy, a także społeczników, polityków wykonujących ten zawód. Jest wiele cennych materiałów krążących po kraju, niektóre z nich znajdują się w rękach prywatnych. Rolą Ośrodka Historycznego będzie ich pozyskanie i koordynacja działań związanych z ich zbieraniem w terenie. Będziemy je nie tylko gromadzić, ale pomagać w znalezieniu im dobrego miejsca, np. biblioteki lub muzea. Pomożemy też w ocenie ich wartości historycznej, która często jest nie do przecenienia.

Skąd pomysł, by tak spektakularnie zająć się dokumentowaniem historii medycyny?

Zainteresowanie środowiska lekarskiego historią medycyny jest ogromne, jednak wiedza niewielka. Powołanie Ośrodka Historycznego w NIL ma ją rozpropagować. Jest naturalną odpowiedzią na głód informacji na ten temat. Ośrodek Historyczny pomoże też budować

współczesny wizerunek lekarzy w oparciu o dokonania protoplastów tego zawodu. Wielu z nich przeszło do historii nie tylko ze względu na nowatorskie operacje, metody leczenia, odkrycia w dziedzinie diagnozowania chorób, ale jako zaangażowani społecznicy w walce z chorobami zakaźnymi, szerzeniem zasad higieny, jako twórcy podstaw zachowań prozdrowotnych. W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej podjęliśmy inicjatywę przeglądu patronów ulic, wyszukując wśród nich lekarzy i przybliżając ich postacie. W Polsce nie ma materiałów, które ewidencjonowałyby lekarzy, których nazwiskami nazwano ulice. Czasem ich imieniem nazywa się szkoły, szpitale, domy pomocy społecznej. Uważam, że powinniśmy wiedzieć, kim byli, czym się zasłużyli, powinniśmy wiedzieć na ten temat ocalić od zapomnienia i przekazać potomnym. W biuletynie WIL co miesiąc publikujemy biografię lekarza, którego imieniem jest nazwana któraś z ulic. Akcja dotyczy nie tylko Poznania, ale małych miejscowości w województwie, co pozwala mieszkańcom lepiej poznać ich historię. Zebraliśmy blisko 100 biogramów lekarzy z Wielkopolski. Jestem przekonany, że w innych izbach są prowadzone działania służące zachowaniu materiałów dokumentujących historię medycyny w swoich regionach. Rzecz w tym, że jedni nie wiedzą, co robią inni. Rolą Ośrodka Historycznego jest skatalogowanie tego, co zostało zrobione w regionach i pokazanie ich dorobku poprzez internet, biuletyny, „Gazetę Lekarską”.

To poważnie przedsięwzięcie, wymaga zaangażowania sztabu ludzi. Skąd ich wziąć?

Wystąpiłem już do poszczególnych izb z prośbą o współpracę, zaapelowałem do wszystkich okręgów, aby wyznaczyły łączników, którzy zajmują się w swoich izbach historią i będą na stałe współpracowali z OH. Liczę też na pomoc Rady Ośrodka Historycznego. Wprawdzie ma być ona ciałem doradczym, jednak osoby, które w niej zasiadają, zgłosiły się do tej pracy same, gotowe poświęcić swój czas i umiejętności, wierzę więc, że będą zaangażowane również w proces gromadzenia i archiwizacji danych. Naczelna Rada Lekarska nie wyposażała OH w jakieś szczególne narzędzia czy środki, mamy do dyspozycji jedną osobę z biura NIL. Jestem jednak optymistą, ponieważ dostrzegam wśród lekarzy miłośników historii medycyny, pasjonatów i zakładam, że się odezwą, że do nas dołączą. Ośrodek Historyczny ma już własną stronę i adres mailowy: histomed@hipokrates.org. Mam nadzieję, że lekarze zaczną się do nas zgłaszać. Każdy, kto chciałby się włączyć w prace ośrodka, jest mile widziany. W szpitalu, gdzie pracuję, zgłosił się do mnie młodszy kolega chirurg, który wiedząc,

Jestem jednak optymistą, ponieważ dostrzegam wśród lekarzy miłośników historii medycyny, pasjonatów i zakładam, że się odezwą, że do nas dołączą. Ośrodek Historyczny ma już własną stronę i adres mailowy: histomed@hipokrates.org.

że zajmuję się sprawami historii medycyny, chciał się podzielić ze mną pomysłem przygotowania artykułu na temat uczestnictwa lekarzy w szeregach tzw. żołnierzy wyklętych. Dotarł do ciekawych materiałów o wartości historycznej. Idąc dalej, zbieramy materiały dokumentujące medyczne aspekty związane z wydarzeniami czerwca 1956 r., które miały miejsce w Poznaniu.

Czy gromadzenie materiałów historycznych będzie obejmowało czasy odrodzonego samorządu lekarskiego, czy wcześniejsze?

Odrodzony samorząd lekarski to jeszcze współczesność, jego historię zajmą się potomni. Historia ma to do siebie, że na ogół dotyczy ludzi, których już wśród nas nie ma. Potrzeba pewnego dystansu, by móc ocenić rzeczywistą wartość osiągnięć i zachowań. Będziemy starali się pokazywać ważne karty polskiej medycyny od średniowiecza do XX w. W perspektywie chcielibyśmy rozszerzyć działalność o pomoc w gromadzeniu pamiątek. W okresie powojennym wiele z nich zostało zaprzepaszczonych. Panowało poczucie, że liczy się tylko nowoczesność, stare książki, narzędzia, instrumenty leżowały gdzieś na śmietnikach lub były niszczone. Trudno dziś na starcie odpowiedzieć na pytanie, czy kiedyś będziemy otwierać część muzealną, jednak na pewno zadamy o to, aby pamiątki historyczne trafiły tam, gdzie ich miejsce, a więc np. do muzeów medycyny. Takie muzea istnieją w wielu miastach Polski. OH będzie się starał pomóc w ocenie, czy przekazana pamiątka ma wartość historyczną, i pokierować jej dalszym losem.

Czy planuje pan także współpracę z państwowymi instytucjami profesjonalnie zajmującymi się zbieraniem danych o znaczeniu historycznym?

Wspomaganie się profesjonalistami, korzystanie z ich metod gromadzenia danych, katalogowania, jest niewątpliwie bardzo ważne. Dlatego na spotkanie, jakie przygotowujemy w NIL w lutym, zaprosiliśmy Zygmunta Bohdanowicza-Kościelskiego, na którego pomoc liczymy w wydaniu encyklopedii o udziale medyków w Powstaniu Warszawskim. Na stronie internetowej znajduje się wykaz około 5000 nazwisk lekarzy, studentów medycyny, sanitariuszek i pielęgniarek, a także m.in. lista placówek szpitalnych działających podczas powstania. Na spotkanie zaprosiliśmy blisko 20 instytucji – muzealników, kombatanatów, bibliotekarzy, z którymi chcemy nawiązać bliskie kontakty.

Czy OH będzie się zajmować tylko historią medycyny na ziemiach polskich, czy także na obczyźnie?

Skomplikowana historia Polski ostatnich 250 lat doprowadziła do emigracji politycznej i zarobkowej wielu lekarzy, którzy nadal pozostawali Polakami. Ich osiągnięcia są często pomijane za granicą, gdzie zwykle byli traktowani jak obcokrajowcy. Co smutne, także w Polsce ich zasługi są nieznane, nawet wśród tzw. znawców historii medycyny. Na przykład w wydanych „Dziejach medycyny w Polsce” pod redakcją prof. Wojciecha Noszczyka

całkowicie pominięto dwóch najważniejszych polskich okulistów XIX w.: Wincentego Fukalę, twórcę do dzisiaj cytowanej operacji Fukalę i Ksawerego Gałęzowskiego, pioniera operacji odwarstwienia siatkówki. Pierwszy pracował na terenie monarchii austro-węgierskiej, drugi w Paryżu. Obaj nie doczekali się opracowań. Dorobek wybitnych polskich lekarzy emigracyjnych to kolejne zadanie do zrealizowania we współpracy na przykład z lekarskimi organizacjami polonijnymi.

Kierowanie Ośrodkiem Historycznym NIL to dla mnie ogromne wyzwanie, obszar działania jest bardzo duży, materiał do przerobienia także. Kiedy rozmawia się o takich przedsięwzięciach, zwykle barierą są pieniądze, w tym przypadku chodzi o czas i ludzi. Mamy ambicję, aby OH stał się wiarygodnym źródłem informacji na temat polskiej historii medycyny. Od kilku lat prowadzę czasopismo naukowe „Archiwum historii filozofii medycyny”, założone w 1924 r., jedno z pierwszych w Europie. Chciałbym zamieszczać w nim nie tylko oryginalne prace z historii medycyny, ale na przykład wspomnienia starszych lekarzy, które bywają wyjątkowym źródłem wiedzy historycznej. Zapraszam zainteresowanych do przesyłania nam swoich tekstów. Ośrodek będzie więc działał wielokierunkowo z wykorzystaniem różnych dostępnych już narzędzi, takich jak biuletyny, strona internetowa i „Gazeta Lekarska”. Ale najważniejsze, by był wspierany przez samych lekarzy. Na to bardzo liczę. ■

Kiedy rozmawia się o takich przedsięwzięciach, zwykle barierą są pieniądze, w tym przypadku chodzi o czas i ludzi. Mamy ambicję, aby OH stał się wiarygodnym źródłem informacji na temat polskiej historii medycyny.



**Zbigniew
Brzezina**

Rzecznik
Praw
Lekarza

W obronie lekarzy

Poziom agresji w ochronie zdrowia narasta i osiąga już punkt krytyczny.

Można stawiać pytanie o przyczyny tego zjawiska – w jakim stopniu odpowiedzialne są media, w jakim stopniu niedoskonale działający system, niektórzy lekarze, a z drugiej strony – pacjenci, którzy coraz częściej wysuwają roszczenia wobec pracowników służby zdrowia i szpitali. Niektóre media zaczynają już dostrzegać, że podgrzewanie konfliktu i atmosfery nieufności na linii pacjent-lekarz nikomu nie służy.

Zawód lekarza nie jest łatwym zawodem. Konflikty na linii pacjent-lekarz zdarzają się. Sam pracuję w szpitalu i dobrze znam te problemy. Obserwujemy narastającą falę przekazów medialnych, w których w sposób swobodny i jednostronny ferowane są wyroki wobec lekarzy. Rozumiem oburzenie i obawy środowiska związane z publikowaniem przez media tendencyjnych i nierzetelnych opinii dotyczących działania lekarzy.

Trzeba dawać temu odpór. Mamy instrumenty prawne, z których lekarze mogą i powinni korzystać. Już pierwszą reakcją na pomówienie w mediach powinno być żądanie sprostowania nieścisłych i nieprawdziwych informacji. Zgodnie z przepisami prawa prasowego należy je wysłać pocztą lub złożyć w siedzibie redakcji w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia opublikowania materiału prasowego. Odpowiedzią na artykuł prasowy może być również polemika. Bardziej radykalnym środkiem prawnym jest wstąpienie na drogę sądową. Przepisy prawa przewidują tu dwie możliwości: złożenie pozwu o naruszenie dóbr osobistych oraz wszczęcie sprawy karnej o zniesławienie, zniewagę. Co do zasady, są to instrumenty indywidualnej ochrony, co oznacza, że przysługują one osobom, których dobra zostały naruszone. Nadmienię, że Naczelna Izba Lekarska podejmowała się wystąpienia jako strona przed sądem w interesie konkretnych lekarzy w związku ze szkalującymi artykułami prasowymi, ale uznano, że Izba nie ma zdolności procesowej w takich sprawach. Naczelna Izba Lekarska z samego faktu, że jest organizacją zrzeszającą lekarzy i reprezentującą ich interesy nie może być uznana za pokrzywdzonego i co do zasady, nie może zastąpić w działaniach samego lekarza, którego dobra osobiste zostały naruszone.

W okręgowych izbach lekarskich działają biura prawne i rzecznicy praw lekarza, do których lekarz może zwrócić się o pomoc prawną. Dodam, że Naczelna Izba Lekarska chce nagłaśniać wygrane przez lekarzy procesy, wyto-



czne mediom o naruszenie dóbr osobistych. Chciałbym, by do Rzecznika Praw Lekarza wpływały informacje o przypadkach, gdy lekarz był odsądzany od czci i wiary, a zarzuty nie znalazły potwierdzenia w faktach. Jednak żadna sprawa nie zostanie wygrana bez inicjatywy i zaangażowania pokrzywdzonego. Podobnie pomoc prawną lekarz może uzyskać w przypadku aktów agresji związanych z wykonywaną pracą. Przypadki agresji – zarówno słownej, jak i fizycznej – warto zgłaszać.

Wydaje się, że obecnie obserwowany poziom agresji wobec lekarzy wymaga pilnego poszukiwania dróg wyjścia z tej krytycznej sytuacji, poza konfrontacyjną drogą sądową. Potrzebna jest naprawa systemu ochrony zdrowia i zmniejszenie kolejek oczekujących na świadczenie. Ważną inicjatywą, podejmowaną przez samorząd lekarski, jest udział w tworzeniu skutecznego systemu odszkodowań pozasądowych za niekorzystne zdarzenia medyczne. W styczniu tego roku Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała konferencję „Rekompensowanie szkód związanych z leczeniem w modelu pozasądowym”. Samorząd lekarski zawsze wspierał tworzenie takiego systemu. Inicjatywę tę popiera również obecny Minister Zdrowia. Doświadczenie innych państw wskazuje, że wprowadzenie takiego systemu spowodowało spadek agresji i wzrost zaufania do lekarzy. Zatem stworzenie pacjentom szybkiej ścieżki dochodzenia roszczeń w przypadku szkody w procesie diagnostycznym czy terapeutycznym przyczyniłoby się do obniżenia poziomu agresji w ochronie zdrowia, w tym do zredukowania zjawiska dochodzenia, nierzadko bardzo wysokich, roszczeń finansowych poprzez powierzanie sprawy mediom – zjawiska, które obecnie łamię zaufanie w relacji lekarza z pacjentem. ■

Chciałbym, by do Rzecznika Praw Lekarza wpływały informacje o przypadkach, gdy lekarz był odsądzany od czci i wiary, a zarzuty nie znalazły potwierdzenia w faktach.

Zapominane słowa

Pamiętaj, że słowa „dziękuję”, „proszę”, „wybaczam”, „kocham cię” potrafią zdziałać cuda.

Niech w twoim słowniku życia nigdy ich nie zabraknie.

Seneka

Zaczął się Nowy Rok – 2016 – to rok przestępny, który od zawsze budził niepokój przez ten dodatkowy tajemniczy dzień, mający niwelować różnice między rokiem kalendarzowym a słonecznym. Nie potrafimy dokładnie przewidzieć i określić długości doby słonecznej i zmian w ruchach Ziemi. Chyba ta właśnie niemożność dokładnego przewidywania wywołuje niepokój u jednych, a u innych nadzieję. Ten dodatkowy dzień daje szansę na dokończenie rozpoczętych działań, ale także czas na przemyślenie własnego postępowania, snucie marzeń i wiarę w ich spełnienie. Tylko czy w dzisiejszej rzeczywistości mamy jeszcze marzenia? No właśnie, jakie możemy mieć marzenia w świecie, w którym zapomnieliśmy o magicznych słowach „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”...?

Jest zima i tak mi się marzy, aby to zimno trochę orzeźwiło ludzi i wymroziło ich niedobre zachowania oraz złe nastroje. Może właśnie taka aura wykrzesze chociaż odrobinę wewnętrznego ciepła. Jesteśmy jacyś tacy zimni i zarozumiali, chłodni i niedostępni – nie tylko dla bliskich, ale też dla kolegów, znajomych i pacjentów. Zapominamy o dobrych gestach i słowach, a już najtrudniej przechodzą przez gardła słowa: „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”. Zapomnieliśmy, a może nie potrafimy docenić, jak wiele znaczy proste „przepraszam”. Nie takie współczesne młodzieżowe „sorki”, ale myślę o szczerych przeprosinach.

Czy potrafimy przeproszać innych za wyrządzone krzywdy, za popełnione, świadome lub niekiedy nieświadome, błędy? Trzeba mieć dużo odwagi, aby przyznać się do nich, a co dopiero przeprosić. Nie zapomnę rodziców małej dziewczynki, którzy nie chcieli pogodzić się z moją diagnozą i zarzucali mi, że wymyślam chorobę u ich dziecka, gdyż nie chce mi się usunąć zęba. Nie tłumaczyłam się brakiem odpowiednich narzędzi czy sprzętu, lecz jedynie prosiłam, aby jak najszybciej zgłosili się na leczenie specjalistyczne, bo stan dziecka tego wymaga. Rodzice byli oburzeni. Przyjechali po przeszło roku, aby mnie przeprosić za swoje zachowanie i podziękować, że odesłałam ich na leczenie w klinice. Zastanawiali się, dlaczego im

nie nakazywałam, nie zalecałam, a jedynie prosiłam, aby zasięgnęli porady lekarzy mądrzejszych ode mnie. Tamta mała pacjentka to obecnie dorosła, zdrowa kobieta, która po wielu latach przyszła podziękować za danie jej szansy na życie. Ta historia jest dowodem na to, jak wielkie znaczenie mają zwykłe słowa „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”.

W szkole jako dzieci uczymy się tych magicznych słów, ale kiedy tylko dorastamy, szybko o nich zapominamy i wykreślamy je z pamięci, żyjąc w świecie ludzi zapatrzonych w siebie i realizujących własne cele. Jesteśmy przekonani o swojej nieomyślności i wielkości, nie dopuszczamy sytuacji, w której możliwe jest popełnienie przez nas błędu. A gdy to zrobimy, po prostu nie potrafimy się do błędu przyznać. Nie wiem, czy paraliżuje nas strach przed przyznaniem się do tego, że nie jesteśmy nieomylni i czasem mamy gorsze dni.

Nie zawsze, mimo najlepszych chęci, potrafimy sobie poradzić z rozwiązywaniem problemów. Wtedy na pewno pomogłyby proste słowa: „przepraszam” i „proszę” o pomoc i zrozumienie. Te dwa słowa są w moim przekonaniu bardzo ważne i potrzebne nie tylko naszym pacjentom, lecz również nam.

W zimowej aurze śnieg przykrył szarość jesieni i skrzy się w promieniach słońca, jest czysto i biało. A jak jest w naszych umysłach – czy gnieźdzą się w nich ciemne chmury, czy uległy urokowi otaczającego nas świata? Wyrzućmy z głów czarne myśli jak zbędny balast. Wystarczy powiedzieć prawdę, przyznać się, że źle postąpiliśmy albo nie potrafiliśmy postawić właściwej diagnozy, nie mogliśmy wyleczyć choroby, bo nie wszystko jest możliwe, a my nie jesteśmy bogami. Powiedzmy to uczciwie, bez obwiniania kogokolwiek. Pewne rzeczy są niewykonalne – przekażmy to spokojnie, w przystępny i zrozumiały sposób. To przynosi ulgę i daje radość z dobrze wykonanej misji, a przede wszystkim buduje pozytywną więź. I jeszcze jedno, nie wstydzmy się dodać słowa „przepraszam”, które jak powiedział Seneka, otwiera drogę do ludzkich serc. W tym roku mamy możliwość przypomnieć sobie te magiczne słowa i używać ich bez lęku, na co dzień. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

W szkole jako dzieci uczymy się tych magicznych słów, ale kiedy tylko dorastamy, szybko o nich zapominamy i wykreślamy je z pamięci, żyjąc w świecie ludzi zapatrzonych w siebie i realizujących własne cele.

**Lucyna
Krysiak**

Ile medycyny w stomatologii?

Próchnica, nieleczone ubytki, ale przede wszystkim choroby przyzębia wskazują na współzależność z zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą, chorobami jelit, anemią, wcześniactwem, a nawet białaczką. Ile zatem jest medycyny w stomatologii?

Trudno procentowo określić tę zależność. Niekiedy trudno także ocenić wprost, jak głęboko sięga. Coraz częściej podkreśla się, że oddzielenie stomatologii od medycyny było błędem (prof. Titus Schleyer – University of Pittsburgh „The separation of dentistry from medicine is a historical accident”).

O korelacjach schorzeń jamy ustnej z chorobami ogólnoustrojowymi mówi się jednak coraz częściej w kontekście rosnącego znaczenia we wczesnym diagnozowaniu chorób, ich profilaktyce i leczeniu. Prof. Renata Górską, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, w swoich publikacjach i wystąpieniach zawsze podkreśla, że zapalenie przyzębia należy do jednego z najbardziej rozpowszechnionych schorzeń w społeczeństwie. Tłumaczy, że stan zapalny tkanek podpierających i utrzymujących ząb: dziąsła, ozębnej, kości wyrostka zębodołowego i cementu korzeniowego, zawsze doprowadza do ich destrukcji, co przekłada się na ogólny stan zdrowia. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że zarówno w Polsce, jak i w innych krajach blisko 70 proc. populacji cierpi na przynajmniej jedną z postaci chorób przyzębia. Jest to więc problem społeczny. Za choroby przyzębia odpowiada głównie płytka bakteryjna, która ze względu na różnorodność bakterii (występuje ich 300-400 rodzajów) jest siłą sprawczą stanów zapalnych w jamie ustnej. Za patogenne dla przyzębia uważa się Gram-ujemne bakterie beztlenowe, a wśród nich *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans* previously *Actinobacillus actinomycetemcomitans*). W zależności od warunków środowiskowych gospodarza, drobnoustroje te bezpośrednio lub pośrednio uruchamiają mechanizm zapalny. Wytwarzają hemotoksyny, enzymy, endotoksyny, produkty przemiany materii i swoiste antygeny wpływające na obronę immunologiczną. Procesy te wprawdzie zachodzą w obrębie jamy ustnej, jednak wytwarzają mediatory aktywujące zapalenie rozsiane w całym organizmie. Prowadzą one do destrukcji tkanki łącznej i kostnej, mają więc wpływ na choroby naczyń tętniczych, powstawanie niestabilnej blaszki miażdżycowej, co może skutkować zawałem mięśnia sercowego oraz udarem mózgu.

Co w zębach, to w sercu

Prof. Beata Wożakowska-Kapłon, kierownik I Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach, zaznacza, że wprawdzie cho-

roby przyzębia nie są jeszcze uznanym klasycznym czynnikiem ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, takim jak palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy hipercholesterolemia, ale znajdują się wśród czynników, które są mocno podejrzewane o korelację z występowaniem zawałów serca czy udarów mózgu. – Proces zapalny inicjowany przez bakterie umiejscowione w przyzębiu może inicjować również zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych czy w tętnicach szyjnych – przekonuje i dodaje, że są już dowody na obecność bakterii wspólnych, które występują przy zapaleniu przyzębia, tzw. periodontitis. – Gdybyśmy obliczyli powierzchnię tkanki przyzębia objętej zapaleniem, to odpowiada ona wielkością powierzchni dłoni ludzkiej, co unaczynia siłę rażenia tego zapalenia. To tak, jakbyśmy nosili w sobie nieustającą ranę, a tak duża powierzchnia wpływa na rozległość przenikania bakterii i reakcję immunologiczną całego ustroju – tłumaczy. Z badań prowadzonych pod kierunkiem prof. Wożakowskiej-Kapłon wynika, że tylko 10 proc. pacjentów z zawałem serca miało zdrowe przyzębie. Większość miała w różnym stopniu zaawansowaną chorobę przyzębia, 30 proc. z zawałem serca (badaniu poddano osoby młodsze w grupie do 50. roku życia) miało bezzębie. Jednak nie tylko choroby przyzębia sięgają bakteriami. Również próchnica i nieleczone zęby, co sprzyja infekcyjnemu zapaleniu wsierdza. – Ta groźna choroba dotyczy osób z wadami serca, pacjentów po operacjach serca, zastawek, ale nie tylko. Czasami atakuje zdrowe serce, co dowodzi, jak bakterie z zaniedbanej jamy ustnej potrafią się przemieścić i zająć błonę wyścielającą jamy serca. Kardiologia i stomatologia są więc ze sobą nierozdzielne, o czym świadczy fakt, że każdy pacjent z problemami sercowo-naczyniowymi rutynowo jest pytany przez kardiologa o stan zdrowia jamy ustnej – opowiada prof. Wożakowska-Kapłon. Związki zapalenia przyzębia z miażdżycą, udarem, zawałem serca są jednak jeszcze słabo utrwalone w świadomości zarówno przez lekarzy, a jeszcze słabiej wśród pacjentów. Z inicjatywy kardiologów wysyłano ich do poradni stomatologicznej na nieodpłatne konsultacje, ale zainteresowanie było znikome.

Potrzebna współpraca

Nie ulega wątpliwości, że na pacjenta trzeba patrzeć szerzej i włączyć do działania lekarzy specjalistów innych dziedzin. Rolę do spełnienia mają tutaj lekarze opieki podstawowej, którzy powinni przekonywać pacjentów do podjęcia leczenia stomatologicznego. – W przeszłości internista był specjalistą, który patrzył na chorego holistycznie, postrzegał jego stan

Procesy te wprawdzie zachodzą w obrębie jamy ustnej, jednak wytwarzają mediatory aktywujące zapalenie rozsiane w całym organizmie. Prowadzą one do destrukcji tkanki łącznej i kostnej, mają więc wpływ na choroby naczyń tętniczych, powstawanie niestabilnej blaszki miażdżycowej, co może skutkować zawałem mięśnia sercowego oraz udarem mózgu.

zdrowia jako całość. Obecnie to się zmieniło i mamy do czynienia z podziałem medycyny na wąskie specjalizacje, gdzie trzeba ze sobą współpracować, aby osiągnąć cel – tłumaczy prof. Edward Franek, kierujący Kliniką Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie. Dodaje, że ten kierunek działania należy rozwijać, ale w obecnie funkcjonującym systemie leczenia nie jest to łatwe. Internista w poradni przyjmuje codziennie 20-30 pacjentów, jego praca polega bardziej na wypełnianiu dokumentacji niż na leczeniu chorych, nie ma więc czasu, aby każdemu pacjentowi, przy każdej wizycie oglądać jamę ustną. Nawet jeśli znajdzie na to czas, to kończy na zaleceniu, aby pacjent wybrał się do stomatologa, co najczęściej jest przez niego lekceważone. I podobnie stomatolog, nawet jeśli w jamie ustnej dostrzeże zmiany świadczące o chorobie o charakterze ogólnoustrojowym, nie reaguje w sposób, który nakłoniłby pacjenta do pójścia do internisty, kardiologa czy diabetologa. – Moim zdaniem praca lekarza w przyszłości będzie musiała ulec przeorganizowaniu, aby lekarz miał więcej czasu dla pacjenta i na konsultacje z innymi specjalistami. Mam na myśli zarówno stomatologa, jak i lekarzy innych specjalności – mówi prof. Franek. Jako przykład profesor przytacza cukrzycę. – Zależność cukrzycy i chorób przyzębia jest dwukierunkowa. Można ją porównać do wzajemnie

nakręcającej się spirali zależności. Cukrzyca powoduje wzmożoną skłonność do infekcji, jest więc czynnikiem ryzyka występowania również stanów zapalnych przyzębia. Jeśli u pacjenta występuje stan zapalny przyzębia, to pogarsza się u niego wyrównanie cukrzycy, to z kolei obniża odporność i zwiększa podatność na stany zapalne. Tę spiralę u chorego na cukrzycę należy „przecinać” w obu miejscach i powinien to robić zarówno stomatolog, jak i diabetolog, współpracując ze sobą – zaznacza profesor.

Czas odgrywa więc kluczową rolę w rozwijaniu i zacieśnianiu współpracy między stomatologami a lekarzami innych specjalności. Na tle krajów Unii Europejskiej Polska odbiega in minus, jeśli chodzi o liczbę lekarzy. Czy to ma wpływ na to, ile medycyny jest w stomatologii? – Trudno ocenić, gdyby jednak zastanowić się, ile powinno być stomatologii w medycynie, uważam, że każdy pacjent, który znajdzie się w gabinecie lekarskim, powinien mieć obejrzaną jamę ustną – konkluduje prof. Edward Franek.

W Naczelnej Izbie Lekarskiej już wielokrotnie organizowano w minionych latach konferencje, które były płaszczyzną do komunikacji pomiędzy specjalistami różnych dziedzin, stomatologów i diabetologów, kardiologów, laryngologów, a nasi rozmówcy, cytowani w tekście aktywnie w nich uczestniczyli. Obecność mediów i ich relacje z debat izbowych służą właśnie poprawie świadomości zarówno lekarzy, jak i pacjentów. ■

RTG

Jaką dawkę promieniowania rentgenowskiego przyjmuje się podczas wykonywania pantomogramu? Czy to jest dużo, czy mało? Więcej w artykule lek. dent. Marcina Tatrzańskiego w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Profilaktyka fluorkowa

– eksperci są zgodni

**Łukasz
Sowa**

Rzecznik prasowy
Kongresu FDI
Poznań 2016

Zbliżający się Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI, który od 7 do 10 września tego roku odbędzie się w Poznaniu, będzie okazją do przypomnienia, że profilaktyka fluorkowa jest metodą zapobiegania chorobie próchnicowej o udowodnionej skuteczności. Nie mają co do tego wątpliwości zarówno krajowi specjaliści z zakresu stomatologii i pediatrii, jak i eksperci FDI.

Zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Światowa Federacja Dentystryczna (FDI) rekomendują stosowanie fluorków, podkreślając ich profilaktyczną skuteczność i bezpieczeństwo. Eksperci największej organizacji stomatologicznej na świecie opracowali kompletne źródło wiedzy, z którego mogą korzystać nie tylko krajowe stowarzyszenia członkowskie oraz podmioty stanowiące organy doradcze dla rządów państwa, ale także wszyscy zainteresowani tematem. Światowa Federacja Dentystryczna podkreśla, że skuteczność i bezpieczeństwo past z fluorkiem w zapobieganiu próchnicy zostały udokumentowane w ponad 100 badaniach przeprowadzonych wśród dzieci i dorosłych. Brak w nich rzetelnych dowodów na wpływ kariostatycznych dawek związku fluoru na wzrost zachorowań na nowotwór kości czy obniżenie ilorazu inteligencji (IQ), co najczęściej podnoszą przeciwnicy.

W 1994 r. WHO podkreśliła jednak zasadność monitorowania poziomu ekspozycji na fluorki. Miało ono polegać na ocenie zrównoważenia przebiegu ciężkości choroby próchnicowej zębów w populacji dzieci z ryzykiem rozwoju fluorozę zębów, wynikającym z kumulacji podaży fluoru pochodzącego z różnych źródeł. FDI zarekomendowała natomiast wypracowanie w danym kraju własnej polityki zdrowotnej i monitorowania skuteczności działań zapobiegających rozwojowi choroby próchnicowej.

– Bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej zależy od poziomu ekspozycji pacjenta na związku fluoru. Mówimy o związku, który posiada wysoką cytotoksyczność, a różnica między dawką toksyczną i dawką leczniczą jest niewielka, to wymaga bardzo rozważnego postępowania. Nieprzestrzeganie zasad profilaktyki fluorkowej jest czynnikiem ryzyka zastruc ostrych i przewlekłych – przypomina prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej i jeden z prelegentów Kongresu FDI w Poznaniu brała udział w pracach Grupy Roboczej ds. Profilaktyki Fluorkowej Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF), która w grudniu 2015 r. zaprezentowała stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. Polscy eksperci wskazują na liczne dowody naukowe potwierdzające skuteczność stosowania związków fluoru w zapobieganiu próchnicy zębów oraz w nieinwazyjnym leczeniu początkowych zmian próchnicowych.

– Warunkiem skuteczności i bezpieczeństwa profilaktyki fluorkowej jest przestrzeganie zasady indywidualnego doboru metod profilaktycznych, z uwzględnieniem ekspozycji na związki fluoru pochodzące z różnych źródeł, wieku dziecka oraz poziomu ryzyka próchnicy – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.

Eksperci ACFF zwracają uwagę, że w zapobieganiu chorobie próchnicowej u osób w wieku rozwojowym powinni być zaangażowani nie tylko lekarze dentyści i higienistki stomatologiczne, ale także personel niestomatologiczny.

– Powinien on wiedzieć, że aktualne wytyczne zalecają używanie pasty (1000 ppmF) w ilości śladowej od wyrżnięcia pierwszego zęba do wieku 3 lat, a następnie w wieku 3-6 lat w ilości ziarna groszku. Wskazana jest prosta prezentacja lekarza/pielęgniarki, jak nakładać na szczoteczkę odpowiednią ilość pasty – uważa prof. Teresa Jackowska, krajowy konsultant w dziedzinie pediatrii, która również brała udział w pracach Grupy ACFF.

Zbyt duża ilość pasty do zębów nakłada 80 proc. opiekunów dzieci do 2. roku życia i 75 proc. opiekunów dzieci w wieku 2-6 lat. Mało który rodzic różnicuje ilość nakładanej pasty w zależności od zawartości fluoru. ■
(więcej: www.fdi2016poznan.org)

Polscy eksperci wskazują na liczne dowody naukowe potwierdzające skuteczność stosowania związków fluoru w zapobieganiu próchnicy zębów oraz w nieinwazyjnym leczeniu początkowych zmian próchnicowych.

Zbadaliśmy ból, czas zacząć go leczyć

Istnieje pełna zgodność środowiska medycznego, co do faktu, że ból jest najczęstszym powodem, dla którego pacjenci poszukują porady lekarskiej. Jest on jednym z najbardziej uniwersalnych i powszechnych objawów znanych medycynie od zarania jej dziejów. Jednocześnie niestety zarówno literatura przedmiotu, jak i praktyka wskazują, że cały czas istnieje duża dysproporcja pomiędzy oczekiwaniami pacjentów odnośnie efektów opieki przeciwbólowej, jakich potrzebują, a rzeczywistą dbałością nas, lekarzy, o dostarczenie owych efektów na oczekiwanym poziomie. Przeprowadzone badania wskazują, że ignorowanie czy bagatelizowanie problemu bólu przewlekłego sygnalizowanego przez pacjenta pogłębia subiektywne poczucie braku szacunku wobec indywidualnej sytuacji pacjenta i w konsekwencji niszczy zaufanie, tak potrzebne w relacji lekarz-pacjent.¹

Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) od wielu lat zajmuje się integracją środowiska medycznego wokół problematyki bólu. Ważnym projektem Towarzystwa jest „Szpital bez bólu”, którego celem jest podnoszenie kwalifikacji zespołu medycznego placówek szpitalnych w zakresie leczenia bólu. PTBB po przeprowadzeniu szkoleń i weryfikacji kompetencji zespołów medycznych nadaje zainteresowanym certyfikat stwierdzający spełnianie standardów jakości leczenia bólu. W zamyśle Towarzystwa Certyfikat ma gwarantować wysoki poziom świadczonych usług w zakresie medycyny bólu i wysłać do pacjentów sygnał, że w danej jednostce ból nie będzie ignorowany czy bagatelizowany. Zarząd Główny PTBB zabiega o uwzględnienie posiadania Certyfikatu PTBB podczas przeprowadzania przez Narodowy Fundusz Zdrowia konkursu ofert, a także ustalania wysokości limitów i kosztów porady kontraktowanych usług.

Rozpoczynając kolejny rok funkcjonowania, PTBB wyznacza sobie nowe cele. Jednym z nich jest opracowanie projektu „Poradni bez bólu”. Ten projekt skierowany będzie do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych, których ambicją jest holistyczna opieka nad pacjentem, uwzględniająca niesienie ulgi w cierpieniu fizycznym i psychicznym, jakim jest ból. Własne obserwacje członków PTBB poczynione dzięki doświadczeniu zebranemu w programie „Szpital bez bólu” wskazują, że szkolenie personelu medycznego ma w tym kluczowe znaczenie. Dlatego drugim kierunkiem aktywności będzie aktywność na polu edukacyjnym – poprzez szkolenia, wykłady i popu-

laryzację wiedzy, wykorzystując nowoczesne możliwości e-learningu.

Jedną z tych możliwości jest uruchomiony w 2015 r. edukacyjny kurs leczenia bólu dostępny on-line, pod adresem <http://www.leczból.pl/>, który oferuje pogłębienie wiedzy za pomocą nowoczesnych technologii medialnych, z jednoczesną możliwością uzyskania certyfikatu oraz punktów edukacyjnych. Dodatkowo chcemy uczynić „Gazetę Lekarską” forum propagowania wiedzy o medycynie bólu wśród lekarzy wszystkich specjalności, dlatego zapraszamy do otwieranego w tym numerze cyklu artykułów o charakterze edukacyjnym, poświęconych problematyce bólu.

Główną przeszkodą, jaką dostrzegamy w codziennym wdrażaniu prawidłowego leczenia bólu są obawy, jakie wzbudza stosowanie analgetyków opioidowych. I choć dostrzegamy pełną akceptację dla zasad leczenia bólu opisanych w latach osiemdziesiątych przez WHO jako „drabina analgetyczna”, to istnieje w środowisku lekarskim zauważalnie większa zgoda na stosowanie analgetyków nieopiodowych (NLPZ, paracetamol) aniżeli analgetyków opioidowych. Tymczasem przeglądy systematyczne i analizy stanowiące podstawę międzynarodowych wytycznych (w tym naszych krajowych) wskazują, że stosowanie opioidów, słabych (tramadol, dihydrokodeina) oraz silnych (morfina, oksykodon, fentanyl, buprenorfina, metadon) w bólu umiarkowanym do silnego, może przynieść określonym pacjentom istotniejsze klinicznie korzyści terapeutyczne aniżeli nieuzasadnione przewlekanie stosowania leków z grupy NLPZ. Należy wspomnieć fakt, że Polska jest krajem, w którym zużycie opioidów jest na poziomie zauważalnie niższym niż w krajach Europy Zachodniej.

Jest to również poziom znacznie niższy aniżeli wynika to z potrzeb medycznych. Jednocześnie mamy najwyższe statystyki dotyczące zużycia leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty... To nie jest przypadek.

Pomimo dużego postępu edukacyjno-świadomościowego nadal odium terminu prawnego „narkotyk” wpływa na decyzje terapeutyczne, szczególnie te polegające na zaniechaniu podjęcia działania. W najbliższych numerach „Gazety Lekarskiej” pragniemy odnieść się do głównych obaw i barier dotyczących stosowania analgetyków opioidowych, z jakimi spotykamy się w praktyce. Wyrażamy nadzieję, że znajdziecie Państwo w tych artykułach informacje praktyczne i przydatne na tyle, by wspomogły podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących leczenia bólu u pacjentów.

Prof. dr hab.
n. med. Jan
Dobrogowski

Dr n. med.
Magdalena
Kocot-Kępska

Polskie
Towarzystwo
Badania Bólu

Cykl edukacyjny
PTBB

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

¹ Upshur CC i wsp. Pain Med. 2010 Dec;11(12):1791-8.

Kalendarium 2016 – obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

KTO?	OBOWIĄZEK	TERMIN
EWIDENCJA ODPADÓW		
1.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem praktyk kontraktowych oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne	- prowadzenie ewidencji odpadów - na bieżąco - do 15 marca każdego roku za rok poprzedni - do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa - przechowywanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych - na bieżąco (w formie papierowej lub elektronicznej)
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach, - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów, - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów, - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych.		
INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODOWISKA		
2.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy: a) posiadają pojazd mechaniczny (osobowy lub ciężarowy) lub b) korzystają z własnej kotłowni (niepodłączone do sieci ciepłowniczej), lub c) korzystają z własnego ujęcia wody (niepodłączone do sieci wodociągowej)	- składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty na rachunek urzędu marszałkowskiego - do 31 marca każdego roku, za rok poprzedni - do właściwego urzędu marszałkowskiego
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska, - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 lutego 2014 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat.		
ZRANIENIA OSTRYMI NARZĘDZIAMI		
3.	- lekarze pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	- sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami - sporządzanie i wdrażanie procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej - ocena ryzyka oraz procedur, oraz ewentualna aktualizacja procedur nie rzadziej niż raz na 2 lata - prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami - uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia - sporządzanie raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami - nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.		
KONTROLE WEWNĘTRZNE		
4.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności: 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej 5) wykonywania badań laboratoryjnych 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej - nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy - sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych - przechowywać i okazać na żądanie organów sanepidu w przypadku kontroli
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.		

Kalendarium 2016 – obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

APARATY RENTGENOWSKIE			
5.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	- prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	- przekazanie informacji wynikających z rejestru w terminie do dnia 15 kwietnia roku następnego uprawnionemu lekarzowi prowadzącemu dokumentację medyczną pracowników oraz do centralnego rejestru dawek
		- dokumentowanie systemu zarządzania jakością	- przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
		- przeprowadzanie audytów wewnętrznych obejmujących: 1) zgodności procedur roboczych z wzorcowymi 2) analizy zdjęć odrzuconych 3) sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną 4) częstości wykonywania i wyników bieżących testów eksploatacyjnych 5) wielkości dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównania ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, jeżeli takie wartości określono	- co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby
		Testy eksploatacyjne (podstawowe), w tym: • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej: - zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu - powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu - rozdzielczość wysoko- i niskokontrastowa – co 6 miesięcy - krątka przeciwrozproszeniowa – co 3 miesiące - system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych - kasety – co 6 miesięcy - procesy wywoływania – w każdym dniu pracy wywoływania - pomieszczenie ciemni – co 6 miesięcy - ocena zdjęć RTG – w każdym dniu korzystania z negatospokoju • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej: - zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu - powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu - rozdzielczość wysoko- i niskokontrastowa – co 12 miesięcy - krątka przeciwrozproszeniowa – co 3 miesiące - system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych - artefakty – co 6 miesięcy W powyższym zestawieniu nie uwzględniono testów urządzeń stosowanych we fluoroskopii i angiografii, w tomografii komputerowej, stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej, mammografii analogowej, mammografii cyfrowej, urządzeń stosowanych w stomatologii, densytometrii kostnej, monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych oraz testów drukarek stosowanych do tworzenia kopii cyfrowych obrazów medycznych.	
		Testy eksploatacyjne (specjalistyczne)	- co najmniej raz na 12 miesięcy
		Niezależnie od częstotliwości wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i testów podstawowych po każdej naprawie urządzenia radiologicznego i urządzenia pomocniczego przeprowadzonej w zakresie, który może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu lub na dawkę, jaką otrzymuje pacjent, należy ponownie wykonać odpowiednio testy eksploatacyjne albo testy specjalistyczne i testy podstawowe, przynajmniej w zakresie uzasadnionym specyfikacją wykonanej naprawy.	
		Szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej	- co 5 lat
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe, - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych, - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.			
REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ			
6.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- zgłoszenie wniosku o zmianę wpisu w wypadku zmiany danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	- 14 dni od momentu zaistnienia zmiany
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.			
AKTUALIZACJA POLISY OC			
7.	- lekarze prowadzący praktyki zawodowe	- zgłoszenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC	- 7 dni od momentu zawarcia umowy
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.			



**Teresa
Korta**

Zastępca
Naczelnego
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej

Informacja to podstawowe prawo pacjenta

Prawo do wiedzy o stanie organizmu i sposobach postępowania z nim to fundamentalne prawo pacjenta. Co więcej, jeśli ta wiedza ma przynieść choremu pożytek, to musi ona być zrozumiała i opatrzona odpowiednim komentarzem.

Opis przypadku

Pani Kazimiera K., rocznik 1947, nauczycielka, leczyła się z powodu wola guzowatego tarczycy od 29. roku życia. Po 21 latach zmieniła lekarza na dr K., która po 2 latach zaleciła operacyjne usunięcie strumy. Pacjentka bała się operacji, ostatecznie została zoperowana po upływie kolejnego roku. Operacja i wczesny okres pooperacyjny przebiegły gładko. Po trzech tygodniach pacjentka odebrała wynik histopatologiczny – „Carcinoma papillare”. Wydająca wynik sekretarka nie skomentowała go, nie skontaktowała także pacjentki z lekarzem. Kazimiera K. nie pokazała wyniku opiekującej się nią endokrynolożce (w obserwacjach w ambulatoryjnej historii choroby znalazł się zapis „brak hist-pat”), a ta nie pytała, lekarz pierwszego kontaktu także nie. Kolejny wynik z Centrum Onkologii w ogóle do pacjentki nie dotarł. O guzie (też raku) drugiego płała tarczycy pacjentka dowiedziała się przypadkowo po 3 latach. Została ponownie zoperowana i poddana leczeniu jodem radioaktywnym.

Wniosła skargę, że nikt jej nie powiedział, że carcinoma to rak, i że nikt jej nie pytał o wynik.

Powstaje pytanie: kto powinien poinformować pacjenta z rakiem, że ma się dalej leczyć i jak? Szpital? Lekarz POZ? Endokrynolog? Dlaczego nikt tego nie zrobił?

Pacjentka zachowała się niemądrze, bo o swoje nie dbała, ale opiekująca się nią dr K. i lekarz pierwszego kontaktu nic nie zrobili, żeby zachowywała się rozsądnie. Kto powinien był poinformować pacjentkę o znaczeniu łacińskiej nazwy choroby i o koniecznym dalszym postępowaniu? Kto jest odpowiedzialny za organizację, która umożliwia przeprowadzenie rozpoznanego nowotworu?

W postępowaniu wyjaśniającym ustalono, że wynik wydawała sekretarka, że lekarz POZ sądził, że o wynik zapytał endokrynolog, a endokrynolożka ograniczyła się do zapisu, że wyniku nie ma, potem temat nie stawał.

Lekarka została ukarana upomnieniem przez Okręgowy Sąd Lekarski. Strony nie odwoływały się od tego orzeczenia.

Komentarz

Złamano Art. 13 KEL*. Wyniku „rak” nie można wydać bez komentarza, a kiedy wynik przychodzi do szpitala, należy pacjenta wezwać i poinformować, co on oznacza i co chory ma dalej robić. Nieodpowiedzialne zachowanie pacjentki (brak zainteresowania wynikiem, nieokazanie go lekarzowi POZ i endokrynologowi) w najmniejszym stopniu nie zdejmuje z lekarzy obowiązku przekazania pacjentowi pełnej i zrozumiałej informacji dotyczącej jego stanu zdrowia i zalecanego postępowania, o czym mówią punkty 1, 2 i 3 art. 13 KEL.

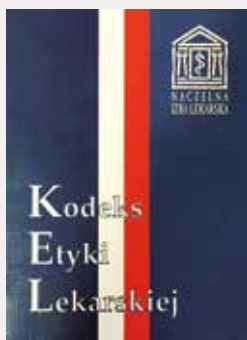
W naszej pracy chodzi o to, żeby pacjent uzyskał pełną i skuteczną pomoc. Zlekceważenie prostego obowiązku udzielenia pełnej informacji i pokierowania dalszym skutecznym leczeniem chorego z nowotworem niweczy szanse pacjenta na powrót do zdrowia i nasze szanse na uży-

skanie prawdziwego sukcesu zawodowego. Ile warta jest nawet doskonale wykonana operacja, jeśli nie pociąga za sobą dalszego leczenia?

Rzeczowe, kompletne i zrozumiałe informowanie pacjenta o jego chorobie i sposobach postępowania z nią jest naszym obowiązkiem etycznym – tak ze względu na pacjenta, jak i na dobro medycyny, a więc i nas samych. W opisywanym przypadku lekarze zlekceważyli nie tylko pacjentkę, co samo w sobie było naganne, ale też MEDYCYNĘ, która takiego niechlujstwa nie akceptuje. ■

* Art. 13

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.



Prawo i medycyna

Rehabilitacja pod specjalnym nadzorem

Mężczyzna cierpiący z powodu niedowładu połowicznego lewostronnego i stanu po udarze niedokrwiennym mózgu, przebywał na leczeniu w ośrodku rehabilitacyjnym.



Podczas toalety, w obecności pielęgniarki, rozjechały się pod nim nogi taboretu i upadł na posadzkę, doznając złamania szyjki kości udowej lewej. Pacjentowi proponowano wcześniej krzesło z oparciem, ale on wołał taboret. Dolegliwości związane z upadkiem ujawniały się stopniowo i dopiero po 40 dniach od wskazanego zabiegu przeprowadzono badanie RTG potwierdzające złamanie. Kolejny miesiąc później przeprowadzono u pacjenta endoprotezoplastykę stawu biodra lewego. Pomimo leczenia pacjent jest zależny od osób trzecich, nie porusza się bez pomocy, cierpi. Pacjent pozwał placówkę, a za tym jej ubezpieczyciela INTER Polska, żądając zadośćuczynienia w wysokości 50.000 PLN.

DRUGA STRONA MEDALU

Pozwana placówka przedstawiła zdarzenie zupełnie inaczej, twierdząc, że we wskazanym dniu nie doszło do upadku z taboretu kąpielowego. W interpretacji placówki nastąpiło jedynie lekkie ugięcie się taboretu kąpielowego, które nie spowodowało żadnego urazu, dolegliwości, ani otarć. Bezpośrednio po kąpieeli, ani w dniach następnych powód nie zgłaszał żadnego incydentu, czy też dolegliwości bólowych. W wyniku pobytu w placówce uzyskano poprawę stanu zdrowia pacjenta przejawiającą się większą sprawnością kończyn. Jednocześnie zwrócono uwagę na fakt, że w okresie zbliżonym do daty zdarzenia, mężczyzna przebywał na przepustce w miejscu zamieszkania, co nie wyklucza, że do ewentualnego urazu mogło dojść poza placówką.

ZDANIEM SĄDU

W swoim wyroku sąd podkreślił, że ze względu na stan zdrowia pacjent wymagał pomocy i asysty przy niektórych czynnościach życia codziennego, takich jak toaleta. Dla personelu powinno być oczywiste, że pacjent z zaburzeniami równowagi musi otrzymać krzesło stabilne i wyposażone w oparcie uniemożliwiające upadek. Sąd zwrócił także uwagę na fakt, że stan układu kostnego pacjenta od czasu udaru uległ znacznemu pogorszeniu. Istniały objawy osteoporozy wzmocnione przez długotrwałe osłabienie i mniejsze obciążanie lewej kończyny dolnej w związku z lewostronnym niedowładem. W obrębie szyjki kości udowej mogło

dojść do osteoporozy, a w takiej sytuacji upadek nawet z niewielkiej wysokości mógł spowodować złamanie. Osoba objęta niedowładem mogła uczestniczyć w rehabilitacji i samodzielnie się poruszać, nie odczuwając przy tym silnego bólu związanego ze złamaniem.

WYROK

Sąd w części uznał powództwo pacjenta. Zasadził na jego rzecz 10.000 PLN.

W uzasadnieniu wyroku sąd podkreślił, że pacjent poddający się zabiegom nie ma pozycji samodzielnej względem osoby wykonującej zabieg. Podlega on kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek. Dlatego też personel placówki miał prawo odmówić wykonania zabiegu, kiedy pacjent odmówił skorzystania z krzesła z oparciem.

Jednocześnie, sąd uznał za „niedopuszczalne i skrajnie nieodpowiedzialne”, że po incydencie nie zlecono nawet podstawowej diagnostyki i nie wykonano żadnych badań, co wydawało się oczywiste, biorąc pod uwagę cel i rolę placówki.

UBEZPIECZENIE – ZABEZPIECZENIE?

Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pokryła koszty zadośćuczynienia wskazane prawomocnym wyrokiem sądu. Co jednak z kosztami obrony prawnej podmiotu? Koszty te w wysokości przeszło 5.000 PLN musiałaby pokryć placówka, gdyż nie obejmowała ich polisa OC (nie miały one zabezpieczyć interesów poszkodowanego pacjenta, a wynagrodzenie adwokata). W tym konkretnym przypadku placówka posiadała dodatkowe ubezpieczenie ochrony prawnej, które pokryło ten wydatek.



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

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

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Dla personelu
powinno być
oczywiste,
że pacjent
z zaburzeniami
równowagi
musi otrzymać
krzesło stabilne
i wyposażone
w oparcie
uniemożliwiające
upadek.

Przywrócić świećność internie

Z prof. **Tomaszem Guzikiem**, prezesem Towarzystwa Internistów Polskich,
rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Internę uważa się za królową nauk medycznych, ponieważ jest podstawą wiedzy dla wielu specjalności. Jakich?

Dla mnie od początku pracy w zawodzie lekarza interna była i jest, jak pani trafnie określiła, królową nauk medycznych, gdyż nadaje kontekst chorobom, z jakimi się spotykamy wśród pacjentów. Dotyczy to zarówno specjalności niezabiegowych, jak i zabiegowych. Praktycznie wszystkie specjalności niezabiegowe wywodzą się z interny i każdy lekarz, lecąc schorzenia dotyczące swojego zakresu wąskiej kompetencji zawsze pamięta o innych chorobach i ogólnym kontekście klinicznym. Także chirurg musi myśleć o stanie ogólnym pacjenta i jego chorobach wewnętrznych w odniesieniu do wykonywanych operacji. Tego uczy nas właśnie interna. Wybrana przeze mnie i moja ulubiona dziedzina.

Wydaje się, że w dobie rozczłonkowania medycyny na drobne, często wąskie specjalności, interna została zepchnięta na dalszy plan...

Wąskie specjalności nie są przeciwnikami czy też rywalami interny. Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie, w którym pracuję, opiera się na

trzech oddziałach internistycznych, które choć ściśle współpracują z oddziałami wąkospecjalistycznymi, stanowią jego człon. Na oddziałach interny, w jednym miejscu zatrudnieni są alergolodzy, diabetolodzy, endokrynolodzy, hematolodzy, kardiolog, gastrolog, geriatry, reumatolodzy. Wszyscy oni, oprócz bycia wybitnymi i cenionymi specjalistami w swoich dziedzinach, są aktywnymi internistami. Jednak rzeczywiście ten model na skutek sposobu finansowania świadczeń przez NFZ oraz reformy systemu kształcenia jest bardzo trudny do obronienia w obecnych realiach ekonomicznych, a wkrótce może stać się niemożliwy. Wskutek przeprowadzonej niedawno reformy, w której zapomniano o kluczowej roli leczenia ogólnointernistycznego, wielospecjalistycznego w opiece nad pacjentem, liczba internistów na pewno znacznie zmaleje. Tymczasem w wielu krajach to lekarze interniści zajmują się leczeniem wielospecjalistycznym pacjentów z wieloma obciążeniami, a lekarze specjaliści na oddziałach wąkospecjalistycznych mogą się koncentrować na wysokospecjalistycznych działaniach u pacjentów szczególnie trudnych. Pozwoliłoby to zredukować kolejki do specjalistów, jak i w pełni wykorzystać miejsca na oddziałach kardiologii, endokrynologii i innych. Drugą potencjalną przyszłością interny jest interna w stylu dra Housa, gdzie internista w zespole interdyscyplinarnym zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem schorzeń nietypowych, może rzadkich, ale wymagających wielostronnego spojrzenia. Ważne jest, abyśmy jako lekarze uświadamiali politykom, że interna jest niezbędna zarówno dla naszych pacjentów, jak i dla lekarzy specjalistów.

Jak często lekarze obecnie specjalizują się w chorobach wewnętrznych?

W przeszłości, zanim lekarz decydował się na wybór specjalizacji, np. z endokrynologii, reumatologii czy gastroenterologii, najpierw zdobywał specjalizację z interny...

Reforma kształcenia specjalistycznego, mająca na celu skrócenie drogi młodego lekarza do wąskiej specjalizacji, skróciła dla większości lekarzy internę do trzyletniego modułu wstępnego, który wprowadza do specjalizacji niezabiegowych. Ten moduł zawiera tylko część kształcenia wielospecjalistycznego, a następnie szereg staży już wąkospecjalistycznych

Ważne jest, abyśmy jako lekarze uświadamiali politykom, że interna jest niezbędna zarówno dla naszych pacjentów, jak i dla lekarzy specjalistów.

w różnych dziedzinach. Dzięki temu kształcimy na pewno szybciej, ale czy lepiej? Przyjdzie nam to ocenić za kilka lat. Towarzystwo Internistów Polskich zabiegało, aby moduł ogólninternistyczny kończył się egzaminem lub sprawdzianem międzymodułowym, który nadawałby lekarzowi szereg uprawnień, np. do samodzielnego dyżurowania na SOR lub izbie przyjęć. Reformujący w obawie, że byłoby to powrotem do pierwszego stopnia specjalizacji, niestety nie podjęli dyskusji nad propozycją, mimo że miała ona poparcie wielu środowisk, w tym środowiska młodych lekarzy. Liczba lekarzy przystępujących do pełnej specjalizacji w chorobach wewnętrznych zmalała, jednak pocieszające jest, iż wielu młodych lekarzy myśli bardziej przyszłościowo, niż nasi politycy i reformatorzy, i nadal przystępuje do specjalistycznego kształcenia ogólninternistycznego, widząc w internie przyszłość. To napawa optymizmem, ale musimy o tych lekarzy zadbać, bo w ciągu najbliższych lat mogą okazać się na wagę złota.

Ilu jest obecnie w Polsce internistów? Z danych TIP wynika, że jest rozdziewięć pomiędzy figurującymi w rejestrze, a liczbą członków zdeklarowanych...

Liczba lekarzy posiadających specjalizację z chorób wewnętrznych jest na szczęście nadal bardzo duża. Choć Towarzystwo Internistów Polskich znajduje się w trudnej sytuacji, bo wielu lekarzy zaangażowanych jest w wąkospecjalistyczne towarzystwa, to w konferencjach Towarzystwa Internistów Polskich ponad 2000 uczestników wypełnia co roku najpierw centrum Kongresowe ICE w Krakowie, a następnie Salę Kongresową w Warszawie. Liczba zadeklarowanych członków towarzystwa jest mniejsza, dlatego również za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej” serdecznie zapraszam wszystkich kolegów internistów do przyłączenia się do TIP i zaangażowania w pracę nad przywróceniem internie świetności. Tylko wtedy zostaniemy dostrzeżeni przez reformujących kształcenie i finansowanie w medycynie polskiej.

Jakie starania czyni TIP, by zmienić status internisty?

Ściśle współpracujemy z konsultantem krajowym ds. interny prof. Jackiem Imiela, który jest jednocześnie prezesem elektem TIP. Staramy się przede wszystkim zabiegać o pozycję interny w systemie kształcenia. Bardzo dużo czasu i energii poświęciliśmy, aby moduł ogólninternistyczny pozwalał lekarzom na kształcenie wielospecjalistyczne, a nie tylko ograniczał się do kilkunastu krótkich okresów spędzanych na wielu wąkospecjalistycznych oddziałach. Częściowo się to udało, choć długa droga przed nami. Staramy się poprzez szereg współorganizowanych przez TIP konferencji ogólninternistycznych oraz kursów w toku wielu specjalizacji dbać o jakość kształcenia. Współpracujemy z wieloma towarzystwami. Na przykład wraz z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym współorganizowaliśmy szereg sesji

internistycznych, które cieszyły się wysoką frekwencją podczas Kongresów PTK. Oddziały Terenowe TIP organizują szkolenia internistyczne otwarte na lekarzy wszystkich specjalności. Szczególnie aktywny jest Oddział Krakowski. Zabiegamy też, aby poprawić finansowanie świadczeń internistycznych tak w opiece ambulatoryjnej, jak i w leczeniu szpitalnym. Jest to jednak praca bardzo trudna, gdyż nie spotyka się ze zrozumieniem decydentów. Próbuje utrzymać wielospecjalistyczne podejście, jesteśmy zmuszani do wybierania jednego schorzenia, którego leczenie płatnik sfinansuje, często wyceniając je gorzej niż na oddziale wąkospecjalistycznym, nawet gdy obejmuje to identyczne procedury.

TIP zabiegało o umożliwienie internistom pracy w POZ?

Dla Towarzystwa Internistów Polskich bardzo cenna była i jest współpraca z towarzystwami skupiającymi lekarzy rodzinnych. Po kilku latach starań TIP, Ministerstwo Zdrowia uznało za słuszny postulat o możliwości pracy internistów i pediatrów w POZ. Wspólnie z Polskim Towarzystwem Pediatrycznym ogłosiliśmy w tej sprawie memorandum, a opinie pacjentów jasno wskazują na słuszność tej decyzji. Trzeba jednak podkreślić, że obecnie należy dążyć do takich rozwiązań finansowania pracy internistów, którzy przecież są specjalistami, w POZ, aby już na tym poziomie mogli prowadzić podstawową diagnostykę samodzielnie, a nie być zmuszeni nawet w najprostszych sprawach odsyłać pacjenta do specjalistów w wąskich dziedzinach. Wtedy dopiero w pełni ujawnią się korzyści z pracy internistów i pediatrów w POZ. Bez odpowiednich rozwiązań związanych z finansowaniem opieki nad chorymi możliwość pracy internistów w POZ może pozostać tylko możliwością.

Jaka jest więc przyszłość interny?

W obliczu starzenia się społeczeństwa i występowania wielu chorób jednocześnie u większości pacjentów, podejście ogólninternistyczne jest nieuniknione i będzie się ten punkt widzenia rozszerzał.

TIP wydaje czasopismo – „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej“. Jaką rolę spełnia?

Jest to najlepsze polskie czasopismo w dziedzinie nauk klinicznych, które w ciągu ostatnich lat zyskało rangę międzynarodową, mierzoną tak zwanym wskaźnikiem oddziaływania, przez co przewyższa wszystkie inne polskie czasopisma kliniczne i pozycjonuje je w absolutnej czołówce czasopism w Polsce. Jest czytane i cytowane we wszystkich częściach globu. Prace swe publikują w nim liczni lekarze wielu specjalności klinicznych, nie tylko interny. Staramy się zachęcać młodych lekarzy do zaangażowania się, m.in. przez konkurs na najlepsze prace internistyczne publikowane w „Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej”. Bo to w młodych internistach nadzieja na przywrócenie internie świetności. ■

W obliczu starzenia się społeczeństwa i występowania wielu chorób jednocześnie u większości pacjentów, podejście ogólninternistyczne jest nieuniknione i będzie się ten punkt widzenia rozszerzał.

**2016
Kalendarz imprez
KULTURALNYCH
przyjęty przez
Komisję Kultury NRL**

4 marca

XVI Biesiada Literacka wraz z premierą VII Kabaretu Bąk
OIL w Łodzi
Iwona Szelewa
42 68 31 701

24 kwietnia

VI Ogólnopolski Konkurs Literacki
OIL w Łodzi
Iwona Szelewa
42 68 31 701

23 kwietnia

25 czerwca

24 września

IV Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne Lekarzy Photo Art Medica 2016
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
601 919 619
34 368 18 88

13-15 maja

VI Międzynarodowy Konkurs Lekarzy Śpiewających „Musica mores confirmat”
OIL w Szczecinie
Grzegorz Czajkowski
606 246 446
91 487 75 61

22 maja

Festiwal AVE MARIA
ŚIL w Katowicach
Grzegorz Góról
668 285 173

22-27 maja

XIV Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy
OIL w Łodzi
Iwona Szelewa
42 68 31 701

1-3 czerwca

Zjazd Polskich Chórów i Orkiestr Lekarskich wraz z koncertem w Teatrze Narodowym 2 czerwca
IX Kongres Polonii Medycznej w Warszawie
Jarosław Wanecki
603 110 978
Beata Herman
501 213 438
Bożena Czechowska
608 292 023
Paweł Jarzębski
698 823 917

2-4 czerwca

Biennale Sztuk Lekarskich 2016
IX Kongres Polonii Medycznej w Warszawie
Teatr Narodowy/Hotel Marriot w Warszawie
Komisja Kultury NRL
Włodzimierz Cerański
602 121 084
Dariusz Hankiewicz
602 465 578
Jarosław Wanecki
603 110 978

30 lipca - 9 sierpnia

Ogólnopolski Plener Malarski – Franciszków k/Warszawy

OIL w Warszawie
Włodzimierz Cerański
602 121 084

30 września - 2 października

Tony Zdrowia 2016.
I Festiwal Zespołów Muzycznych Lekarzy w Szpitalach
OIL w Opolu
Marek Kania
604 977 229

3 października

VII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski Puls Słowa
OIL w Warszawie
Maria Żywicka-Luckner
604 286 324

5-9 października

IV Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy Kazimierz Dolny 2016
OIL w Lublinie
Dariusz Hankiewicz
602 465 578
81 536 04 50

9 października

X Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy we Wrocławiu
Polska Orkiestra Lekarzy
Elżbieta Czechowska
608 292 023

21 października

Benefis Jerzego Woy-Wojciechowskiego
Komisja Kultury NRL
Jarosław Wanecki
603 110 978

22 października

IV Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Photo Art Medica 2016
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
601 919 619
34 368 18 88

23-28 października

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie” wraz z konkursem
OIL w Łodzi
Iwona Szelewa
42 68 31 701

1 listopada

Lekarskie Osobowości Artystyczne – Konkurs Komisja Kultury NRL
Jarosław Wanecki
603 110 978
Marek Stankiewicz
602 756 226

do 13 listopada zgłaszanie prac, finał 10 grudnia

VI Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny 2016
OIL w Lublinie
Krzysztof Sak
505 465 653
81 536 04 50

19 listopada

III Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „ESCULAP ROCK’ 16”
OIL w Olsztynie
Beata Januszko-Giergielewicz
609 690 466

**2016
Kalendarz imprez
SPORTOWYCH
przyjęty przez Komisję
ds. Sportu i Rekreacji NRL**

6 stycznia

V Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie [Bydgoszcz]
Bydgoska IL w Bydgoszczy
Zbigniew Kula
606 464 455
Aleksander Skop
604 267 343

14-16 stycznia

XIV Mistrzostwa Polski Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim Krynica 2016 [Krynica]
Monika Kapińska-Mrowiecka

16-17 stycznia

II Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach [Kazimierz Dolny]
Lubelska IL w Lublinie
Marek Gogacz
502 114 898
Tomasz Wójcicki

23 stycznia

(termin zastępczy: 30 stycznia)
XIV Ogólnopolskie Mistrzostwa Beskidów Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim [Wisła]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
Janusz Lewandowski
606 235 361
janlewdoctor@interia.pl

29-31 stycznia

III Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych w Narciarstwie Alpejskim [Szczyrk]
Śląska IL w Katowicach
Mariusz Smolik
504 045 609

20 lutego

IX Zimowe Mistrzostwa Polski w Triathlonie [Sandomierz]
Świętokrzyska IL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107

27 lutego

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim [Boguszów-Gorce]
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
Wacław Warzecha
603 789 077

lutego

XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym Beskidzka IL w Bielsku-Białej
Maciej Papajkowski
602 177 857
www.mp60.pl

4-6 marca

VII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2016” [Bystre k. Bałogrodu]
OIL w Rzeszowie
OIL w Krakowie

Maria Szuber
17 717 77 17
607 365 537
Jacek Tętnowski
12 619 17 20
Marek Zasady
12 619 17 20

4-6 marca

II Zimowy Piknik Lekarski: Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym Mistrzostwa Polski Lekarzy w Hokeju na Lodzie [Nowy Targ]
Maciej Jachymiak
admin@igrzyskalekarskie.org

10-13 marca

XIX Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie [Drzonków]
OIL w Zielonej Górze
Józef Safian
601 511 361

11 marca

Zawody narciarskie i snowboardowe dla lekarzy podczas SNOWMED 2016 [Gerlitz – Austria]
OIL w Łodzi
Piotr Kosielski
535 003 002

11-13 marca

IX Zimowe Igrzyska Lekarskie Memoriał Koziółka Matolka [Zakopane]
OIL w Krakowie

19 marca

(termin zastępczy: 26 marca)
I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu – Bydgoszcz 2016 [Bydgoszcz]
Bydgoska IL w Bydgoszczy
Marcin Gierach
506 180 304
marcin_gierach@wp.pl

marzec

(termin zastępczy: maj)
V Mistrzostwa Polski Samorządów Zaufania Publicznego w Brydżu Sportowym „Misja” [Warszawa]
OIL w Warszawie
Krzysztof Makuch
608 200 190
krzysztofmakuch@hipokrates.org

1-3 kwietnia

XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej [Dąbrowiec]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
Klaudiusz Komor
608 365 164
kkomor@op.pl

3 kwietnia

19 Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 15 km [Bukówiec Górny]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
Leszek Walczak
601 754 720

9 kwietnia

III Ogólnopolskie Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu

[Wrocław]
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
Piotr Musik
666 843 614

9-10 kwietnia

V Medyczny Puchar Badmintonu – Jubileuszowy „Zdążyć przed lotką 2016”
IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie [Łódź]
OIL w Łodzi
Robert Bibik
695 864 973

22-24 kwietnia

IX Ogólnopolski Jurajski Złot Lekarzy Motocyklistów – Poraj 2016 Ogólnopolskie Otwarcie Sezonu Motocyklowego w Częstochowie na Jasnej Górze [Poraj k. Częstochowy]
OIL w Częstochowie
Mariusz Malicki
600 064 818
Paweł Rakus
34 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org

kwiecień

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2016” [Dębica]
OIL w Rzeszowie
Janusz Bieniasz
14 670 52 61
604 090 587
Lesław Ciepiela
602 758 441

6-8 maja

(termin zastępczy: 13-15 maja)
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich [Ustronie]
Śląska IL w Katowicach
Jerzy Pabis
605 569 065

6-8 maja

XV Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Częstochowie [Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Lesław Rudziński
601 913 381
Rita Idziak
34 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org

8 maja

II Mistrzostwa Polski w Cross-Duathlonie [Sandomierz]
Świętokrzyska IL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107

14-15 maja

IX Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich w Golfie [Lublin/Sobienie Królewskie]
Lubelska IL w Lublinie
Artur Czekierdowski
606 118 922

20-22 maja

(termin zastępczy: 10-12 czerwca)

X Jubileuszowy Ogólnopolski Rajd Konny im. Majora Hubala
[Mikołajów]
OIL w Łodzi
Wojciech Sedzicki
722 282 750

21-22 maja

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym [Wisła]
OIL w Krakowie
Maciej Fortuna

26-29 maja

XXVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie [Łódź]
OIL w Łodzi
Bogusław Rataj
602 574 099
Adam Jakubowski
604 121 360

27-29 maja

VII Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck [Puck]
OIL w Gdańsku
Marcin Szczepniak
603 696 160
mordent@autograf.pl

28 maja

(termin zastępczy: 5 czerwca)
Gdański Bieg Lekarzy [Gdańsk]
OIL w Gdańsku
Łukasz Skorupa
502 890 284
skori@gumed.edu.pl
Maria Kałas
608 388 118
marysia.kalas@gmail.com
Agata Kozinśka
509 516 792
agata.kozinska0@gmail.com

29 maja

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km [Bielsko-Biała]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
Maciej Pajakowski
602 177 857

3-5 czerwca

(termin zastępczy: 10-12 czerwca)
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
OIL w Szczecinie
Jerzy Szymczak
501 161 191

4-5 czerwca

(termin zastępczy: 11-12 czerwca)
XVI Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy [Hucisko]
OIL w Częstochowie
Tomasz Klimza
691 488 383
Rita Idziak
34 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org

4-5 czerwca

(termin zastępczy: 11-12 czerwca)
12 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym [Bychawa – Pszczela Wola]
Lubelska IL w Lublinie

Krzysztof Matras
605 084 016

10 czerwca

MEDICUP 2016 – Międzynarodowy Wyścig MTB Lekarzy [Zgierz]
OIL w Łodzi
Piotr Kosielski
535 003 002

10-12 czerwca

Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Gdańsk 2016 [Gdańsk]
OIL w Gdańsku
Mateusz Koberda
www.sportlekarzy.pl

10-12 czerwca

(termin zastępczy: 17-19 czerwca)
X Mistrzostwa Polski Lekarzy Siatkówce Plażowej
OIL w Szczecinie
Cezary Sierant
605 575 499

10-12 czerwca

(termin zastępczy: 17-19 czerwca)
XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Żeglarskiej klasie Omega
OIL w Szczecinie
Halina Teodorczyk
91 487 49 36 (wew. 116)

11 czerwca

(termin zastępczy: 18 czerwca)
IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB [Płock]
OIL w Płocku
Maciej Słodki
600 051 957

18 czerwca

(termin zastępczy: 2-3 lipca)
5 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce (Mistrzostwa Polski Weteranów LA)
[Toruń lub Opole]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu lub OIL w Opolu
Julian Pełka
504 101 375
julek@onet.pl

18-19 czerwca

(termin zastępczy: 25-26 czerwca)
IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej w Częstochowie [Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Piotr Janik
602 380 957
Przemysław Klimas
604 792 574
Rita Idziak
34 368 18 88
czestochowa@hipokrates.org

18-19 czerwca

VI Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim Lekarzy „Złoty Eskulap” [Puławy]
Lubelska IL w Lublinie
Marek Gogacz

502 114 898
Tomasz Wójcicki
504 190 494

25 czerwca

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie – Dystans Olimpijski [Frydman]
Lucjan Habieda
665 515 600
www.frydmantriathlon.pl

26 czerwca

(termin zastępczy: wrzesień)
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo [Pułtusk lub Warszawa]
OIL w Warszawie
Krystyna Anioł-Strzyżewska
600 362 792

1 lipca

I Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie [Zakopane]

lipiec

Ogólnopolski Zlot Lekarzy Motocyklistów „Motobridge 2016” [Chełmno]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Bydgoska IL w Bydgoszczy
Stanisław Leks
606 887 104
Hanna Śliwińska

30 lipca-7 sierpnia

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2016”
OIL w Rzeszowie
Maria Szuber
17 717 77 17
607 365 537

13-14 sierpnia

Ogólnopolski Turniej Tenisa Memoriał
dr. Tomasza Teresińskiego [Zamość]
Lubelska IL w Lublinie
Krzysztof Michałowski
509 840 525
Andrzej Semczuk
601 715 700

20 sierpnia

VIII Letnie Mistrzostwa Polski w Triathlonie – sprint [Sandomierz]
Świętokrzyska IL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107

25-28 sierpnia

XII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy i Lekarzy Dentystów „Doctor Riders” [Stok k/Belchatowa]
OIL w Łodzi
Grzegorz Krzyżanowski
601 979 724

27-28 sierpnia

(termin zastępczy: 20-21 sierpnia)
Ogólnopolskie Amatorskie Mistrzostwa Pomorza Lekarzy w Siatkówce Plażowej Gdańsk 2016 [Gdańsk]

OIL w Gdańsku
Łukasz Skorupa
www.sportlekarzy.pl

2-4 września

(termin zastępczy: 9-11 września)
VI Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie [Zielona Góra]
OIL w Zielonej Górze
Józef Safian
601 511 361

2-4 września

(termin zastępczy: 9-11 września)
XXVI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie
Jan Krupa

3 września

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim [Istebna]
Beskidzka IL w Bielsku-Białej
Śląska IL w Katowicach
Janusz Lewandowski
606 235 361
janlewdoctor@interia.pl

10-11 września

(termin zastępczy: 17-18 września)
Ogólnopolskie Mistrzostwa Polski w Nordic Walking [Złotoryja]
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
Leszek Pałka

14-18 września

XIV Igrzyska Lekarskie [Zakopane]
Maciej Jachymiak
admin@igrzyskalekarskie.org

16-18 września

Zlot Motocyklowy Lekarzy „U Mannixa VII” [Baranów Sandomierski]
OIL w Krakowie
Mariusz Janikowski
601 406 830

18 września

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie [Gnieźno]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
Wojciech Łącki
602 244 817
wojciechlacki@poczta.onet.pl

21-22 września

(termin zastępczy: 14-15 października)
XXII Mistrzostwa Polski w Brydżu Sportowym [Warszawa]
OIL w Warszawie
Krzysztof Makuch
608 200 190
krzysztofmakuch@hipokrates.org
Aleksander Skop
604 267 343

24 września

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB Michałki 2016 [Michałki]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
Tomasz Kaczmarek
67 25 61 550
tomkolar@dostep.pl

24 września

(termin zastępczy: 1 października)
XVI Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie [Toruń]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Bydgoska IL w Bydgoszczy
Zbigniew Kula
606 464 455
Aleksander Skop
604 267 343

1-2 października

(termin zastępczy: 8-9 października)
V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu [Gliwice]
Śląska IL w Katowicach
Tomasz Romańczyk
501 464 891

9 października

XV Mistrzostwa Polski w Maratonie [Poznań]
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
Wojciech Łącki
602 244 817
wojciechlacki@poczta.onet.pl

9-14 października

[Lima – Peru]
46 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie

11-13 listopada

XIX Ogólnopolski Halowy Turniej Lekarzy w Tenisie, Memoriał dra Andrzeja Jasińskiego [Pabianice]
OIL w Łodzi
Adam Jakubowski
604 121 360
Bogusław Rataj
602 574 099

listopad

(termin zastępczy: grudzień)
VI Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy o Puchar Prezesa w Tenisie [Nowa Wieś k. Rzeszowa]
OIL w Rzeszowie
Alek Micał
Jacek Kowal

listopad

XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2016” [Mielec]
OIL w Rzeszowie
Zbigniew Bober
508 202 626
OIL w Rzeszowie
17 717 77 17

BIULETYN

Nr 6 (165) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, XII 2015

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 4 grudnia 2015 r.

UCHWAŁA Nr 16/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 grudnia 2015 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy

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

§ 1.

W § 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 czerwca 2015 r. Nr 10/15/VII w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie niezbędnym dla wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. sygn. K 12/14 oraz wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r. SK 16/07”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Anna Lella

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 17/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 grudnia 2015 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651 z późn. zm.) oraz § 6 ust. 1 uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2015 r. nr 13/15/VII wprowadza się następującą zmianę:

1) § 4 ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Rada Ośrodka powoływana jest przez Naczelną Radę Lekarską, spośród lekarzy i lekarzy dentyków”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Anna Lella

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 18/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 grudnia 2015 r.

w sprawie wyboru Rady Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 i art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz. U. 2015, poz. 651 z późn. zm.) w związku z § 4 ust. 1 uchwały nr 13/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2015 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Do Rady Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej powołuje się:

- Jerzy Jakubowicz
- Bogumiła Kempieńska-Miroslawska
- Jan Zygmunt Trusewicz
- Maciej Mroźewski
- Ładysław Nekanda-Trepka
- Andrzej Kierzek
- Kazimierz Janicki
- Andrzej Baszkowski
- Maria Ciesielska

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Anna Lella

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 19/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 grudnia 2015 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2016

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

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2016 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Anna Lella

PREZES
Maciej Hamankiewicz

APEL
NR 12/15/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 grudnia 2015 r.
do Ministra Zdrowia

**w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej,
zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry
oraz kształcenia przed i podyplomowego w tych zawodach**

Wyrażając głębokie zaniepokojenie pogłębiającą się od wielu lat destabilizacją systemu opieki zdrowotnej oraz kierunkiem, w jakim zmierza uregulowanie zawodu lekarza i lekarza dentystry, poprzez nakładanie na lekarzy i lekarzy dentystrów szeregu obowiązków administracyjnych i sprowadzanie przedstawicieli zawodów medycznych w coraz większym stopniu do roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych, Naczelna Rada Lekarska przedstawia wykaz wybranych postulatów wypracowanych w dotychczasowych stanowiskach samorządu lekarskiego, apelując do Ministra Zdrowia jako centralnego organu administracji rządowej odpowiedzialnego za ochronę zdrowia o ich rozważenie w swych przyszłych działaniach.

Naczelna Rada Lekarska wyraża nadzieję, że Minister Zdrowia podejmie z samorządem lekarskim rzeczową, konstruktywną dyskusję nad obecnym kształtem i przyszłością systemu opieki zdrowotnej oraz pozycją lekarza i lekarza dentystry w tym systemie. Samorząd lekarski jest jednak świadomy, że głębokiej reformy systemu opieki zdrowotnej zapewniającej poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz sytuacji pracowników ochrony zdrowia nie da się przeprowadzić bez zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu podniesienie nakładów na ochronę zdrowia do minimum 6,5% PKB.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje gotowość udziału samorządu lekarskiego w merytorycznej dyskusji nad kształtem przyszłych przepisów oraz we wszelkich pracach nad zgłoszonymi postulatami.

I. Przywrócenie stażu podyplomowego

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o pilne rozpoczęcie prac legislacyjnych zmierzających do przywrócenia stażu podyplomowego jako elementu niezbędnego do zapewnienia właściwego poziomu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystrów na etapie przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu. Rada wskazuje przy tym, że model kształcenia lekarzy i lekarzy dentystrów decyduje o bezpieczeństwie pacjentów oraz jakości udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Naczelna Rada Lekarska po raz kolejny stwierdza, że decyzja o likwidacji stażu podyplomowego i zastąpieniu go dwusemestralnym praktycznym nauczaniem w dziedzinach klinicznych realizowanym w trakcie ostatniego roku studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, była błędna. Stanowisko takie podzielały już na etapie prac legislacyjnych także towarzystwa naukowe, środowiska uniwersyteckie oraz organizacje lekarskie, w tym również zrzeszające młodych lekarzy.

Rada apeluje do Ministra Zdrowia o ponowną analizę skutków likwidacji stażu zarówno pod kątem wpływu na jakość kształcenia kadr medycznych, prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i etycznych oraz uprawnienia osób kształcących się w zawodach lekarza i lekarza dentystry do właściwych, w tym także bezpiecznych od strony prawnej, warunków zdobywania wiedzy praktycznej.

W ocenie samorządu lekarskiego staż podyplomowy jest formą kształcenia, która w sposób najlepszy prowadzi do nabycia przez lekarzy i lekarzy dentystrów uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu. Staż podyplomowy stanowi niezbędne uzupełnienie

wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów. Staż podyplomowy jest dobrym i – co bardzo istotne – sprawdzonym trybem nabywania pełnych uprawnień do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry po zakończeniu studiów przez absolwentów studiów lekarskich i stomatologicznych.

Argumenty te przemawiają za uchyleniem decyzji o likwidacji stażu podyplomowego.

II. Zmiany dotyczące specjalizacji

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do zmiany zasad odbywania specjalizacji w taki sposób, aby uczynić ją bardziej dostępną dla lekarzy i lekarzy dentystrów bez uszczerbku dla jakości kształcenia specjalizacyjnego. Samorząd lekarski przypomina, że wielokrotnie deklarował wzięcie odpowiedzialności za szkolenie specjalizacyjne, szczególnie dla samorządu w tym zakresie może polegać m. in. na udziale w organizowaniu szkolenia specjalizacyjnego i nadzoru nad tym szkoleniem, ustalaniu warunków akredytacji jednostek szkolących oraz ocenie spełniania tych warunków przez poszczególne jednostki. Jednym z najważniejszych zadań samorządu lekarskiego – zgodnie z ustawą o izbach lekarskich – jest prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy oraz piecza nad należyтым wykonywaniem zawodu przez członków samorządu, a udział w organizowaniu szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystrów mieścić się w całości w zakresie tych zadań.

Jako szczegółowe postulaty w zakresie kształcenia podyplomowego Rada wskazuje w szczególności:

1. Minister Zdrowia powinien dążyć do zwiększenia dostępności do specjalizacji finansowanych ze środków publicznych poprzez zwiększenie liczby rezydentur oraz zapewnienie finansowania obowiązkowych szkoleń i dyżurów z budżetu państwa. Rada ponawia również postulat wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.
2. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej należy wprowadzić ogólnopolski system przyznawania miejsc specjalizacyjnych. System taki dawałby szansę na lepszy, oparty o bardziej sprawiedliwe kryteria, nabór na specjalizację. Wobec braku możliwości ubiegania się o miejsce szkoleniowe w więcej niż jednej dziedzinie medycyny zintegrowany system naboru ułatwi ubiegającym się o miejsce szkoleniowe właściwy wybór dziedziny.
3. Rada postuluje również analizę przepisów określających warunki, jakie powinny spełniać jednostki organizacyjne uprawnione do prowadzenia specjalizacji pod kątem eliminacji z tych przepisów wymogów, które nie są konieczne do realizacji programu specjalizacji, a utrudniają ubieganie się o status jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wprowadzenie zbyt surowych wymogów dla jednostek uprawnionych sprawia, że ograniczona jest dostępność miejsc szkoleniowych. Zjawisko to obserwowane jest w największym nasileniu w stomatologii. Obecna struktura demograficzna specjalistów z dziedzin lekarsko – dentystycznych i niewielka liczba wykazywanych miejsc szkoleniowych spowodują, że w perspektywie najbliższych lat niemożliwe będzie zapewnienie właściwej ilości specjalistycznych świadczeń stomatologicznych.
4. Naczelna Rada Lekarska wzywa Ministra Zdrowia do uchylenia przepisów wprowadzających zakaz dostępu do pytań testowych obowiązujących na Lekarskim Egzaminie Końcowym i Lekarsko – Dentystycznym Egzaminie Końcowym oraz Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym. Przepisy te zawarte odpowiednio w art. 14a ust. 11 oraz art. 16r ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stanowią, że zadania testowe z egzaminu nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Samorząd lekarski od początku krytycznie odnosił się do wprowadzenia ograniczenia dostępu do testów z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycz-

nego Egzaminu Końcowego uznając, że jest to nieuzasadniony wyłom w obowiązujących w nowoczesnym państwie zasadach przeprowadzania egzaminów oraz narusza konstytucyjną zasadę dostępu do informacji o sprawach publicznych. Naczelna Rada Lekarska złożyła w tej sprawie wnioski do Trybunału Konstytucyjnego, a pogląd Rady podzielił Prokurator Generalny w swoim pisemnym stanowisku wysłanym do Trybunału Konstytucyjnego.

5. Naczelna Rada Lekarska apeluje również o rozważenie wprowadzenia możliwości przystępowania przez lekarzy i lekarzy dentystów do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego zaraz po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. W obecnym systemie do egzaminu można podchodzić dwa razy w roku, w sesji wiosennej bądź jesiennej, co nierzadko oznacza kilkumiesięczną przerwę pomiędzy zakończeniem szkolenia specjalizacyjnego, a tym samym umowy o pracę z podmiotem szkolącym, a datą samego egzaminu. Dla wielu lekarzy i lekarzy dentystów jest to czas, kiedy pozostają bez zatrudnienia.
6. Naczelna Rada Lekarska postuluje także likwidację innych barier, często administracyjnych, w realizacji szkolenia specjalizacyjnego, w tym poprzez umożliwienie rozpoczęcia finansowanej ze środków publicznych specjalizacji po ukończeniu specjalizacji w innej dziedzinie medycyny, a nawet w jej trakcie. Rada uważa, że wobec narastającego problemu braku lekarzy specjalistów państwo musi prowadzić politykę zmierzającą do stworzenia jak najlepszych warunków zdobywania wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny.
7. Rada postuluje także wprowadzenie specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej oraz medycyny pracy do katalogu specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

Medycyna pracy jest dziedziną interdyscyplinarną, a umożliwienie odbywania szkolenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny pracy także lekarzom dentystom poprawiłoby dostępność do świadczeń z tej dziedziny.

Naczelna Rada Lekarska, mając na uwadze niedostateczną liczbę specjalistów z mikrobiologii oraz niewielkie zainteresowanie lekarzy odbywaniem specjalizacji w tej dziedzinie opowiada się za umożliwieniem lekarzom dentystom odbywania tej specjalizacji. Rada wskazuje, że uzyskanie specjalizacji w mikrobiologii może być szansą dla lekarzy dentystów na pozostanie w zawodzie lub wydłużenie czasu pracy, jeśli np. z powodu choroby, wieku nie mogą już prowadzić czynnej praktyki stomatologicznej.

8. Naczelna Rada Lekarska zwraca się o ustanowienie preferencyjnych warunków finansowania ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty akredytowane do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych.

III. Zmiany dotyczące sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o dokonanie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów poprzez zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego. Przepisy rozporządzenia przewidują, że za niektóre formy doskonalenia zawodowego lekarz może uzyskać nie więcej niż wskazaną tam liczbę punktów wliczanych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Ograniczenia te dotyczą szeregu form kształcenia, w tym m. in. udziału w krajowym czy zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, realizacji praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym, wygłoszenia wykładu na kongresie i zjeździe, udziału w kursie medycznym. Ustalone w drodze rozporządzenia limity punktów prowadzą do sytuacji, w której znaczna liczba zdobywanych przez lekarzy punktów edukacyjnych nie może zostać zaliczona do ewidencji doskonalenia zawodowego.

W związku z powyższym Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o wprowadzenie do zapisów rozporządzenia zasady, że wszelka aktywność edukacyjna lekarzy w formach opisanych w załączniku do rozporządzenia stanowi podstawę naliczania punktów edukacyjnych.

IV. Zmniejszenie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustalanie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny z uwzględnieniem rzetelnie przeanalizowanych kryteriów zapisanych w art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, który nakazuje, aby przy ustalaniu limitu przyjęć uwzględnić możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów danego kierunku.

Naczelna Rada Lekarska apeluje, aby przy ustalaniu limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny zwrócić szczególną uwagę na rzetelne zbadanie tych przesłanek. Rada zauważa, że złą praktyką Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach było ustalanie limitu przyjęć bez wcześniejszej analizy zagadnienia pod kątem rzeczywistego spełnienia ww. warunków.

Niepokój Naczelnej Rady Lekarskiej wzbudza również to, że ustalane limity przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny nie odzwierciedlają potrzeb systemu ochrony zdrowia w zakresie udzielania świadczeń stomatologicznych. Na polskim rynku nie występuje niedobór lekarzy dentystów. Przeprowadzane w tym zakresie analizy wskazują, że liczba lekarzy dentystów w Polsce przewyższa średnią unijną. Pomimo tego, limity przyjęć na studia lekarsko-dentystyczne w Polsce są co roku zwiększane. Rada wskazuje, że limity przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny nie mogą być ustalone jedynie na podstawie propozycji uczelni posiadających uprawnienia do kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym. Zwiększanie limitu przyjęć na kierunku lekarsko-dentystycznym może skutkować obniżeniem jakości kształcenia zarówno teoretycznego jak i praktycznego na tym kierunku, zaś rosnąca liczba absolwentów stomatologii, przewyższająca zapotrzebowanie na lekarzy dentystów, w sposób znaczny utrudni tym osobom wykonywanie zawodu.

V. 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

Naczelna Rada Lekarska, przywołując uchwałę nr 12 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie przeprowadzenia szczegółowej analizy i podjęcia działań mających na celu zmianę przepisów podatkowych, apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do wyraźnego zapisania w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, że świadczenia uzyskiwane przez lekarzy w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego lekarzy są zwolnione od podatku.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej istnieją poważne i racjonalne powody dla zwolnienia tego rodzaju świadczeń od opodatkowania. Samorząd zawodowy uznaje, że jednym z podstawowych zadań związanych z jego kompetencjami jest prowadzenie szkoleń zawodowych dla swoich członków. Wykonując to zadanie izby lekarskie przyczyniają się jednocześnie do realizacji przez lekarzy i lekarzy dentystów ich ustawowego obowiązku, jakim jest obowiązek stałego doskonalenia zawodowego. Skoro organizacja szkoleń jest formą ułatwienia lekarzom i lekarzom dentystom realizacji obowiązku, które nałożyło na nich państwo w drodze ustawy, a zarazem kształcenie podyplomowe lekarzy mieści się w katalogu ustawowych zadań, do których powołany został samorząd zawodowy lekarzy, to udział w takim szkoleniu nie powinien być przedmiotem opodatkowania.

Za brakiem obowiązku naliczania i odprowadzenia podatku za udział w tego typu szkoleniu przemawia również fakt, że różne formy doskonalenia zawodowego stawiane do dyspozycji przez samorząd lekarski są finansowane ze składek członkowskich uiszczanych przez lekarzy i lekarzy dentystów. Lekarz, który uiszczył składkę członkowską, a następnie – jako członek samorządu – korzysta ze szkolenia organizowanego przez izby lekarskie nie powinien być traktowany jako osoba otrzymująca nieodpłatne świadczenie. Ciężar ekonomiczny realizacji kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski pokrywają przecież sami członkowie samorządu, których z tej przyczyny nie powinno się uznawać za osoby korzystające z nieodpłatnych świadczeń izby lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że za zwolnieniem od podatku szkoleń organizowanych przez lekarski samorząd zawodowy przemawia również analogia do istniejącego zwolnienia dla świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych korzysta ze zwolnienia podatkowego. Zwracając uwagę, że zarówno pracodawcy zatrudniający lekarzy jak i samorząd lekarski zobowiązani są do ułatwiania lekarzom podnoszenia kwalifikacji zawodowych, Naczelna Rada Lekarska podnosi, że realizacja przez lekarzy doskonalenia zawodowego w obu tych formach powinna na tych samych prawach korzystać ze zwolnienia od podatku. Skoro kształcenie finansowane przez pracodawców jest zwolnione od podatku, to w pełni zasadne jest, aby także udział w szkoleniu organizowanym przez samorząd zawodowy nie wiązał się dla lekarza z koniecznością zapłaty podatku dochodowego.

Za zwolnieniem nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez samorząd lekarski od podatku dochodowego od osób fizycznych przemawia także interes społeczny. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wspieranie przez państwa członkowskie kształcenia zawodowego w zawodzie lekarza i lekarza dentysty wynika z dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”). Naczelna Rada Lekarska ze smutkiem zauważa, że w chwili obecnej państwo nie ułatwia lekarzom realizacji doskonalenia zawodowego – w ustawodawstwie nie ma rozwiązań gwarantujących lekarzom możliwość realizacji obowiązkowego kształcenia ustawicznego w ramach płatnego urlopu szkoleniowego, co sprawia, że lekarze nierzadko wykorzystują urlop wypoczynkowy, aby wziąć udział w szkoleniach, nie stworzono także gwarancji wliczenia kosztów odpłatnego szkolenia do kosztów uzyskania przychodu. Minimum tego, co państwo powinno oferować lekarzom biorącym udział w szkoleniu ustawicznym, jest zwolnienie nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez izby lekarskie od podatku dochodowego.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje przy tym, że dotychczas postulaty samorządu lekarskiego o zmianę przepisów podatkowych poprzez wyraźne wskazanie, że szkolenia te nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, były kierowane do Ministra Finansów, ale nie odniosły zamierzonego skutku. Mając na uwadze, że Minister Zdrowia powinien wspierać lekarzy w możliwości realizacji przez nich ustawowego obowiązku kształcenia ustawicznego oraz zważywszy, że udział jak największej liczby lekarzy w szkoleniach zawodowych leży w interesie pacjentów, Rada zwraca się z powyższym apelem o podjęcie międzyresortowej współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów w celu stworzenia przepisów, które nie będą nakładać na lekarzy obowiązku zapłaty podatku od nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez samorząd zawodowy.

VI. Zapewnienie należytej ochrony tajemnicy lekarskiej

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu uchwały nr 16 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie podjęcia działań zmierzających do zachowania instytucji tajemnicy lekarskiej w Polsce, zwraca się z ponownym apelem do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zapewnienia lepszej ochrony tajemnicy lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska, po dokonaniu analizy przepisów dotyczących ochrony informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty oraz praktyki ich stosowania przez organy państwowe, stwierdza, że obecnie tajemnica lekarska nie jest chroniona w wystarczającym stopniu. Zjawisko nadmiernej ingerencji uwidacznia się zwłaszcza w sferze działania organów kontroli skarbowej. Brak dostatecznej ochrony tajemnicy lekarskiej i związane z tym narażenie pacjentów na zbyt szeroki dostęp różnych organów i instytucji do informacji związanych z sferą prywatności objętą stanem zdrowia i leczeniem może podważyć zaufanie stanowiące podstawę prawidłowych relacji pacjenta z lekarzem.

Przywołując apel nr 6/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 września 2015 r. i zawarte w nim postulaty oraz argumentację przemawiającą za ich zasadnością Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że pomimo upływu ponad dwóch miesięcy od daty apelu samorząd lekarski nie otrzymał odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia. Rada apeluje zatem o ponowne przeanalizowanie zgłoszonych przez samorząd lekarski postulatów i podjęcie działań zmierzających do zapewnienia tajemnicy lekarskiej należnego jej miejsca w systemie ochrony wrażliwych danych pacjenta, tak aby relacja pacjenta z lekarzem mogła się opierać na pewności, że informacjom związanym z leczeniem zostanie zapewniony właściwy stopień poufności.

VII. Odbiurokratyzowanie pracy lekarza

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o odbiurokratyzowanie pracy lekarza i lekarza dentysty. Naczelna Rada Lekarska protestuje przeciwko nakładaniu na lekarzy i lekarzy dentystów kolejnych, czasochłonnych obowiązków, które nie służą bezpośredniemu poprawie stanu zdrowia pacjenta.

VIII. Zaprzestanie ustalania standardów medycznych w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o porzucenie niedobrej praktyki ustalania standardów postępowania medycznego w formie rozporządzeń. Samorząd lekarski niezwykle krytycznie ocenia ideę wprowadzania standardów opieki medycznej w formie przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Określanie standardów postępowania powinny zajmować się medyczne środowiska naukowe, które stanowią kompetentne gremia do wypowiedzania się w sprawach praktyki lekarskiej. Standardy postępowania medycznego nie mogą mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów, a jedynie zaleceń i wytycznych. Standardy postępowania medycznego należą do autonomicznego obszaru nauki i wiedzy medycznej. Są przedmiotem nauczania przeddyplomowego i szkolenia w trakcie specjalizacji oraz podyplomowego doskonalenia zawodowego lekarzy. Opracowywane przez odpowiednie gremia specjalistów w różnych dziedzinach medycyny, w miarę postępów wiedzy są okresowo modyfikowane oraz publikowane jako wytyczne (guidelines) w odpowiednich czasopiśmie specjalistycznych. Określanie standardów postępowania medycznego w formie aktów prawnych stanowi nieuprawnione wkraczanie władz ustawodawczych i administracyjnych w autonomiczny obszar nauki i wiedzy. W formie przepisów prawa powszechnie obowiązującego można określać jedynie zasady organizacyjne i standardy wyposażenia, co powinno być połączone z zapewnieniem odpowiedniego finansowania.

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w oparciu o doświadczenie zawodowe lekarza, dostępnymi w danej sytuacji metodami i środkami, z uwzględnieniem sytuacji pacjenta oraz w uzgodnieniu z pacjentem, który o ile to możliwe powinien mieć zapewnioną swobodę wyboru najbardziej odpowiadającego mu postępowania. Standardy postępowania określone w drodze przepisów powszechnie obowiązujących nie uwzględniają i nie mogą uwzględniać tych wszystkich okoliczności branych pod uwagę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że nie jest możliwe stworzenie standardów postępowania, nawet najwyższej jakości, które regulowałyby wszystkie występujące w praktyce przypadki. Lekarz powinien mieć możliwość korzystania z rekomendacji, zaleceń i wytycznych określających najlepsze sposoby postępowania, jednak w sytuacjach, w których należy postąpić inaczej, nie powinien obawiać się, że narusza przepisy powszechnie obowiązujące.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, zamiast tworzyć standardy medyczne w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia powinien rozważyć określenie (np. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty) sposobu tworzenia i podawania do wiadomości rekomendacji, zaleceń i wytycznych, z których mogliby korzystać lekarze i lekarze dentyści. Naturalnym miejscem powstawania, udostępniania i rozpowszechniania standardów medycznych opracowywanych przez kompetentne gremia eksperckie, wzorem wielu innych państw mógłby być samorząd lekarski, który w tym zakresie współpracowałby z ukowymi towarzystwami lekarskimi i lekarsko-dentystycznymi.

IX. Rewizja przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia rewizję przepisów związanych z pakietem onkologicznym z uwzględnieniem zastrzeżeń, które samorząd lekarski wyraził we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego.

Rada apeluje w szczególności o dokonanie oceny zmian, jakie wprowadzenie pakietu onkologicznego wywarło na czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych nieobjętych pakietem, skutków jakie pakiet onkologiczny wywarł na finanse podmiotów, które realizują świadczenia objęte pakietem onkologicznym. Celowa jest również ocena przez Ministra Zdrowia, czy wprowadzenie pakietu nie zostało obudowane zbyt dużą ilością spoczywających na lekarzach i podmiotach leczniczych obciążeń administracyjnych i biurokratycznych, w postaci np. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, która mogłaby być zastąpiona specjalnym rodzajem skierowania z adnotacją „onkopilne”. Weryfikacji powinno podlegać także to, czy zasadne było wykluczenie pewnych komórek organizacyjnych (np. oddziałów chorób wewnętrznych) z zakresu pakietu onkologicznego.

Naczelna Rada Lekarska przypomina również, że samorząd lekarski nie wyrażał zgody na niezasadne, nierówne traktowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów w zakresie uprawnień do kierowania pacjentów na ścieżkę szybkiej terapii onkologicznej. Sprzeciw samorządu budzi również wprowadzenie współczynnika rozpoznawania nowotworów oraz wprowadzone przez ustawę konsekwencje jego nieuzyskania. Wreszcie samorząd lekarski uważa, że przepisy pakietu onkologicznego doprowadziły do nierównego traktowania pacjentów, którzy cierpią na równie poważne schorzenia, a nie mają prawa do nielimitowanych świadczeń udzielanych w takich terminach, jakie państwo zagwarantowało dla świadczeń objętych pakietem onkologicznym.

X. Zmiana systemu refundacji leków

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o poparcie zmian systemu refundacji leków oraz zasad ich ordynowania, które ujęte zostały w obywatelskim projekcie ustawy o zmianie ustawy

o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (druk sejmowy nr 25).

Projekt ustawy przewiduje zmianę systemu refundacji leków, która zwiększy dostępność leków refundowanych i obniży wysokość wydatków, jakie pacjenci ponoszą na leki. Jednocześnie projekt zakłada racjonalizację tego systemu polegającą na zdjęciu z osób uprawnionych do wystawiania recept na leki refundowane obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leków. Projekt ten wychodzi naprzeciw najważniejszym oczekiwaniom środowiska lekarskiego a także środowisk pacjenckich i z tych względów zasługuje na poparcie Ministra Zdrowia.

XI. Liberalizacja przepisów dotyczących możliwości zatrudnienia lekarza i lekarza dentyisty w praktyce zawodowej innego lekarza

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do liberalizacji przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w celu umożliwienia lekarzom i lekarzom dentyistom wykonującym działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej zatrudnienia innego lekarza albo lekarza dentyisty.

Obecnie obowiązujące przepisy zezwalają na zatrudnienie w praktyce lekarskiej tylko personelu pomocniczego, a zatrudnienie innego lekarza albo lekarza dentyisty ustawodawca ogranicza tylko do celów szkoleniowych, tj. prowadzenia stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny.

Brak możliwości zatrudnienia innych lekarzy czy lekarzy dentyistów utrudnia prowadzenie działalności w formie praktyki m. in. w ten sposób, że - wobec jednakowych kryteriów konkursowych stawianych przez NFZ praktykom zawodowym i podmiotom leczniczym - praktyki zawodowe niemogące zatrudniać lekarzy mają znacznie gorszą pozycję przy ubieganiu się o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

XII. Prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zapewnienie prawidłowej wyceny świadczeń zdrowotnych, które są udzielane w ramach opieki zdrowotnej gwarantowanej i finansowanej ze środków publicznych.

Samorząd lekarski od dłuższego czasu obserwuje, że podmioty odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej w Polsce nie dysponują rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych. W efekcie Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu świadczeń nie weryfikuje ich z rzeczywistymi kosztami. Na zjawisko to zwraca uwagę m. in. środowisko lekarzy dentyistów, którzy wskazują, że niedoszacowanie dotyczy znacznej liczby świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Brak rzetelnych i kompleksowych danych potrzebnych do wyceny świadczeń prowadzi do zaniżania kosztów pewnych grup świadczeń zdrowotnych, co skutkuje albo wykonywaniem ich przez podmioty lecznicze poniżej kosztów narażając je na straty finansowe, albo trudnościami w pozyskaniu świadczeniodawców gotowych do wykonywania danych świadczeń, które stają się przez to świadczeniami deficytowymi, co ogranicza dostępność pacjenta do opieki medycznej.

Ponadto samorząd lekarski protestuje przeciwko uszczuplaniu puli środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne przez finansowanie innych zadań niż bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, takich jak szczepienia ochronne czy podwyżki.

XIII. Ograniczenie finansowania ze środków publicznych skutków działania pod wpływem alkoholu, narkotyków oraz uprawiania sportów ekstremalnych

Samorząd Lekarski postuluje, aby Minister Zdrowia ocenił, czy uzasadnione jest finansowanie ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom, których leczenie spowodowane jest wyłącznie pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub narkotyków oraz osób, które doznały urazu w czasie uprawiania sportów ekstremalnych.

XIV. Opiniowanie kandydatów na konsultantów krajowych przez samorząd lekarski

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustalenie standardu wyboru konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny w taki sposób, aby wszyscy lekarze i lekarze dentyści - kandydaci na konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny - byli przedstawiani samorządowi lekarskiemu w celu ich zaopiniowania.

W tym celu postulujemy przywrócenie przepisu ust. 5 w art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126), obowiązującego przed dniem 11 września 2014 r., nakładającego na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek zwracania się do właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia o przedstawienie, w terminie 30 dni, opinii wraz z uzasadnieniem, o wszystkich kandydatach do pełnienia funkcji konsultanta krajowego.

Za wystarczający sposób realizacji powyższego postulatu Naczelna Rada Lekarska uzna także wprowadzenie jako dobrego zwyczaju zwracania się przez Ministra Zdrowia do samorządu lekarskiego z wnioskiem o zaopiniowanie kandydatów na konsultantów krajowych.

XV. Powołanie instytucji koronera

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustanowienie instytucji koronera odpowiedzialnego za wystawienie kart zgonu osobom zmarłym.

Podstawowe regulacje w zakresie stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz wystawiania karty zgonu zawiera art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202).

Dezaktualizacja pojęć w użytych w tych aktach prawnych, jak i zmiany systemu organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzone od czasu wejścia w życie powyższych przepisów, rodzą w praktyce problemy związane z określeniem podmiotów uprawnionych do stwierdzenia zgonu i wystawiania kart zgonu. Dotyczy to zwłaszcza przypadków zaistnienia konieczności wystawiania kart zgonu osobom zmarłym poza miejscem zamieszkania, jak również osobom bezdomnym lub osobom o nieustalonych danych personalnych. Przewidziana w art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych możliwość powołania przez starostę osoby, którą można by nazwać koronerem, do stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu dotyczy wyłącznie przypadku, gdy brak lekarza zobowiązanego do stwierdzania zgonu.

W ocenie samorządu lekarskiego zasadnym byłoby ustanowienie stałej, a nie incydentalnej, instytucji koronera, którego zadaniem byłoby stwierdzanie zgonu i wystawianie karty zgonu. Zapobiegłoby to różnego rodzaju wątpliwościom, które pojawiają się i mogą pojawić przy ustalaniu osoby właściwej do wykonania tych czynności.

XVI. Zmiana przepisów dotyczących prowadzenia list oczekujących

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów dotyczących obowiązku prowadzenia list oczekujących. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym od 1

stycznia 2015 r. nakładają obowiązek prowadzenia list oczekujących na podmioty wykonujące działalność w rodzaju leczenie szpitalne, a także na podmioty udzielające świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

Postulowana przez Naczelną Radę Lekarską zmiana przepisów powinna przebiegać w dwóch kierunkach – w kierunku zmiany niezrozumiałych i zbyt rygorystycznych wymogów prowadzenia list oczekujących oraz zniesienia obowiązku prowadzenia listy oczekujących w niektórych zakresach świadczeń zdrowotnych, dla których prowadzenie listy jest zbędne, w szczególności w zakresie stomatologii.

Prowadzenie list oczekujących we wszystkich rodzajach świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bez konsekwencji w postaci nabywania przez pacjenta uprawnień do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego prywatnie, gdy czas oczekiwania przekroczył dopuszczalną medycznie normę jest w wielu przypadkach jedynie biurokratycznym utrudnieniem dla świadczeniodawców i pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że istnieją zakresy świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla których tworzenie list oczekujących nie jest konieczne dla zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń gwarantowanych. Jednym z przykładów niezasadnego wprowadzenia obowiązkowej listy oczekujących są świadczenia z zakresu stomatologii. Ze względu m.in. na specyfikę koszty świadczeń gwarantowanych z tego zakresu i brak skierowań do lekarza dentystry prowadzenie listy oczekujących dla tych świadczeń jest niecelowe. Podobne względy dotyczą szeregu świadczeń udzielanych przez lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie również tworzenie list oczekujących jest tylko zbędną biurokracją obwarowaną sankcjami ze strony NFZ.

Mając powyższe na uwadze celowe jest podjęcie dyskusji na temat likwidacji obowiązku prowadzenia list oczekujących w niektórych zakresach świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych specjalistycznych.

Samorząd lekarski uważa ponadto, że przepisy, które regulują zasady prowadzenia list oczekujących powinny być sformułowane w sposób jasny i zrozumiały, a ich stosowanie w praktyce powinno być bardziej elastyczne, tak aby nie prowadziło do rozwiązań sprzecznych z interesem pacjentów.

XVII. Wznowienie prac nad nowymi wzorami dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o wznowienie prac legislacyjnych nad nowymi wzorami dokumentów prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry. Rezygnacja z wprowadzenia Karty Specjalisty Medycznego, którą dla lekarzy i lekarzy dentystów miały stanowić wydawane przez samorząd lekarski dokumenty prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry sprawia, że aktualny staje się postulat wprowadzenia, we współpracy z samorządem lekarskim, nowych, elektronicznych dokumentów prawa wykonywania tych zawodów. Posługiwanie się takimi dokumentami powinno być z mocy ustawy równoważne z korzystaniem z rozwiązań uznanych w ustawie zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia za umożliwiające podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej czy wystawianie e-recept.

Nowe dokumenty prawa wykonywania zawodu lekarza oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry powinny zapewniać osobom wykonującym te zawody możliwość wykorzystania ich jako bezpiecznego, równoważnego podpisowi odręcznemu, sposobu autoryzacji wpisów w elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokonywania innych autoryzacji w systemach informacji w ochronie zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o powrót do rozmów, jakie samorząd lekarski prowadził na ten temat z Ministerstwem Zdrowia.

XVIII. Podjęcie negocjacji w sprawie jednoznacznego uregulowania zasad zwrotu izbom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie rzeczowych rozmów na temat ustalenia jednoznacznych zasad zwrotu izbom lekarskim kosztów ponoszonych na realizację zadań przejętych od administracji publicznej oraz na temat ugodowego zakończenia postępowań sądowych dotyczących zwrotu kosztów za lata minione.

Niedopuszczalne jest arbitralne ustalanie co roku przez Ministerstwo Zdrowia kwoty przekazywanej izbom lekarskim na realizację zadań przejętych od administracji publicznej bez analizy rzeczywistych kosztów wydatkowanych na realizację tych zadań. W rezultacie takiego trybu ustalania kwoty przekazywanej izbom lekarskim przez wiele lat zwrot dokonywany przez Ministra Zdrowia pokrywał jedynie niewielki procent faktycznie ponoszonych przez izby lekarskie kosztów. Doprowadziło to do skierowania spraw przeciwko Ministrowi Zdrowia na drogę sądową. Rada apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie negocjacji dotyczących zarówno uregulowania zaległych należności jak i określenia bazującego na obiektywnych przesłankach trybu ustalania wysokości przekazywanych środków w latach następnych, tak aby decyzja ta nie nosiła znamion arbitralności.

XIX. Zmiana zasad finansowania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy zmiany przepisów regulujących współpracę lekarzy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (obecnie podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych), konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny poprzez zobowiązanie ZUS do ponoszenia kosztów wystawiania przez lekarzy tych zaświadczeń.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie przewidują dla lekarzy wynagrodzenia za wydanie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy. Wynagrodzenia nie przewiduje także wydawana przez ZUS decyzja o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Mając na uwadze, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi ustalanie uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wypłacanie tych świadczeń, Naczelna Rada Lekarska uważa, że to ZUS powinien ponosić koszty wydania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny czy pobytu w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Wydawanie zaświadczeń wiąże się z dodatkową pracą lekarza, a nierzadko powoduje powstanie po jego stronie pewnych kosztów związanych z biurową obsługą zwolnień wystawianych na potrzeby ZUS.

XX. Poszerzenie programów profilaktycznych

Naczelna Rada Lekarska zaniepokojona niedostatecznym poziomem profilaktyki zwraca się do Ministra Zdrowia o poszerzenie programów profilaktycznych o choroby nowotworowe i choroby jamy ustnej.

XXI. Zwiększenie wynagrodzenia za świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży finansowane ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu wprowadzenie mechanizmów pozwalających na rozliczanie świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia na poziomie finansowym uwzględniającym zwiększony nakład pracy lekarza dentystry i wyższe koszty zastosowanych materiałów stomatologicznych.

Należy zauważyć, że koszty świadczeń stomatologicznych wzrastają znacząco w razie finansowania wypełnień z użyciem kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych, zamiast stosowanych u dorosłych wypełnień amalgamatem rtęci. Lekarze dentyści, którzy w ramach kontraktu z Funduszem wykonują świadczenia stomatologiczne na rzecz dzieci i młodzieży stosują droższe materiały niż u osoby dorosłej. Mimo ponoszenia przez lekarza dentystę większych kosztów wykonania tego świadczenia, cena płacona przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie ulega zwiększeniu.

Za zwiększeniem ceny należytej za leczenie dzieci i młodzieży przemawia także fakt, że leczenie stomatologiczne dzieci jest bardziej czasochłonne niż leczenie dorosłych, w rezultacie ten sam rodzaj świadczenia wymaga od lekarza dentystry poświęcenia większej ilości czasu. W tej sytuacji Naczelna Rada Lekarska uważa, że konieczne jest ustalenie współczynników korygujących lub zwiększenie liczby punktów za świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży, ewentualnie wprowadzenie innych mechanizmów umożliwiających podniesienie wynagrodzenia za leczenie stomatologiczne dzieci i młodzieży.

XXII. Zmiana przepisów prawa atomowego dotycząca stosowania promieniowania jonizującego przez lekarzy dentyistów

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu zmianę przepisów ustawy – Prawo atomowe. Kluczowe znaczenie dla lekarzy dentyistów, mają zmiany dotyczące: funkcji inspektora ochrony radiologicznej, systemu zarządzania jakością, szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentyistów oraz częstotliwości przeprowadzania testów specjalistycznych rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że konieczność ustanowienia inspektora ochrony radiologicznej w każdej pracowni stosującej promieniowanie jonizujące do celów medycznych jest nieadekwatna do struktury prawnej i organizacyjnej funkcjonowania gabinetów stomatologicznych, co do zasady prowadzonych w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.

Prawo atomowe przewiduje obowiązek klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz wprowadzenia systemu zarządzania jakością. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, zmiany w powyższym obszarze powinny dotyczyć rezygnacji z audytu zewnętrznego w odniesieniu do rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych oraz zmniejszenia częstotliwości przeprowadzania audytów wewnętrznych. Ponadto istnieje potrzeba opracowania wzorcowej dokumentacji systemu zarządzania jakością w zakresie rentgenodiagnostycznych badań stomatologicznych.

W sprawach dotyczących szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentyistów Rada dostrzega potrzebę zmian w programach szkoleń oraz w dostępnych formach szkolenia (należałoby rozważyć możliwość uzyskania uprawnień z zakresu ochrony radiologicznej w ramach systemu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów). Ponadto, zmiany powinny objąć również takie kwestie jak okres ważności certyfikatu, a także zasadność odbywania szkolenia co 5 lat.

Rada apeluje także o zmianę częstotliwości przeprowadzania testów specjalistycznych rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych. Kwestia ta jest obecnie uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej a częstotliwość badań po nowelizacji z dnia 12 listopada 2015 r. wynosi 2 lata. W ocenie Rady zasadne jest jednak przeprowadzanie tych testów raz na 5 lat.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wśród badań radiologicznych wykonywanych przez lekarzy dentystów przeważają radiogramy wewnątrzustne, w których dawka promieniowania jest nieznaczna. Tym samym wymogi nałożone na lekarzy dentystów w związku z wykonywaniem przez nich badań radiologicznych nie powinny być takie same, jak w stosunku do dużych pracowni radiologicznych.

XXIII. Przywrócenie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej. Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego przesądziło, że od roku szkolnego 2016/2017 nie będzie prowadzona rekrutacja kandydatów do klasy pierwszej, w której realizuje się kształcenie w zawodzie asystentki stomatologicznej.

Rada przypomina, że decyzja o likwidacji naboru na kierunek asystentka stomatologiczna została podjęta bez jakiejkolwiek konsultacji ze środowiskiem lekarzy dentystów, a dotychczasowe próby przekonania Ministerstwa Zdrowia do zmiany tego stanowiska Rządu w sprawie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej nie przyniosły skutku.

Naczelna Rada Lekarska oczekuje przeprowadzenia szerokiej, merytorycznej dyskusji ze wszystkimi zainteresowanymi, w tym przede wszystkim ze środowiskiem lekarzy dentystów, dla których zawód asystentki stomatologicznej pozostaje zawodem pomocniczym o bardzo dużej przydatności w praktyce stomatologicznej. Poziom kwalifikacji, jednolity w całym kraju dzięki wymogom określonym przez przepisy prawa zapewnia wszystkim osobom wykonującym zawód asystentki stomatologicznej zasób kompetencji potrzebny w dzisiejszej praktyce klinicznej. Ponadto jednoroczne kształcenie asystentek stomatologicznych w publicznych szkołach gwarantuje im nabycie niezbędnej wiedzy i umiejętności potrzebnej przy wykonywaniu zawodu pomocniczego w stomatologii.

W związku z powyższym Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o poparcie postulatu przywrócenia kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej.

XXIV. Zmiana dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zainicjowanie na forum europejskim dyskusji nad potrzebą zmiany dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, która pozwalałaby państwom członkowskim samodzielnie podejmować decyzję o ewentualnym wprowadzeniu uproszczonej procedury dopuszczenia do obrotu produktów homeopatycznych.

Jak wynika z preambuły do przedmiotowej dyrektywy „szczegółowe charakterystyki homeopatycznych produktów leczniczych, takie jak bardzo niski poziom czynnych części, które zawierają, oraz trudność zastosowania do nich konwencjonalnych metod statystycznych odnoszących się do badań klinicznych, wskazują na zasadność zapewnienia specjalnej, uproszczonej procedury rejestracji dla tych homeopatycznych produktów leczniczych, które są wprowadzane do obrotu bez wskazań terapeutycznych w postaci farmaceutycznej, i w dawce, która nie powoduje ryzyka dla pacjenta”.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej „trudność zastosowania konwencjonalnych metod statystycznych do badań klinicznych” nie może stanowić uzasadnienia dla ustanawiania uproszczonych procedur zwalniających produkt z konieczności przeprowadzenia badań klinicznych dowodzących jego terapeutycznej skuteczności, tak samo, jak nie powinna skłaniać do stosowania innych, niż konwencjonalne, metod

statystycznych do oceny takich badań. Środowisko lekarskie apeluje do Ministra Zdrowia o wyrażenie na forum europejskim klarownego i dobitnego oczekiwania większej racjonalności regulacji Unii Europejskiej dotyczących produktów homeopatycznych. Racjonalności, która umożliwi krajom członkowskim samodzielne decydowanie o zasadności wprowadzania szczególnych, uproszczonych, procedur w przypadku rejestracji produktów, w stosunku do których konwencjonalne (naukowe) metody statystyczne nie pozwalają na potwierdzenie ich leczniczych właściwości.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej jeśli produkt homeopatyczny ma być określany mianem produktu leczniczego, to oczywiście i zasadne jest oczekiwanie, aby jego lecznicze działanie było dowiedzione w oparciu o aktualnie istniejące standardy prowadzenia badań klinicznych.

XXV. Nowelizacja rozporządzenia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o nowelizację rozporządzenia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej. Samorząd lekarski od wielu lat oczekuje zmiany przedmiotowego rozporządzenia, która umożliwi lekarzom i lekarzom dentystom prowadzącym indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, grupowe praktyki lekarskie nabywanie w hurtowniach farmaceutycznych produktów leczniczych wykorzystywanych w celu bezpośredniego podania pacjentowi. Oczekiwanie takiej zmiany od wielu lat wyrażane jest przez środowisko lekarskie m.in. w apelu Nr 2 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.

Obecne brzmienie przedmiotowego rozporządzenia ogranicza uprawnienie lekarzy prowadzących indywidualną lub grupową praktykę lekarską do zakupu w hurtowni farmaceutycznej do produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym. Ograniczenie to uniemożliwia lekarzom zaopatrywanie się w hurtowniach farmaceutycznych w produkty lecznicze, które stosują bezpośrednio u pacjenta w związku z rodzajem udzielonego świadczenia zdrowotnego, inne niż doraźnie dostarczane.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej ograniczenie możliwości zakupu w hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych jedynie do grupy produktów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie jest nieracjonalne i niezgodne z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 z późn. zm.).

Przepis art. 68 ust. 4 Prawa farmaceutycznego stanowi, że bezpośrednie zastosowanie u pacjenta przez lekarza, lekarza stomatologa lub inną osobę wykonującą zawód medyczny produktów leczniczych oraz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, których potrzeba zastosowania wynika z rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego, nie stanowi obrotu detalicznego. Ustawa nie mówi o doraźnym stosowaniu produktów leczniczych, a jedynie o ich bezpośrednim zastosowaniu u pacjenta w związku z potrzebą zastosowania, wynikającą z rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego. W konsekwencji należy stwierdzić, że rozporządzenie w sposób nieuprawniony zawęża pojęcie leków bezpośrednio stosowanych u pacjenta w związku z potrzebą zastosowania, do leków doraźnie stosowanych.

Z powyższych względów Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Ministra Zdrowia o dokonanie stosownej zmiany przedmiotowego rozporządzenia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Anna Lella

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Kobieta z twarzą w ręczniku

Pukają do drzwi wielu specjalistów, są poddawani niezliczonej ilości badań diagnostycznych, ale nikt nie potrafi im pomóc. Wędrówka trwa latami, zanim dowiedzą się, co im naprawdę dolega. Potem czeka ich kolejna walka – o finansowanie terapii oraz akceptację diagnozy.

Ulica Śniadeckich 10 w Krakowie, teren kompleksu Szpitala Uniwersyteckiego. To tu mieści się Ośrodek Chorób Rzadkich. Powstał zaledwie cztery lata temu. NFZ takiej działalności nie kontraktuje, więc jednostka jest afiliowana przy poradni immunologicznej. Co tydzień lekarze różnych specjalności zbierają się na konsyliach i analizują historie choroby pacjentów, którym dotychczas służba zdrowia – w ramach obowiązującego systemu – nie zdołała pomóc.

Człowiek zagadka

Kim są ludzie szukający pomocy w krakowskim ośrodku? – To pacjenci, którzy od lat cierpią na schorzenia o przewlekłym i ciężkim przebiegu, ale tak naprawdę nie ustalono, jaka konkretnie choroba ich trapi. Chodzili od jednego specjalisty do drugiego, ale nikt nie umiał ich do końca zdiagnozować – wyjaśnia prof. Tomasz Grodzicki, szef ośrodka. Dlaczego tak jest? – Dobrze radzimy sobie z cukrzycą, nadciśnieniem czy nawet chorobami nowotworowymi, ale gdy pojawia się rzadkie schorzenie, które daje mało swoiste, niecharakterystyczne objawy, zaczyna się problem. Wiele z nich ma podłoże genetyczne, więc do postawienia diagnozy potrzebne są badania genetyczne, drogie i trudnodostępne, bo niewiele placówek je wykonuje – dodaje.

A może pacjenci szukają dziury w całym, może nie ma nic do odkrycia, a niektórym po prostu nie da się pomóc? – Analizując przesyłaną do nas dokumentację medyczną, widzę, że ponad połowa osób, które proszą nas o konsultację, nie cierpi na choroby rzadkie. Nie godzą się z postawionym wcześniej rozpoznaniem, które wcale nie dotyczy choroby rzadkiej. Nie potrafią pogodzić się na przykład z tym, że współczesna medycyna nie daje im szans na poprawę stanu zdrowia, więc szukają dalej, w nadziei na inną diagnozę i szansę leczenia. Dotyczy to przede wszystkim schorzeń neurologicznych, takich jak np. dziecięce porażenie mózgowe, choroby neurozwyrodnieniowe, stany poudarowe. Takim pacjentom możemy jedynie tłumaczyć, że dokumentacja jest pełna, diagnoza nie do podważenia, a ich leczenie zgodne z aktualnym stanem wiedzy – mówi prof. Grodzicki.

Do krakowskiego ośrodka o pomoc zwraca się również wiele osób, którym – mimo wieloletniej tułaczki po gabinetach lekarskich – dotychczas nie udało się postawić jednoznacznego rozpoznania. Są też przypadki, gdy pacjenci z podejrzeniem

choroby rzadkiej lub chorobą rzadką już zdiagnozowaną nie otrzymują właściwej pomocy tam, gdzie mieszkają. Nie wiedzą, co dalej robić, a ponieważ słyszeli o tym ośrodku, mają nadzieję, że w Krakowie taką pomoc otrzymają. W ostatnim roku zgłosiło się tu 237 pacjentów z całej Polski, najwięcej z województwa małopolskiego (76), ale także m.in. ze śląskiego (30), z podkarpackiego (22), dolnośląskiego (19), wielkopolskiego (16), lubelskiego (12), łódzkiego (10), mazowieckiego (10).

Ośrodek korzysta z pomocy specjalistów Szpitala Uniwersyteckiego, m.in.: prof. Agnieszki Słowik i doc. Joanny Pery (neurologzy), prof. Krystyny Obtułowicz (alergolog), prof. Macieja Małeckiego i doc. Tomasza Klupy (choroby metaboliczne), doc. Mariusza Korkosza (reumatolog), prof. Macieja Siedlra (immunologia), dr. Joanny Streb (onkologia) oraz prof. Aleksandra Skotnickiego i doc. Beaty Jakubas (hematologia). Pacjenci przesyłają do ośrodka dokumentację w formie elektronicznej lub papierowej. Jest ona analizowana przez zespół specjalistów podczas odbywających się co tydzień konsyliów. O decyzjach podjętych w czasie takich spotkań pacjenci są informowani telefonicznie lub pisemnie. Czasem jest to wyznaczenie terminu wizyty ambulatoryjnej, innym razem hospitalizacji, a kiedy indziej wskazanie najbliższego dla miejsca zamieszkania chorego ośrodka specjalizującego się w leczeniu danego schorzenia.

– Niektóre programy leczenia chorób rzadkich finansowane przez NFZ są bardzo skomplikowane, wymagają wykonania np. ogromnej liczby badań czy odbycia wielu konsultacji, by móc się do nich zakwalifikować. Wiele szpitali nie chce takiej ścieżki przechodzić, aby uruchamiać procedurę dla jednego czy dwóch chorych. Idealnie by było zapewnić opiekę chorym blisko ich miejsca zamieszkania, ale względy ekonomiczne najczęściej na to nie pozwalają. Kompromisy są niezbędne – wyjaśnia prof. Grodzicki. Na całym świecie jest problem, jak zorganizować system opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi. Szacuje się, że w Europie jest ich około 6-7 mln, w tym w Polsce kilkaset tysięcy.

Krakowskie nadzieje

Koordinacją prac w krakowskim Ośrodku Chorób Rzadkich zajmuje się Anita Skarupa. Każdy zgłoszony przypadek umieszcza w oddzielnej teczce, którą przekazuje lekarzowi do analizy i przedstawienia na konsylium. – Rocznie spływa do nas 250-280 przypadków, najwięcej dotyczy chorób neurologicznych



Zespół lekarzy podczas konsylium

i metabolicznych. Na rozpatrzenie trzeba czekać kilka miesięcy – informuje. Pacjent sam może wysłać swoją historię choroby, może to zrobić za niego także jego lekarz. W 90 proc. chorzy zgłaszają się sami.

Dziś na konsylium jest osiem osób: Izabela Kierzkowska (immunolog kliniczny), Jarosław Królczyk (angiolog, hipertensjolog), dr Joanna Sulicka (immunolog kliniczny), dr Magdalena Strach (immunolog, reumatolog), prof. Joanna Pera (neurolog), Anita Skarupa (koordynator ds. administracyjnych), a także lekarz stażysta Grzegorz Kielbasa i prof. Tomasz Grodzicki (internista, geriatra). – Czasem zapraszamy na konsylium lekarzy innych specjalności. Wszystko zależy od tego, z jakimi problemami zwracają się do nas pacjenci. Bardzo brakuje w naszym gronie genetyka, doraźnie wspomaga nas prof. Marek Sanak. Większość chorób rzadkich ma przecież podłoże genetyczne, więc taki specjalista byłby nieoceniony, ale to niestety „lekarze deficytowi” – mówi prof. Grodzicki.

Na konsylium

– 54-letnia kobieta porusza się z pomocą kuli łokciowej, od przeszło 10 lat zmagając się z zaburzeniami neurologicznymi, ma niedowłady kończyn, niedawno pojawiły się objawy spastyczne, stan się pogarsza. Wykluczono m.in. SM i zespół Devica. Rezonans głowy bez zmian, jedynie stwierdzono zmiany w odcinku szyjnym rdzenia kręgowego – prezentuje przypadek jeden z lekarzy. Poprosimy pacjentkę, aby przesała nam obraz z rezonansu na płytce – decyduje zespół.

Kolejny chory: 70 lat, niedowład kończyn dolnych, porusza się za pomocą chodzika, poza tym miewa napady padaczkowe, nadciśnienie, z przesłanego wyniku badania rezonansu magnetycznego głowy wynika, że pacjent przeszedł też zawał mózgu. Podejrzewano chorobę Huntingтона. Zdiagnozowano postępujące uszkodzenie układu piramidowego i pozapiramidowego. Chory prosi, by w Krakowie przyjrano się jego chorobie raz jeszcze i postawiono ostateczną diagnozę. Decyzja konsylium jest jednak odmowna. – Wszystko wskazuje, że rozpoznanie jest prawidłowe, nie potrafimy mu pomóc, ewentualnie można zasugerować, aby zgłosił się do oddziału neurologii, rehabilitacji lub geriatry w swoim rejonie – wyjaśnia prof. Grodzicki.

Następny przypadek to młoda kobieta, lat 21, od dłuższego czasu cierpi na przewlekłą pokrzywkę, pomimo stosowania leków i diety. Ma zdiagnozowane zespoły: Hashimoto i Gilberta. Lekarzy zastanawia fakt, czy współistnienie tych trzech objawów to przypadek, czy może stanowić będą składowe złożonego zespołu chorobowego. Przekazują dokumentację pacjentki do poradni alergologicznej do dalszej analizy.

– Mamy problem z rozliczaniem pacjentów, których chcemy diagnozować lub leczyć. Musimy ich przyporządkowywać do którejś z naszych poradni, tylko nie zawsze wiadomo do której, bo czasem mają tak niejednoznaczne objawy, że muszą przejść przez ręce wielu specjalistów. I tu po raz kolejny NFZ nie widzi kosztów, bo dla niego wiążące jest rozpoznanie, a w przypadku takich chorych do rozpoznania daleko. Fundusz nie „rozumie”, że z niektórymi chorobami, niekoniecznie rzadkimi, tak po prostu jest, że trzeba się sporo namęczyć, żeby dojść do właściwej diagnozy – mówi z nutą rozgoryczenia w głosie jeden z lekarzy uczestniczących w konsylium.

Jesteście takim polskim doktorem Housem? – Absolutnie nie. House nie istnieje. Jest sześć tysięcy chorób rzadkich. Do ich diagnozowania i leczenia potrzebna jest wiedza z zakresu schorzeń, które nie mieszczą się w ramach RD (rare diseases), ale też są trudne do rozpoznania. Jeden człowiek nie jest w stanie osiągnąć takiej wiedzy. Dlatego spotykamy się na konsyliach i zespołowo rozpatrujemy każdy przypadek – tłumaczy dr Kierzkowska. – Lubię tę pracę i nasze cotygodniowe spotkania, na których trzeba mocno pomyśleć, poszukać, na nich zawsze można się czegoś nowego dowiedzieć, czasem odkryć coś naprawdę zaskakującego – dodaje immunolog dr Magdalena Strach.

Ustalenie właściwego rozpoznania u pacjenta, u którego od lat nie udało się tego dokonać, to chyba duża satysfakcja dla lekarza? – Oczywiście, ale największa satysfakcja jest wtedy, gdy możemy pomóc choremu – przyznaje z kolei dr Sulicka.

Do omówienia pozostało jeszcze kilka opasłych teczek, ale my musimy się już zbierać. Czeka nas spotkanie z prof. Krystyną Obtulowicz w Ośrodku

Jesteście takim polskim doktorem Housem?
– Absolutnie nie. House nie istnieje. Jest sześć tysięcy chorób rzadkich. Do ich diagnozowania i leczenia potrzebna jest wiedza z zakresu schorzeń, które nie mieszczą się w ramach RD (rare diseases), ale też są trudne do rozpoznania – tłumaczy dr Kierzkowska.



Prof. Krystyna Obtulowicz

Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego przy Centrum Alergologii Klinicznej i Środowiskowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Zabójcze obrzęki

Już po przekroczeniu progu gabinetu czujemy, że trafiliśmy w miejsce niezwykle. – Przed ponad 30 laty – mówi prof. Krystyna Obtulowicz – do Klinicznej Poradni Alergologicznej w Krakowie skierowana została kobieta trzymająca dosłownie „drugą” twarz w ręczniku. Była bardzo opuchnięta. Myślano, że to lekooporny obrzęk alergiczny. Taką hipotezę szybko odrzuciłam i rozpoczęłam poszukiwania prawdziwej przyczyny choroby. Okazało się, że pacjentka cierpi na wrodzony obrzęk naczynioruchowy na tle niedoboru białka: C1 inhibitora – wyjaśnia. W ten sposób w 1982 r. rozpoznany został pierwszy w naszym kraju przypadek wrodzonego obrzęku naczynioruchowego na tle niedoboru białka: C1 inhibitora, (Hereditary angioedema – HAE).

To choroba rzadka, dziedziczna i groźna, bo na powstałe obrzęki nie działają standardowe leki przeciwalergiczne. – Podajesz glikokortykoid, adrenalinę, ale lek nie skutkuje – opowiada prof. Obtulowicz. Pół biedy, jeśli brzęknie kończyzna, ale obrzęk może pojawić się również w narządach wewnętrznych, zwłaszcza w obrębie dróg oddechowych lub brzucha, wówczas jest szczególnie niebezpieczny. Stanować może śmiertelne zagrożenie. Niestety, to choroba rzadka i lekarze często nie wiedzą, że chory cierpi na nią, a przyczynę obrzęku diagnozują niewłaściwie. Problem występuje rodzinie.

Do chwili obecnej w ramach krakowskiego ośrodka zarejestrowano 320 przypadków chorych, w tym 50 w wieku 2-18 lat, z ponad 130 rodzin z całego kraju. Obrzęk jest oporny na leki skuteczne zwykle w obrzękach i w przypadku obrzęku

gardła czy krtani może być groźny dla życia. Może go wywołać ucisk albo uraz, w tym chirurgiczny, jak np. zabieg stomatologiczny. Napady obrzęku, trudne do przewidzenia, są zazwyczaj 2-3-dniowe. Takim chorym w groźnym napadzie niezwłocznie należy podać lek skuteczny, jakim jest brakujące białko C1 inhibitora, które zwykle chorzy mają przy sobie, a w przypadku jego braku świeże zmrożone osocze. Chorzy z rozpoznąną chorobą mają przy sobie dokument – HAE-Pass (Hereditary angioedema-HAE) informujący o chorobie i postępowaniu w napadzie groźnym dla życia, by inni lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni wiedzieli, jak choremu pomóc. – Rozproszenie chorych po całym kraju stało się przyczyną problemów z ich specjalistyczną obsługą, zwłaszcza w napadach groźnych. Z tej przyczyny podjęłam rozmowy, uzyskując pełne zrozumienie i przeszkoliłam indywidualnie zespół lekarzy z klinicznych poradni alergologicznych dla dorosłych i dzieci, tworząc zgodnie z zaleceniami EU dla chorób rzadkich sieć regionalnych eksperckich ośrodków leczenia tej choroby. Niestety, Ministerstwo Zdrowia dotychczas tej sieci nie zatwierdziło i nie podało do publicznej wiadomości. Chorzy wciąż nie wiedzą, gdzie mogą uzyskać fachową opiekę. Na liczne pisma kierowane do ministerstwa, odpowiada nam milczenie. W tej sytuacji mamy pod swoją opieką chorych z całej Polski z nieformalną pomocą współpracujących ośrodków – żali się prof. Obtulowicz.

Czy można wyleczyć chorego, naprawiając uszkodzone białko? – Kwestia korekty genetycznej w tym przypadku to ewentualnie daleka przyszłość. W kraju rozpoczęliśmy badania genetyczne. U podstaw niedoboru C1 inhibitora leżą wielorakie zmiany w jego budowie, rozpoznano ich ponad 300 – wyjaśnia pani profesor, która aktywnie wspiera także działalność Ośrodka Chorób Rzadkich. – Staram się, jak mogę, pomagać w ramach wiedzy, którą posiadam. Nie można leczyć wyłącznie objawowo bez ustalenia przyczyn i mechanizmu choroby. Niestety, jeśli chory ma trudną do rozpoznania chorobę, musi szukać docieklivego doktora. Nie każdy taki jest – zauważa.

Właściwe rozpoznanie to niestety dla pacjenta nie zawsze koniec kłopotów. Są takie choroby, na które świat nauki nie znalazł skutecznego lekarstwa, są też takie, które można leczyć, ale NFZ nie finansuje takich terapii. – Sprawa jest skomplikowana. Wiele dostępnych terapii nie ma potwierdzonej w badaniach pełnej skuteczności, bo trudno – ze względu na rzadkość występowania danego schorzenia – dobrać reprezentatywną próbę. Jeśli dodamy do tego koszt takiego leczenia, który rocznie może przekraczać nawet 1 mln zł, to NFZ trzy razy się zastanowi, zanim uruchomi program. Niestety, takie są realia. W naszym ośrodku staramy się jednak pomagać pacjentom na tyle, na ile tylko możemy i potrafimy. Właśnie z myślą o tych wyjątkowych chorych stworzyliśmy nasz ośrodek – podsumowuje prof. Grodzicki. ■

Właściwe rozpoznanie to niestety dla pacjenta nie zawsze koniec kłopotów. Są takie choroby, na które świat nauki nie znalazł skutecznego lekarstwa, są też takie, które można leczyć, ale NFZ nie finansuje takich terapii



Pierwszy Polak nagrodzony przez UEG

Dr hab. Jakub Fichna otrzymał Rising Star Award, nagrodę przyznaną corocznie 8-10 naukowcom zajmującym się badaniami klinicznymi przez Komitet Narodowy i Naukowy United European Gastroenterology. Jest pierwszym Polakiem, który otrzymał to wyróżnienie. Fichna jest profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem Zakładu Biochemii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pełni też funkcję przewodniczącego Akademii Młodych Uczonych Polskiej Akademii Nauk.

Alergie: czym zastąpić mleko krowie?

Olsztyńscy naukowcy chcą się przekonać, czy mleko kłaczy może zastąpić mleko krowie w dziecie człowieka. Celem badań jest stworzenie innowacyjnego produktu na bazie mleka kłaczy, przeznaczonego dla osób z alergią pokarmową. – Istnieją niepokojące doniesienia o nowej fali wzrostu występowania alergii pokarmowej na białka mleka krowiego – informuje Joanna Fotschki z Zakładu Immunologii i Mikrobiologii Instytutu Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie.

Doceniono badania nad nowotworami głowy i szyi

Zespół naukowców z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach został Laureatem Nagrody im. Hilarego Koprowskiego za rok 2015, przyznawanej przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne za najlepszą pracę naukową w zakresie onkologii klinicznej lub doświadczalnej wykonaną w polskim ośrodku badawczym. W ten sposób uhonorowano cykl prac dotyczących czynników prognostycznych w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Głównym laureatem nagrody jest dr hab. Tomasz Rutkowski – pierwszy autor nagrodzonych prac, który w imieniu zespołu odebrał nagrodę z rąk przewodniczącego PTO prof. Jacka Fijutha.

Kiedy noworodek tyje

Jeśli dziecko szybko tyje w pierwszym roku swojego życia, w przyszłości jest znacznie bardziej narażone na cukrzycę typu 1 niż jego rówieśnicy wolniej przybierający na wadze. Zwiększone zapotrzebowanie organizmu na insulinę przez noworodka sprawia, że komórki beta trzustki produkują jej więcej, co nie tylko je obciąża, ale i zwiększa skłonność do uszkodzenia przez układ odporności. Wyniki podało pismo „JAMA Pediatrics” w oparciu o analizę danych zebranych w grupie prawie 100 tys. dzieci uczestniczących w norweskim badaniu MoBa oraz duńskim DNBC.

Koronarowirusy wywołujące MERS

Czy zespół niewydolności oddechowej Bliskiego Wschodu (MERS) przestanie zabijać? Niewykluczone, że tak, bo szczepionkę przeciwko temu wirusowi opracowali niemieccy, holenderscy i hiszpańscy specjaliści. Jak podaje „Science”, skutecznie hamuje ona przenoszenie zakażenia między wielbłędami i teraz pozostaje dokładniej sprawdzić jej skuteczność wśród ludzi. Pierwsze testy są obiecujące. Odkryty kilka lat temu MERS zaatakował ponad 1,6 tys. osób w 26 krajach na świecie – co trzecia osoba zmarła.

USA: astma sprzyja półpaścowi



Czy istnieje związek między występowaniem astmy u osób dorosłych a wzrostem ryzyka zachorowania na półpaśca? Tak twierdzą autorzy amerykańskiego badania opisanego na łamach „Journal of Allergy and Clinical Immunology”. Pomimo nie do końca poznanego mechanizmu tego procesu warto rozważenia wydaje się szczepienie przeciwko półpaścowi osób mających więcej niż 50 lat, zmagających się z astmą lub atopowym zapaleniem skóry.

Ebola może powrócić

Koniec epidemii gorączki krwotocznej wywoływanej przez wirus Ebola w Liberii – ogłosiła Światowa Organizacja Zdrowia. Jest to jednocześnie zwycięstwo Afryki Zachodniej nad najcięższą epidemią tego wirusa od chwili jego wykrycia 40 lat temu. – W przyszłości możemy spodziewać się nowych wybuchów Eboli – przestrzega sekretarz generalny ONZ Ban Ki Mun. Oświadczenie WHO zbiegło się w czasie z informacją, że rosyjscy naukowcy opracowali szczepionkę przeciwko wirusowi Ebola skuteczniejszą niż te znane do tej pory. Testy leku trwają. Co ciekawe, mimo napiętych relacji między Moskwą a wieloma krajami UE, lek opracowano na Zachodzie... ■



Najnowsze doniesienia
ze świata nauki
i medycyny na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



* Opracowano na podstawie: PTO,
Medycyna Praktyczna, Serwis PAP
Nauka w Polsce, TVP Info, WHO

Kliniczny obraz bólu

Z dr. n. med. **Pawłem Siekierskim**, kierownikiem zespołu położniczo-ginekologicznego oraz inicjatorem utworzenia Poradni Leczenia Endometriozy w Szpitalu św. Zofii w Warszawie, rozmawia **Marta Jakubiak**.



Od jak dawna leczy pan endometrię?

Od około 15 lat. Miałem to szczęście, że nasz szpital nawiązał współpracę z lekarzami z Francji, co umożliwiło nam wymianę wiedzy z dobrymi chirurgami laparoskopistami. Odbylem nieco później tygodniowy kurs operacyjnego leczenia endometriozy w Strasburgu. Uczestniczyli w nim ginekolodzy, chirurdzy i urolodzy. Byłem zaskoczony, bo w Polsce nie praktykuje się, by ginekolog szedł na kurs urologiczny, a urolog na ginekologiczny, a szkoda, bo w zdobywaniu wiedzy o leczeniu endometriozy tak powinno być. Skutek jest taki, że obecnie, nawet jeśli w szpitalu wielospecjalistycznym są wszyscy trzej specjaliści, nie ma gwarancji, że będą w stanie leczyć endometrię, gdyż zazwyczaj nie mają wiedzy o tej chorobie.

Na pytanie, ile jest w Polsce ośrodków leczenia endometriozy, NFZ odpowiedział, że pacjentki z tym schorzeniem powinny uzyskać pomoc medyczną u każdego ginekologa pracującego w ramach kontraktu w zakresie świadczeń – położnictwo i ginekologia (ok. 2600 świadczeniodawców), a dodatkowo endometrią zajmują się poradnie endokrynologiczno-ginekologiczne kontraktowane w ramach zakresu świadczeń – endokrynologia. Czy w praktyce tak jest?

To obraz widziany oczami urzędników NFZ i zapewne także Ministerstwa Zdrowia oraz przez nadzór krajowy i wojewódzki. Tymczasem rzeczywistość jest taka, że z leczeniem endometriozy jest jeszcze gorzej niż z leczeniem nowotworów narządu rodowego, bo wiedza na temat tej choroby jest niedostateczna. I wcale nie jest to wina lekarzy, ich ignorancji i lenistwa. Na studiach temat jest traktowany marginalnie, a większość oddziałów ginekologicznych nie ma przygotowania merytorycznego, żeby zająć się endometrią.

Dlaczego?

Prawdopodobnie z powodu nieprawidłowego procesu kształcenia zarówno przeddyplomowego, jaki i podyplomowego. Mamy do czynienia z nową odśloną chorobą, a dodatkowo w ostatnich latach nastąpił „wysyp” nowych przypadków zachorowań.

Coraz więcej kobiet choruje czy coraz lepsza jest diagnostyka?

Trzydzieści kilka lat temu w dużym szpitalu, w którym pracowałem, operowało się kilka przypadków endometriozy rocznie. Teraz operujemy kilkanaście w miesiącu, każdego roku mamy około stu pacjentek z ciężką endometrią, czyli taką, która wymaga leczenia nie tylko w obrębie narządu rodowego, ale także przewodu pokarmowego i układu moczowego. Na operację czeka się rok. I tu zaczyna się kolejna odśłona problemu.

Czyli...?

Endometrioza ma wiele postaci. Mamy postać jajnikową, otrzewnową, głęboko naciekającą i adenomiozę. Ponad 30 lat temu leczono tylko endometrię jajnikową, bo endometriozy otrzewnowej i głęboko naciekającej nie zauważano.

Dopiero wprowadzenie precyzyjnej laparoskopii spowodowało lepszą rozpoznawalność i precyzję wizualizacji?

Być może tak właśnie było. W tradycyjnym polu operacyjnym – laparotomii – czasami nie widać ognisk endometriozy. Są tak głęboko w miednicy, że chirurdzy uznają je za niegroźne i podejmują decyzję o pozostawieniu ich, dla dobra pacjentki, zwłaszcza gdy znajdują się na styku narządu rodowego, przewodu pokarmowego i układu moczowego – nie chcą zrobić dziury w jelicie, boją się uszkodzenia moczowodu.

Czy to prawda, że kilkadziesiąt procent pacjentek wymaga powtórnego leczenia albo wielu podejść operacyjnych? Dlaczego?

Przytoczę historię z życia. Do oddziału ginekologicznego szpitala trafia pacjentka z guzem jajnika. Ginekolodzy wykonują laparoskopię, usuwają guz i stwierdzają stan frozen pelvis, czyli „zarośnięcia miednicy”. Wszystkie narządy są ze wszystkimi pozlepiane i nie wiadomo, gdzie są ich granice anatomiczne, a na dodatek istnieje duże prawdopodobieństwo, że w obrębie jelita jest aktywne ognisko endometriozy. Ginekolodzy, którzy po pierwsze nie mają formalnych uprawnień do wykonywania operacji na jelicie, a po drugie nie wiedzą, jak ją zrobić, bo skoro nie mają uprawnień, to nie trenują w tym obszarze, proszą o pomoc chirurga. Chirurg mówi, że wygląda to na zrosty, ale pacjentka nie ma żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, więc trzeba zostawić. Koniec operacji.

Wszystkie zrosty zostają, również ognisko endometriozy w obrębie przewodu pokarmowego. Taka pacjentka za kilka miesięcy albo kilka tygodni trafia na ostro do przypadkowego oddziału chirurgicznego z rozpoznaniem „niedrożność przewodu pokarmowego”. Chirurg usuwa fragment przewodu pokarmowego, z koniecznością wyłonięcia czasowej stomii i mówi, że „jego” choroba jest wyleczona, a dalej leczyć mają ginekolodzy. Ginekolodzy mówią: no tak, ale pacjentka jest „chirurgiczna”, trzeba jej zamknąć przewód pokarmowy, bez tego nie możemy leczyć. Chirurdzy odpowiadają, że zamkną przewód pokarmowy dopiero wtedy, kiedy ginekolodzy zrobią swoje. Kto zatem odpowiada za leczenie stanu frozen pelvis? Dziś nie istnieje lub istnieje marginalnie zespołowe leczenie, w którym współuczestniczą ginekolog, chirurg i urolog potrafiący zoperować endometriozę. Jeden mówi: to jest moje, drugi: to moje, a trzeci, że chorobę przecież można leczyć farmakologicznie.

A można?

Można, ale tylko do pewnego stopnia. Jeżeli wystąpi niedrożność układu pokarmowego, bo ognisko endometriozy zamknie światło jelita, niezbędna jest interwencja chirurgiczna. Jeżeli pacjentka z endometriozą ma nieme wodonercze, czyli zaciśnięcie moczowodu i stopniowe pogarszanie funkcji nerki, po kilku tygodniach może mieć nerkę do usunięcia. Jeżeli taką osobę urolog kieruje do ginekologa, a ginekolog słusznie odsyła do tego pierwszego, bo nie poradzi sobie z udrożnieniem moczowodu, pacjentka miesiącami może chodzić z cewnikiem moczowodowym. Nikt nie chce podjąć się leczenia. Znam takie przypadki.

Jaką stosuje się farmakoterapię?

Jednym z uznanych, choć nieczęsto stosowanych sposobów leczenia endometriozy jest zastosowanie analogu LH-RH, powodującego farmakologiczną menopauzę. Nie można jednak stosować go zbyt długo, ze względu na możliwość wystąpienia metabolicznych objawów niepożądanych, jak osteoporoza czy przyspieszona miażdżycza. Leczenie to można skojarzyć z niewielką porcją estrogenów, który nieco ustabilizuje metabolizm i jednocześnie nie pozwoli rozwinąć się chorobie. Analogi te stosuje się również u mężczyzn

leczących się na raka gruczołu krokowego. U nich też opisano pojedyncze przypadki wystąpienia endometriozy, co nie pierwszy raz podważyło teorię, że choroba ta powstaje na skutek menstruacyjnego „krwawienia wstecznego”.

Tak naprawdę nie znamy przyczyny powstawania endometriozy, a wybór leczenia zależy przede wszystkim od indywidualnego przebiegu każdego przypadku choroby. Czasem jedyną możliwością przywrócenia pacjentkom jakości życia jest usunięcie narządu rodowego. To dotyczy zwykle kobiet po 40. roku życia albo zbliżających się do menopauzy. Po laparoskopii dolegliwości bólowe z dużym prawdopodobieństwem już u nich nie wystąpią. Niestety, wciąż jeszcze są pacjentki, którym nie potrafimy pomóc, ale to naprawdę bardzo nieliczne przypadki.

Jak rozpoznać endometriozę i dlaczego przysparza ona tylu kłopotów diagnostycznych?

Jeżeli chodzi o endometriozę jajnikową, zwykle jest wykrywalna zarówno w badaniu klinicznym przeprowadzanym w gabinecie ginekologicznym, jak i w badaniu ultrasonograficznym, rezonansie magnetycznym czy tomografii komputerowej. Zmiany odpowiadające endometriozie jajnikowej widać. Trudniej jest w przypadku innych postaci endometriozy, gdyż nie są dobrze rozpoznawalne w żadnym badaniu obrazowym i dość trudne do rozpoznania w badaniu klinicznym. W przypadku rozsianej endometriozy otrzewnowej, gdzie miednica mniejsza jest wręcz wytapetowana drobnymi ogniskami choroby, nic nie zobaczymy w badaniu obrazowym. Także badanie palpacyjne jej nie wykryje. Zmiany, choć rozległe, są jednostkowo zbyt małe. Trzeba zwrócić uwagę przede wszystkim na badanie podmiotowe. Czasem trzeba sięgnąć po diagnostykę inwazyjną – laparoskopię.

Jak taki wywiad przeprowadzić?

Roboczo schemat, którym warto się posługiwać, zawiera kilka pytań, na które odpowiedzi udzielane są wg punktowej skali dolegliwości bólowych. Zero oznacza brak dolegliwości, a dziesięć – dolegliwości niewyobrażalne, niemal nie do zniesienia. Przy czym należy pamiętać, że będzie to subiektywna ocena każdej pacjentki.

Najpierw należy zapytać o dysmenorrhea, czyli jak pacjentka ocenia bolesność miesiączki, następnie o dyschezję – bolesne oddawanie stolca – i dysurię – mocz. Warto dowiedzieć się też, czy nie stwierdza obecności krwi w stolcu ani w moczu. Kolejne pytanie powinno dotyczyć dyspareunii, czyli bolesnego seksu. Są osoby, które unikają zbliżenia, ponieważ z powodu endometriozy odczuwają taki ból w czasie stosunku, że nie ma mowy ani o prokreacji, ani przyjemności. Seks zostaje wykluczony z życia. Wszystkie wspomniane dolegliwości trzeba łączyć z miesiączką i nie można dać się zwieść, że niektóre objawy bywają pozornie niedorzeczne. Mogą bowiem świadczyć o ciężkiej endometriozie, zwłaszcza gdy występują w okresie okolic miesiączkowym.

W tradycyjnym polu operacyjnym – laparotomii – czasami nie widać ognisk endometriozy. Są tak głęboko w miednicy, że chirurdzy uznają je za niegroźne i podejmują decyzję o pozostawieniu ich, dla dobra pacjentki, zwłaszcza gdy znajdują się na styku narządu rodowego, przewodu pokarmowego i układu moczowego – nie chcą zrobić dziury w jelicie, boją się uszkodzenia moczowodu.

7-13.03

Obchodzony będzie Tydzień Świadomości Endometriozy, w ramach którego można skorzystać z bezpłatnych konsultacji ze specjalistami w Poradni Leczenia Endometriozy w Szpitalu św. Zofii. Szczegóły na www.gazetalekarska.pl, www.szpitalzelazna.pl oraz www.pse.aid.pl.

Paraliżujący ból
powraca co jakiś
czas. Przez kilka
lat jest leczona
na zapalenie
przydatków,
dostaje antybiotyki
o coraz szerszym
spektrum działania.
Jej organizm jest
rozregulowany
przez
antybiotykoterapię,
a choroba wciąż
niezdiagnozowana.
Kobieta żyje
z lękiem przed
kolejnymi
nawrotami bólu,
bo ból otrzewnowy
jest jednym
z najgorszych, jeśli
nie największym.

Czyli...?

Krwioplucie w czasie miesiączki. Świadczy ono o ognisku endometriozy w obrębie klatki piersiowej. Rzadkie, ale spotykane. Niedowład nogi w czasie miesiączki. Pacjentka nie ma charakterystycznych dolegliwości bólowych, ale boli ją noga. Ginekolog nie widzi związku z jego specjalizacją, więc wysyła ją do ortopedy, a ten nic nie stwierdziwszy, odsyła do neurologa, który nie znajduje przyczyny bólu. Noga nadal boli, więc chora wraca do ortopedy, który zleca rezonans magnetyczny. Wynik: „w obrębie mięśnia zasłaniacza wewnętrznego znajduje się obszar o średnicy 3 cm, który prawdopodobnie odpowiada krwakiowi pourazowemu”. Z wywiadu wynika, że nie było żadnego urazu, dodatkowo krwaki w tym miejscu powstają np. przy wieloodłamowym złamaniu miednicy, np. na skutek urazu komunikacyjnego. Skąd zatem taki krwaki? To ognisko endometriozy uciskające nerw kulszowy. Wystarczyło połączyć fakt, że dolegliwości pojawiają się w czasie miesiączki.

Od momentu wystąpienia pierwszego objawu do momentu postawienia diagnozy mija kilka, a czasem nawet kilkanaście lat. Dlaczego?

18-letnia dziewczyna w czasie każdej miesiączki mdleje, przyjmuje duże ilości leków przeciwbólowych. W gabinecie ginekologicznym słyszy: nie martw się dziewczyno, kobiety tak mają, jak urodzisz dziecko, będziesz miała spokój. Z ostrym bólem podbrzusza trafia do oddziału ginekologicznego albo do ginekologa w trybie ambulatoryjnym. Ma cechy jakiejś ostrej choroby, ból uniemożliwia badanie, jest tak silny, że pacjentka ucieka z fotela. Ma nieco podwyższoną temperaturę ciała i w badaniach laboratoryjnych nieznacznie przesunięte parametry, które mogą sugerować stan zapalny narządu rodniczego. Roboczo rozpoznaje: „zapalenie przydatków”. Paraliżujący ból powraca co jakiś czas. Przez kilka lat jest leczona na zapalenie przydatków, dostaje antybiotyki o coraz szerszym spektrum działania. Jej organizm jest rozregulowany przez antybiotykoterapię, a choroba wciąż niezdiagnozowana. Kobieta żyje z lękiem przed kolejnymi nawrotami bólu, bo ból otrzewnowy jest jednym z najgorszych, jeśli nie największym. Traci ogromnie dużo czasu.

Ilu jest w Polsce lekarzy potrafiących diagnozować i leczyć endometriozę?

Patrząc na pacjentki, które do nas trafiają, można przypuszczać, że niewielu. I nie jest to tylko bolączka polska. Niedawno leczylismy dziewczynę, która mieszka w Hiszpanii. Powiedziano jej, że niestety ona tak ma, że boli i już.

Dodatkowym czynnikiem zniechęcającym do podejmowania leczenia tej choroby jest finansowanie. Procedura wyceniona jest przez NFZ na 2444 zł, podczas gdy operacja, w czasie której leczy się głęboką endometriozę, może trwać nawet do ośmiu godzin. Nasz dyrektor na szczęście patrzy na to jak

lekarz i kieruje się przede wszystkim dobrem pacjenta. Deficyt spowodowany leczeniem endometriozy staramy się częściowo pokrywać ze środków pozyskiwanych dzięki wykonywaniu innych procedur. Jest dla mnie niepojęte, by nie powiedzieć niemoralne i karygodne, by za operacje o stopniu skomplikowania częstokroć wyższym niż operacje onkologiczne płacić tak mało.

Czy endometriozę można skutecznie wyleczyć?

To kolejny problem. Przynajmniej kilkanaście procent osób prawidłowo leczonych ma nawrót choroby. Około 20 proc. pacjentek po operacjach w ciągu następnych kilku lat znowu trafia na stół operacyjny.

Od tego, w jaki sposób ogniska endometriozy zostały usunięte, ale też od dynamiki choroby zależy, czy one powrócą. U pacjentki z zaawansowaną endometriozą, która została zakwalifikowana do zabiegu z powodu kissing ovaries, czyli dwóch guzów jajnika, które spotykają się w linii środkowej i łączą ze sobą, wystarczy zostawić milimetrowy kawałek tkanki endometrialnej, by wzrosła w nową torbiel.

Leczenie przyczynowe endometriozy nie istnieje, a żadna z dostępnych dziś metod nie gwarantuje trwałego wyeliminowania choroby. Ale już samo złagodzenie dolegliwości bólowych jest niezwykle istotne.

Z jakim marginesem należy usuwać ogniska choroby?

Około pół centymetra zdrowych tkanek powinno wystarczyć. Nie zawsze, a nawet nieczęsto jest to technicznie możliwe.

Co jest wskazaniem do natychmiastowego podjęcia leczenia?

Na pewno objawy z układów sąsiadujących z narządem rodniczym, rozpoczynające się wodonercze albo niedrożność przewodu pokarmowego.

Jak zmienić tę sytuację?

Należałoby stworzyć centra leczenia endometriozy jako specjalistyczne jednostki. Ale to pieśń przyszłości, wydaje się bardzo odległa. W swojej praktyce lekarskiej na pewno nie należy lekceważyć wywiadu i nigdy bólu. Ból ostrzega przed poważną chorobą. Jeśli nie wiadomo, jaka jest jego przyczyna, warto przeprowadzić diagnostykę inwazyjną.

Endometrioza jest szczególną chorobą, w przypadku której pacjentka musi zostać bardzo dobrze poinformowana o planowanym leczeniu, rozumieć je i akceptować. To ona podejmuje decyzję o sposobie leczenia, ale to my, lekarze, stajemy przed dylematem, czy przeprowadzać operację, mogąc potencjalnie okaleczyć chorą, czy zastosować leczenie zachowawcze (farmakologiczne i chirurgiczne), minimalizując ból, a także ryzyko wystąpienia powikłań ostrych, takich jak np. kałowe zapalenie otrzewnej czy przewlekłych, takich jak istotne zmniejszenie rezerwy jajnikowej. Czasem więcej znaczy mniej. ■

Radiolodzy wyjaśniają

W związku z wywiadem z p. prezesem NRL Maciejem Hamankiewiczem („Promieniowanie jonizujące – łagodzenie przepisów”), który ukazał się w listopadowym numerze „Gazety Lekarskiej”, przesyłam wyjaśnienie w imieniu Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Zuwagą zapoznałem się z rozmową z p. prezesem Hamankiewiczem na temat promieniowania jonizującego. W związku z tym tekstem na moją prośbę wiceprezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego (PLTR), prof. Andrzej Urbanik, spotkał się z panem prezesem oraz przedstawicielami Komisji Stomatologicznej NRL w celu wyjaśnienia sytuacji. Dzięki dobrej woli obu stron udało się wyjaśnić istotę sprawy. Tym niemniej, w celu uzyskania przez czytelników pełnej informacji, chciałbym sprostować parę faktów, które znalazły się w wywiadzie, a które nie są w pełni ścisłe.

Po pierwsze, zaszło pewne nieporozumienie, bowiem wyrażenie stanowiska przez PLTR było spowodowane zwróceniem się do nas w tej sprawie przez Ministerstwo Zdrowia w ramach konsultacji społecznych; do Ministerstwa Zdrowia przekazano więc stanowisko PLTR na wyraźną prośbę tego urzędu, której, jak uważaliśmy, nie powinniśmy byli odmówić.

Po drugie, nasze stanowisko (sformułowane przez Komisję ds. Inżynierii Klinicznej PLTR), że stomatologiczna aparatura radiologiczna musi być objęta systemem kontroli (testy specjalistyczne, audyty kliniczne), wynika z przepisów Unii Europejskiej i ustawy „Prawo Atomowe” i dotyczy wszystkich placówek używających aparatury radiologicznej, nie tylko stomatologicznej.

Po trzecie, nasze stanowisko wynikało wyłącznie z troski o bezpieczeństwo pacjenta oraz pośrednio lekarzy stomatologów, gdyż testy i audyty dają pew-

ność dobrej jakości aparatury i wykonywanych na niej procedur medycznych; braliśmy też pod uwagę, że stomatologicznych aparatów RTG jest w Polsce więcej niż pozostałych, stąd generują znacznie więcej badań z zastosowaniem promieniowania jonizującego, które jest potencjalnie szkodliwe.

Po czwarte, rozumiemy postulaty stomatologów o ograniczanie kosztów, stąd nie zgłaszamy żadnych zastrzeżeń do częstotliwości testów specjalistycznych co dwa lata (pozostała aparatura radiologiczna podlega takim testom co roku), jak zadecydowało Ministerstwo Zdrowia – takie rozwiązanie powoduje wydatek rzędu 500 zł co dwa lata dla gabinetu stomatologicznego wyposażonego w stomatologiczny aparat RTG.

Po piąte, jak już wspomniałem, przedstawiciele Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej oraz PLTR spotkali się 28 listopada 2015 r., bez pośrednictwa Ministerstwa Zdrowia, omówili sytuację, a także postanowili powołać komisję, która przygotuje dalsze wspólne działania (ustalenia na temat audytów, procedur wzorcowych oraz szkoleń).

Po szóste, w najmniejszym stopniu nie było naszą intencją występowanie przeciwko kolegom dentystom czy „podważanie do nich zaufania”. Mamy nadzieję, że kole-dzy w świetle powyższych faktów zweryfikują tę przykrą i w naszym odczuciu niesprawiedliwą dla nas opinię.

Z wyrazami szacunku i koleżeńskimi pozdrowieniami. ■

**Marek
J. Sasiadek**

Prof. dr hab.,
prezes Polskiego
Lekarskiego
Towarzystwa
Radiologicznego

**Z głębokim żalem i smutkiem informujemy
o śmierci naszego Kolegi, Wspaniałego Człowieka i Serdecznego Przyjaciela**

śp. Wojciecha Rawskiego

**Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego
Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej III i IV kadencji,
Wiceprzewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego
Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej V kadencji,
Delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej od II do V kadencji,
Wieloletniego Ordynatora Oddziału Urologii w Szpitalu w Suchej Beskidzkiej.**

**Klaudiusz Komor
Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej**

Nie dbamy o płuca

**Mariusz
Tomczak**

Późna diagnostyka, związana m.in. z długim oczekiwaniem na wizytę u specjalisty (głównie pulmonologa i alergologa), stanowi bodaj największą przeszkodę w skutecznej walce z chorobami płuc. W ich wykrywaniu i leczeniu kluczowa jest współpraca nie tylko pacjentów z lekarzami, ale również lekarzy POZ ze specjalistami.

Ważna rola w wykrywaniu i leczeniu chorób układu oddechowego spoczywa na lekarzach rodzinnych, ale bez pomocy specjalistów i zmian systemowych z płucami Polaków będzie coraz gorzej.

Co jest głównym problemem zdrowotnym w naszym kraju? Z dokumentów rządowych wynika, że obciążenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi wywołanymi przez niezdrowy styl życia, takimi jak choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca i choroby układu oddechowego (ChUO). Bez względu na płeć, rak płuca stanowi najczęstszą przyczynę zgonów wśród nowotworów złośliwych w Polsce. Jednak jeśli z chorób nowotworowych wydzielić te występujące w układzie oddechowym i połączyć je z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), schorzenia układu oddechowego wysuwają się na drugie lub trzecie miejsce wśród przyczyn przedwczesnych zgonów¹. Szacuje się, że rocznie prawie 40 tys. Polaków umiera z powodu ciężkich chorób płuc: raka płuca, POChP, astmy i samoistnego włóknienia płuc (SWP). – Choroby układu oddechowego (ICD10 J00-J99)² są piątą co do częstości przyczyną zgonów ludności Polski. W 2013 r. zmarło z ich powodu 22 947 osób (59,6 na każde 100 tys. ludności), a więc były one odpowiedzialne za 5,9 proc. ogółu zgonów Polaków (6,5 proc. zgonów mężczyzn i 5,3 proc. zgonów kobiet). ChUO bardziej zagrażają życiu mężczyznom niż kobietom i w 2013 r. standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 2,4 raza wyższy od współczynnika zgonów kobiet – mówi Bogdan Wojtyniak, zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH. Do województw wyróżniających się stosunkowo wysokim poziomem umieralności z powodu ChUO należą: mazowieckie (umieralność wyższa od przeciętnej dla Polski o 31 proc.), pomorskie (+28 proc.), warmińsko-mazurskie (+23 proc.) oraz łódzkie (+21 proc.)³.

Dlaczego z astmą i alergią nie ma żartów?

Zważywszy na postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa, sytuacja przedstawia się bardziej dramatycznie, bowiem ryzyko zachorowania na niektóre z chorób płuc rośnie wraz z wiekiem. Prognozy nie pozostawiają złudzeń: wzrastać będzie śmiertelność z powodu POChP i SWP oraz koszty społeczne wynikające z ChUO (przykładowo: ok. 40 proc. pacjentów z POChP jest zmuszonych do wcześniejszej rezygnacji z pracy właśnie z powodu choroby⁴). Nic dziwnego, że osoby zmagające się z przewlekłymi chorobami układu

oddechowego częściej przebywają na zwolnieniach lekarskich oraz rentach. – Wydatki z tym związane są nawet 2-3 razy większe od środków przeznaczanych na leczenie i hospitalizację pacjentów z tymi schorzeniami – tłumaczy dr Jerzy Gryglewicz z Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób płuc znacznie zmniejszyłoby koszty opieki medycznej. – Na osoby po 65. roku życia przypada ponad 60 proc. przeznaczanych na nią środków – podkreśla prof. Bolesław Samoliński, przewodniczący Rady Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Myli się jednak ten, kto sądzi, że przewlekłe choroby układu oddechowego dotyczą wyłącznie seniorów. Na alergię górnych dróg oddechowych cierpi co czwarty Polak, ale dotyczy ona także dzieci i ludzi młodych. Jak wynika z najnowszych badań, lekarzy ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, aż połowa krakowskich uczniów cierpi na alergię⁵. – Astma 2,5-krotnie podnosi ryzyko zawału serca i aż o 12 razy zwiększa zagrożenie POChP. W efekcie osoby, które już w dzieciństwie chorowały na choroby układu oddechowego, bardziej narażone są na przedwczesny zgon – wyjaśnia prof. Samoliński. Warto pamiętać, że alergiczny nieżyt nosa 8-krotnie zwiększa ryzyko astmy, a przewlekłe choroby układu oddechowego występujące w dzieciństwie istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia POChP w przyszłości.

Dwa miliony chorych, dwa tysiące lekarzy

Późna diagnostyka, związana m.in. z długim oczekiwaniem na wizytę u specjalisty (głównie pulmonologa i alergologa), stanowi bodaj największą przeszkodę w skutecznej walce z chorobami płuc. W ich wykrywaniu i leczeniu kluczowa jest współpraca nie tylko pacjentów z lekarzami, ale również lekarzy POZ ze specjalistami. – Jeśli przyjmimy, że na POChP chorują około dwa miliony osób, to nie wydaje się możliwe, aby zaopiekowało się nimi około dwa tysiące specjalistów chorób płuc – mówi prof. Paweł Śliwiński, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. W jego ocenie lekarze rodzinni muszą aktywniej włączyć się w proces wstępnego diagnozowania i leczenia chorych na POChP w ścisłej współpracy ze specjalistami. – Myśląc poważnie o profilaktyce, rozpoznawaniu

i leczeniu chorób układu oddechowego, podstawowe pytanie kierowane do każdej osoby wchodzącej do gabinetu lekarza POZ powinno brzmieć: „Czy pani/pan pali papierosy?”. Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to trzeba wytłumaczyć, dlaczego palenie jest szkodliwe i na jakie narządy wpływa negatywnie. Kiedy lekarz rodzinny ma jakieś poszlaki co do możliwości istnienia chorób układu oddechowego, naturalnym odruchem powinno być wykonanie badania obrazowego klatki piersiowej i badania spirometrycznego – dodaje prof. Śliwiński. Od niedawna lekarze rodzinni mają prawo do samodzielnego wykonywania badań spirometrycznych, które umożliwiają rozpoznanie m.in. zwężenia oskrzeli – kluczową cechę chorób obturacyjnych.

Choroby płuc są lekceważone przez dużą część Polaków, a przecież bez wzrostu świadomości społecznej problem będzie narastał. Z badań przeprowadzonych w 2013 r. wynika, że o POChP słyszało, choćby bardzo powierzchownie, 14 proc. społeczeństwa (tj. ponad dwukrotnie więcej niż w 2004 r.). Statystycznie tylko trzech na stu Polaków słyszało o określeniu POChP i wie, co ono oznacza, a co druga osoba spośród deklarujących znajomość tego skrótu potrafi poprawnie odczytać pełną nazwę choroby. Aż połowa nie ma żadnych skojarzeń dotyczących jej potencjalnych przyczyn bądź ma skojarzenia błędne⁶.

Zróznicowane plany resortu zdrowia

Jakie działania podejmuje lub zamierza podjąć Ministerstwo Zdrowia, aby zmniejszyć liczbę pacjentów z chorobami płuc? Będzie wspierać przedsięwzięcia profilaktyczne i inwestycyjne dotyczące chorób, które są najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej (w tym ChUO). Jest to możliwe na poziomie krajowym (Program Wiedza Edukacja Rozwój, Program Infrastruktura i Środowisko) i regionalnym (Regionalne Programy Operacyjne), co wynika z dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. POChP jest jedną z 15 jednostek chorobowych, dla których zaplanowano opracowanie ogólnokrajowego programu polityki zdrowotnej, a następnie wdrożenie go w procedurze konkursowej (również ze środków UE). Natomiast dzięki środkom

z funduszy norweskich oraz budżetu państwa wdrażane są m.in. powiatowe pilotażowe programy profilaktyki i promocji zdrowia. Trzy spośród nich dotyczą profilaktyki ChUO, a poza tym realizowanych jest 7 projektów w zakresie profilaktyki nowotworowej, z których każdy dotyczy m.in. raka układu oddechowego.

W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 zaplanowano m.in. realizację „Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca” skierowanego do mieszkańców w wieku 50-70 lat z regionów, w których występuje najniższa wykrywalność nowotworu płuca w stosunku do nowych zachorowań (finansowane będą koszty wykonywania badań płuc przy użyciu tomografu komputerowego)⁷. Interującym rozwiązaniem jest Krajowy Program Zmniejszania Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc Poprzez Tworzenie Sal Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej na lata 2016-2018⁸. Główny cel stanowi organizowanie takich pomieszczeń w oddziałach chorób płuc, a nieodłączną częścią ma być wprowadzenie programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu. Pozwoli to na poprawę jakości życia i optymalizację kosztów leczenia ciężkich zaostrzeń dla pacjentów z tą chorobą⁹.

Czy pomoże mapowanie potrzeb zdrowotnych?

Kilka tygodni temu rozpoczęto prace nad opracowaniem map potrzeb zdrowotnych z zakresu chorób płuc. Zainaugurowało je spotkanie z konsultantami w dziedzinie chorób płuc oraz przedstawicielami NFZ. Obecnie trwa proces wyłaniania niezależnych ekspertów mających wejść w skład Zespołu ds. tworzenia map potrzeb zdrowotnych z zakresu chorób płuc¹⁰. – Czasu mamy bardzo mało, a zgodnie z ustawą mapy powinny być gotowe do końca pierwszego kwartału – podkreśla minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Na ile mapowanie przyczyni się do skuteczniejszej walki z ChUO, to już jednak zupełnie inny temat. ■

¹ Czytamy o tym w projekcie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, który przekazano do konsultacji publicznych w połowie listopada 2015 r. Do pobrania pod adresem: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12/279052/12324585/12324587/dokument195973.pdf>.

² Uwaga: rozdział pt. „Choroby układu oddechowego” w klasyfikacji ICD nie obejmuje gruźlicy płuc, jak też nowotworów układu oddechowego.

³ Osoby zainteresowane dokładniejszymi danymi odsyłam do raportu „Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania” przygotowanego pod redakcją Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego i Bożeny Moskaiewicz (NIZP-PZH, Warszawa 2012). Do pobrania pod adresem: <http://www.pzh.gov.pl/download/3239>.

⁴ Monica J. Fletcher i in., „COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on a working age population”, BMC Public Health” 2011, 11:612.

⁵ Trzyletnie badania oparto m.in. na ankietach wypełnionych przez 21 tys. dzieci i młodzieży szkolnej – szerzej pisaliśmy o tym w naszym portalu: <http://www.gazetalekarska.pl/?p=20516>.

⁶ Zob. raport z badań opinii publicznej Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i TNS Polska „Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc w świadomości społeczeństwa polskiego” (Warszawa 2015).

⁷ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (M.P. z 2015 r. poz. 1165).

⁸ 16 grudnia 2015 r. uzyskał on pozytywną opinię prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

⁹ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na zapytanie prasowe.

¹⁰ W tym miejscu warto przypomnieć, że obowiązkiem tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych dla planowania inwestycji w ochronie zdrowia wynika z ustawy z 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 r. poz. 619).



ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
e-mail: fundacja@hipokrates.org
www.flil.nil.org.pl

Przekaż 1%

Pomóż nam pomagać innym!

Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2015.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693

Przekaż 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom



**Maciej
Bazała**

Chirurg
ortopeda



**Leon Wojciech Jan Bazała (1904-1983), dr medycyny,
oficer WP, ppłk AK – cichociemny, więzień sowieckich łagrów.**



Cichociemny „Strwiąż”

W grudniu Sejm RP przyjął uchwałę o ustanowieniu cichociemnych – żołnierzy polskich szkolonych w Wielkiej Brytanii do zadań specjalnych – patronami roku 2016. W lutym mija 75 lat od pierwszego spadochronowego zrzutu tych żołnierzy na teren okupowanej Polski.

Losy ich są
bardzo barwne,
wręcz filmowe,
nieraz całkiem
nieprawdopodobne,
a jednak prawdziwe.
Bez przesady
można powiedzieć,
że był to swoisty
i niepowtarzalny
rodzaj bohaterów
minionej wojny.

Z tej okazji warto przypomnieć, że w szeregach cichociemnych było dwóch lekarzy i jeden student medycyny. To por. Alfred Paczkowski („Wania”, lot „Jacket” 27/28 grudnia 1941 r., skok ze spadochronem 22 km na północ od Łowicza) i mjr Leon W.J. Bazała („Strwiąż”, lot „Weller 3” 12/13 kwietnia 1944 r., skok 14 km na południowy wschód od Mińska Mazowieckiego). Student był por. służby zdrowia, a nazywał się Marian Golarz vel Teleszyński („Góral 2”, lot „Weller 29”, skok 21/22 maja 1944 r.).

Losy por. Alfreda Paczkowskiego zostały opisane przez niego samego w dobrej i bardzo interesującej książce „Ankieta cichociemnego”, zaś losy mojego dziadka Leona stały się tematem licznych opracowań naukowych, wśród których wyróżnia się publikacja w „Przeglądzie Lekarskim” z roku 1987, tom 44, nr 1, autorstwa Stanisława Kłodzińskiego, lekarza, dokumentalisty, więźnia niemieckich obozów koncentracyjnych w Oświęcimiu i Mauthausen-Gusen, świadka w procesach hitlerowskich oprawców wojennych.

Kim byli ci wybrańcy i ryzykanci

Nazwa formacji cichociemnych wzięła się stąd, że jej członkowie tajemniczo – w sposób „cichy”, „ciemny”... – znikali z Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Żołnierzy tych, ochotników, szkolono do celów specjalnych i przetrzymywano drogą lotniczą z Wielkiej Brytanii do kraju, gdzie swą trudną rolę pełnili w Armii Krajowej, będąc na wielu polach jakby siłą napędową

szkolenia, walki, dywersji itd. Formacja ta w latach 1941-1944 liczyła łącznie 344 skoczaków, w tym 28 kurierów; w walce z Niemcami zginęło spośród nich aż 82. Zrzucano oficerów sztabowych, dowódców oddziałów partyzanckich i grup dywersyjno-bojowych. Byli to ludzie o wystraszonych dyspozycjach do wykonywania najtrudniejszych zadań, przeszkoleni w najbardziej wymagających warunkach, zdecydowani na wszelkie niebezpieczeństwo, często drogą oddający swe życie. Losy ich są bardzo barwne, wręcz filmowe, nieraz całkiem nieprawdopodobne, a jednak prawdziwe. Bez przesady można powiedzieć, że był to swoisty i niepowtarzalny rodzaj bohaterów minionej wojny. Zapisali oni piękną kartę w historii Polski.

Historia mojego Dziadka

Leon Wojciech Jan Bazała urodził się w Chyrowie (obecnie Ukraina) nad rzeką Strwiąż (stąd późniejszy pseudonim konspiracyjny) 14 kwietnia 1904 r., jako syn Jana, miejscowego burmistrza i Julii z domu Banach. Jego ojciec zmarł, zanim zdał egzamin do I klasy elitarnego gimnazjum oo. Jezuitów w 1914 r. Od tej pory był wychowywany przez swojego brata Władysława, oficera Legionów J. Piłsudskiego, prawnika. Jako uczeń V klasy brał ochotniczo udział w walkach przeciwko Ukraińcom (1918) i w wojnie polsko-bolszewickiej (1919-1920), podczas której pełnił służbę wywiadowczą w Komendzie Lwowskich Oddziałów Armii Ochot-

niczej. To ważny fragment jego życiorysu, bo właśnie ten charakter działań zaważył w czasie II wojny światowej na przyjęciu go w szeregi cichociemnych.

W 1923 r. otrzymał świadectwo dojrzałości i w sierpniu zdał egzamin wstępny do Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Warszawie. Jako wojskowy odbywał studia lekarskie na uniwersytecie w Warszawie. Ukończywszy je w 1929 r. z dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, do roku 1930 odbywał staże kliniczne – w Warszawie oraz w sanatorium wojskowym w Ciechocinku. W 1930 r. został awansowany do stopnia porucznika i przeniesiony do Stryja jako lekarz 53. Pułku Piechoty i 1. Pułku Artylerii Motorowej. Pracował też w Stryju w szpitalu powszechnym. W roku 1934 dostał nominację na kapitana. W ówczesnym okresie swego życia odbywał praktykę w słynnym wówczas uzdrowisku – Morszynie-Zdroju.

Ze Stryja dr Bazala przeszedł jako słuchacz 1 listopada 1935 r. do Wyższej Szkoły Wojennej, a ukończywszy ją, pozostał w niej jako wykładowca (od 1 listopada 1937 r. do 31 sierpnia 1939 r.). Jednocześnie pracował w Okręgowym Szpitalu Wojskowym w Warszawie, a także odbył czteromiesięczne szkolenie z zakresu balneologii w sanatorium wojskowym w Ciechocinku.

Z Armią Polską na Zachodzie i w ojczyźnie

Podczas wojny obronnej Polski od 1 września 1939 r. był oficerem referentem szefostwa sanitarnego Armii „Małopolska”. Uchodząc przed niewolą, 19 września został internowany na Węgrzech, skąd przedostał się przez Włochy pociągiem do Francji. Nie wiedział wówczas, że jego pierwsza żona, Stanisława, nauczycielka z zawodu, wraz z ich córką Janiną i synem Witoldem podczas tułaczki dotarła z Warszawy do Chyrowa, do swej matki Marii Jankowskiej. Po inwazji Niemców na ZSRR Stanisława zginęła od bomby, a syn Witold został zasypany pod gruzami. Janina określa owe lata jako „gehennę bez domu”, tułaczkę pod groźbą prześladowań ze strony nacjonalistów ukraińskich. Od 1944 r. babcia Jankowska, ciotka (z zawodu nauczycielka), jak również Janina i Witold chronili się w Piwnicznej i w Nowym Sączu u wujka, który przybył tu ze Lwowa. Już jako cichociemny dr Bazala nawiązał z nimi kontakt, a z dziećmi spotkał się dopiero w roku 1947, po powrocie z ZSRR.

Przedostawszy się z Węgier do Francji, 13 stycznia 1940 r. wstąpił do Wojska Polskiego. Był tam wykładowcą w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Combourg, następnie od 12 kwietnia do 23 czerwca 1940 r., czyli do upadku Francji, dowodził grupą sanitarną w 4. Dywizji Piechoty. Po przedostaniu się do Anglii był do 3 września 1940 r. szefem sanitarnym 1. Brygady Strzelców, a do 12 kwietnia 1943 r. dowódcą 1. Kompanii Sanitarnej tejże brygady.

12 kwietnia 1943 r. przeniesiono go do dyspozycji oddziału personalnego Sztabu Głównego Polskich Sił Zbrojnych z przydziałem służbowym do 6. Oddziału Specjalnego tegoż sztabu. Wówczas odbył w Audley End przeszkolenie do służby w AK. 1 stycznia 1944 r. awansował do stopnia majora. Był to jego przedostatni awans (ostatni stopień: podpułkownik, już później, w kraju).

Nocą z 12 na 13 kwietnia 1944 r. wylądował w okolicach Mińska Mazowieckiego, by podjąć działalność wojskową, tym razem konspiracyjną. Lot ten do Polski nosił kryptonim „Weller 3”. Czterej skoczki przywieźli m.in. zasobniki z bronią oraz 456 tys. dolarów dla władz podziemnych.

„Strwiąż” w maju został skierowany do Lwowa, gdzie zameldował się komendantowi obszaru nr 3, płk. Władysławowi Filipkowskiemu („Cis”, „Janka”) i objął po dr. Antonim Sabatowskim szefostwo sanitarne okręgu Lwów, wchodzącego w skład obszaru nr 3 ZWZ-AK. W czasie walk o Lwów (22-27 lipca 1944 r.) wziął bezpośredni udział w walce zbrojnej, przeciwko oddziałom SS-Galizien.

31 lipca 1944 r. został aresztowany przez NKWD, w czasie odprawy w sztabie AK przy ulicy Kochanowskiego 27. Potem został osadzony w łagrze w Charkowie, skąd 28 grudnia 1945 r. wywieziono go do Diagilewa koło Riazania. Następnie był więziony w Ostaszkowie lub Pabiednej pod Archangielskiem.

Z zesłania do ojczyzny powrócił skrajnie wyczerpany 27 grudnia 1947 r. Po kilkumiesięcznym leczeniu w roku 1948 został lekarzem naczelnym w Uzdrowisku Czerniawa-Zdrój, a w 1949 r. w sanatorium w Szczawnie-Zdroju. W 1949 r. ożenił się po raz drugi z Marią Lucyną z Michałowskich. Jednak po latach przypomniano sobie jego pobyt na „imperialistycznym Zachodzie” i zaczęto knuć „afery londyńskiego szpiega”. Z powodu szykanowania przez UB 1 listopada 1955 r. przeniósł się do Aleksandrowa Kujawskiego, gdzie został ordynatorem w Sanatorium Kolejowym. Był też lekarzem w ambulatorium milicyjnym. Tam przez 25 lat pracował społecznie jako lekarz ZBoWiD. Miał I stopień specjalizacji z medycyny wewnętrznej, a II stopień z balneologii i reumatologii. Nawet sędziwy wiek nie zdołał odciąć go od pracy w umiłowanym zawodzie. Zmarł 12 marca 1983 r. Jest honorowym obywatelem miasta Aleksandrowa Kujawskiego.

Hipokratesowy ród

Dr Leon Bazala został też protoplastą nowego rodu hipokratesowego. Córka Janina z pierwszego małżeństwa została dermatologiem, jej mąż Artur Warakomski był stomatologiem, a ich dwóch synów również zostało lekarzami: Tomasz – psychiatrą, a Piotr – neurologiem. Ponadto syn Julian z drugiego małżeństwa to chirurg szczękowy, żonaty z Grażyną z Krzywdzińskich – magistrem rehabilitacji oraz drugi syn Piotr – to pediatra neonatolog w Aleksandrowie Kujawskim, którego żona Anna z Niemiałtowskich jest lekarzem medycyny pracy. Wnuki ze strony Juliana i Grażyny to: Magdalena – mgr chemii i Maciej – lekarz ortopeda. Ze strony Piotra i Anny: Katarzyna – lekarz i Michał – mgr biologii.

Dziadek Leon został odznaczony Krzyżem Virtuti Militari V klasy, Krzyżem Walecznych (dwukrotnie), Krzyżem Kawalerskim „Polonia Restituta”, Złotym Krzyżem Zasługi z mieczami, zwykłym oraz bojowym Znakiem Spadochronowym, Krzyżem Partyzanckim oraz wieloma innymi. ■

Nocą z 12 na 13 kwietnia 1944 r. wylądował w okolicach Mińska Mazowieckiego, by podjąć działalność wojskową, tym razem konspiracyjną. Lot ten do Polski nosił kryptonim „Weller 3”.

Na podstawie:
„Dr. Leon Wojciech Jan Bazala”,
Kłodziński S., „Przegląd Lekarski”
1987; 44(1):187-91
oraz rodzinnych relacji.



**Maria
Domagała**

IT dla pacjenta i systemu

Technologie informacyjne obecne są coraz szerzej także w systemie ochrony zdrowia. Dzięki nim pacjenci mają szybszy i łatwiejszy dostęp do świadczeń i informacji, a władze mogą prowadzić politykę zdrowotną zgodną z potrzebami, lepiej wykorzystywać środki i je rozliczać, skuteczniej zarządzać strukturami i koordynować ich działanie.

Szpitalne we Francji zaczęto informatyzować w 2004 r., rozwijano też system elektronicznego billingu usług ambulatoryjnych. Informacje medyczne z przychodni i oddziałów szpitalnych scalono w elektronicznych bazach danych pacjentów. Włączenie się do bazy pacjenta promowano zachętami finansowymi.

Do najbardziej zaawansowanych w wykorzystywaniu IT należy niewątpliwie Wielka Brytania. W 1996 r. było tam skomputeryzowanych już 96 proc. praktyk GP, ale nie były kompatybilne. Budowę krajowego systemu elektronicznej informacji o zdrowiu, obejmującej GP, szpitale i usługi środowiskowe z dostępem online dla obywateli, rozpoczęto w 1998 r. (National Programme for Information Technology i krajowa agencja Connecting for Health). Dziś we wszystkich ogniwach NHS działają: rejestr świadczeń zdrowotnych (CRS) – medyczne dane pacjentów dostępne w każdym punkcie NHS; ogólnokrajowa baza podstawowych informacji o zdrowiu spine – indywidualne dane demograficzne i sumaryczna informacja kliniczna dla profesjonalistów; system rejestracji pacjenta (choose and book) – umożliwia elektroniczny obieg skierowań i umawianie wizyt; elektroniczna recepta (EPS) – pozwala na przesyłanie recept do aptek i płatników; krajowa sieć 3N (New National Network) – łączy przez internet wszystkie organizacje NHS, w tym pracowników środowiskowych; zarządzanie dokumentacją medyczną (PACS) – udostępnia ją uprawnionym punktom NHS; system wsparcia rozliczeń z GP – oblicza zarobki, zbiera i analizuje krajowe dane epidemiologiczne, pozwala lekarzom analizować własne dane o usługach, oceniać jakość opieki, przekazywać dane medyczne innym uprawnionym (ciągłość opieki). Na stronach WWW dla ludności (np. NHS Direct Online – 42 mln wejść rocznie) są informacje o lokalnych usługach, szpitalach; portale library.nhs.uk, evidence.nhs.uk udostępniają dane kliniczne lekarzom; na healthspace.nhs.uk pacjent może zdeponować informacje medyczne dla swojego lekarza.

Niemcy od 1995 r. mają elektroniczną kartę zdrowia (eGK, ważna w całej UE); są na niej dane personalne, numer ubezpieczenia oraz dane medyczne stałe: alergie, nietolerancja leków, oświadczenia pacjenta (np. co do wykorzystania organów), za jego zgodą także informacje o zażywanych lekach, szczepieniach itp. Bezpieczeństwu danych służy wymóg le-

gitymowania się dokumentem ze zdjęciem. Informacje medyczne dostępne są dla lekarzy (poprzez elektroniczny identyfikator) tylko za zgodą pacjenta. Przez internet odbywają się konsultacje ze świadczeniodawcami, laboratoriami, weryfikacja diagnoz.

Szpitalne we Francji zaczęto informatyzować w 2004 r., rozwijano też system elektronicznego billingu usług ambulatoryjnych. Informacje medyczne z przychodni i oddziałów szpitalnych scalono w elektronicznych bazach danych pacjentów. Włączenie się do bazy pacjenta promowano zachętami finansowymi. Powstała też baza danych o konsumpcji leków. W 2010 r. większość szczegółowych systemów informacji o zdrowiu włączono do banku danych konsumenckich. Krajowy system informacyjny ubezpieczenia zdrowotnego gromadzi informacje o świadczeniach leczenia otwartego i szpitalnego (państwowego i prywatnego). Przetwarza dane konsumenckie i kliniczne, umożliwiając zarządzanie systemem refundacyjnym i rozliczanie usług szpitalnych. Pacjent ma dostęp poprzez identyfikator. Funkcjonowanie systemu koordynuje rządowa agencja systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

W Szwecji przechowywane cyfrowo dane pacjentów wykorzystuje kilka systemów IT. Bazy danych oparte na indywidualnych kodach pacjentów gromadzą informacje o leczeniu szpitalnym, opiece ambulatoryjnej i badaniach klinicznych, profesjonalści mają do nich dostęp za zgodą pacjenta. Z baz korzysta ponad 90 proc. świadczeniodawców w POZ. Około 2009 r. upowszechniły się e-recepty. Wszystkie urzędy terenowe, większość szpitali i centrów zdrowia mają strony WWW z informacjami o usługach zdrowotnych i świadczeniodawcach – także porównawcze. Rejestry pacjentów, urodzeń, onkologiczny, chorób zakaźnych, przyczyn śmiertelności dają wgląd w sytuację zdrowotną szwedzkiej populacji.

W Danii najpowszechniej wykorzystywane rejestry zawierają dane personalne i dodatkowe – o rodzinie, wykształceniu i statusie materialnym;

pozwala to na skojarzoną analizę statystyczną. Dostęp do danych wrażliwych jest ściśle regulowany. Dane administracyjne gromadzi głównie Krajowy Rejestr Centralny (informacje o usługach POZ, dentystycznych, psychologicznych, rehabilitacyjnych, refundacji świadczeń); dostępny dla pacjenta poprzez numer KRC. Z kolei krajowy rejestr pacjentów ujmuje przyjęcia do szpitala, leczenie pozaszpitalne (w ośrodkach publicznych i prywatnych). Są też rejestry chorób (onkologiczny, wad rozwojowych, sztucznych zapłodnień), statusu zdrowotnego (śmiertelność, wypadkowość) oraz ważne ze względów naukowych: baza danych demograficznych, rejestr prewencji, statystyka szpitalna – pozwalają na analizy zjawisk zdrowotnych w różnych przekrojach. Portal sundhed.dk udostępnia informacje np. o terminie wizyty, zabiegu i jakości usług w placówkach.

Mniej zaawansowani

Zwykle lepiej rozwinięte są tam rozwiązania wspierające zarządzanie systemem, gorzej jest z usprawnianiem procesu leczenia.

W Hiszpanii systemy informacyjne początkowo rozwijały się w regionach niezależnie. Wprowadzane tam w końcu lat 90. karty pacjentów nie były kompatybilne. Stworzono więc jednolity system identyfikacji pacjenta, scalając informacje z baz różnych podmiotów. Gromadzi je narodowy bank informacji zdrowotnej w 6 segmentach: klinika i POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nagła pomoc, badania laboratoryjne, badania obrazowe, opieka pielęgnarska; dostępny z dowolnego ośrodka. Rozwijają się, choć wolniej, usługi online. Wdrażany jest projekt europejski epSOS (European Patient – Smart Open Services) w ramach e-Health 2010 – umożliwia międzypaństwową współpracę podstawowej bazy klinicznej i e-recepty.

Włochy swój system informacji o zdrowiu integrujący centralę z regionami rozwijają od 2001 r. Pacjenci mają indywidualne profile elektroniczne, monitorowani są świadczeniodawcy, usługi refundowane, koszty, konsumpcja leków, inwestycje publiczne w ochronie zdrowia. Ujednolicono klasyfikację i kodowanie, metodologię oceny usług, komunikację między centralą i regionami. Pod względem dostępności usług informacyjnych dla ludności Włochy są na 3. miejscu w Europie, ale rozwój jest nierównomierny. Brak ogólnokrajowych danych o wykorzystaniu IT przez szpitale i inne placówki ochrony zdrowia. Nie wszędzie są strony WWW. Prowadzi się ogólnokrajowe skryningi, jednak nie w każdym regionie wykorzystuje się IT do komunikacji pacjentów z lekarzami; informacje o świadczeniach GP, szpitalnych nie są jednolite. Uniformizacja postępuje stopniowo.

U nowych w UE spore zaległości

Na Węgrzech gromadzenie danych o zdrowiu (już od 1987 r.) służy głównie zarządzaniu finansami. Mimo wysokiego priorytetu (jest centralna jednostka ds. rozwoju e-zdrowia) informatyzacja niedomaga, niedostateczne są jakość, wiarygodność i bezpieczeństwo danych, nieadekwatna struktura rekordów pacjentów. Nie ma krajowego systemu informacji medycznej o pacjencie. Zwiększyła się jednak transparentność i przewidywalność systemu, np. możliwe jest rozliczanie usług szpitalnych, ocena jakości. Centralna baza danych Dr.Info oferuje informacje m.in. o pracy instytucji zdrowotnych, refundacjach, cenach, uprawnieniach i inne.

Słowackie Narodowe Centrum Informacji Medycznej rozwija krajowy system elektronicznej informacji o zdrowiu obejmujący komunikację, bazy danych pacjentów, recepty. Prowadzi krajowe rejestry pacjentów i usługodawców (administracyjne) oraz rejestry medyczne, np. pacjentów onkologicznych, z cukrzycą, ChUK, POChP, chorób zakaźnych, przeszczepów. Świadczeniodawcy i ubezpieczyciele powinni gromadzić dane wg standardów Centrum, ale tak się nie dzieje. Wartość danych jest więc niska, jest dużo luk, informacje nie mogą być podstawą dla decyzji administracyjnych. Większość jednostek korzysta z IT, ale brak krajowej strategii wymiany informacji między różnymi poziomami i sektorami. Słowacja uczestniczy w projekcie unijnym e-zdrowie, który ma dostarczyć narzędzi i umożliwić bezpieczną wymianę danych.

W Polsce dane o systemie ochrony zdrowia i zdrowiu ludzi zbierają Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia CSIOZ, GIS, GUS, NIZP-PZH, instytuty. Dane o profesjonalistach i chorobach są w rejestrach wojewodów, samorządów zawodowych, uczelni. Indywidualne dane z przychodni, szpitali itp. trafiają do CSIOZ lub NIZP-PZH. System informacyjny NFZ służy głównie do rozliczania kontraktów. Systemy nie są zintegrowane.

W POZ komputery służą do zarządzania, nie pomagają lekarzom w pracy. Ani lekarz, ani pacjent nie mają dostępu do danych elektronicznych (brak kart pacjenta). W dużych klinikach i szpitalach zastosowanie informatyki jest szersze, ale nie tak jak w UE15. Elektroniczne rekordy pacjentów, e-rejestracja, e-recepta miały być gotowe do 2014 r. w ramach e-zdrowia (Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia – PIOZ, realizowany od 2009 r. ze wsparciem UE, składający się z platformy dla pacjentów i pracowników opieki zdrowotnej P1 oraz platformy dla zakładów ochrony zdrowia P2), jednak według komunikatu Ministerstwa Zdrowia z 1 grudnia ub.r., w 2016 r. nie wejdzie w życie żaden element e-zdrowia. Nowe założenia przewidują uruchamianie P1 w kilku etapach do 2020 r. ■

W POZ komputery służą do zarządzania, nie pomagają lekarzom w pracy. Ani lekarz, ani pacjent nie mają dostępu do danych elektronicznych (brak kart pacjenta). W dużych klinikach i szpitalach zastosowanie informatyki jest szersze, ale nie tak jak w UE15.

Na podstawie: Health System Review: Denmark 2012, France 2010, Germany 2014, Hungary 2011, Italy 2009, Poland 2012, Slovakia 2011, Spain 2011, Sweden 2011, United Kingdom 2011, www.rynekzdrowia.pl



**Joanna
Sokołowska**

Ta brzemienna w skutki rozmowa podniosła nie tylko moją wiedzę na temat naturalnych metod leczenia.

Dowiedziałam się wtedy czegoś o sobie i swoich pacjentach. Gdy minęły skutki wychłodzenia, zrozumiałam, że numer telefonu „swojego lekarza” jest jak baśniowe zaklęcie, które otwiera przed pacjentem sesję medycznej wiedzy.

Diabelski wynalazek

Od czasu, kiedy wśród nocnej ciszy, tak między godziną trzecią a czwartą nad ranem, odbyłam jakże pouczającą telefoniczną rozmowę na temat wyższości fizykalnego obniżania zbyt wysokiej temperatury ciała nad leczeniem farmakologicznym, wiem, że telefon to szatański wynalazek. I bał na takiego, który myśli, że lekarzem jest się od 8.00 do 15.00.

Tamtej nocy, po drugiej stronie telefonicznego kabla, znajoma, zwolenniczka ekologicznej żywności i medycyny niekonwencjonalnej, postanowiła skonfrontować swoje przemyślenia z moją evidence-based medicine. Ponieważ problem dotyczył jej gorączkującego w zgodzie z naturą dziecka, rozmowa miała dość ciekawy, dla obu stron zresztą, charakter i pewnie trwałaby jeszcze dłużej, gdyby nie przerwały jej poranne zorze. Działo się to w czasach, kiedy jeszcze wszystkie telefony były „domowe” i „stacjonarne”, co oznaczało, że miały „sluchawkę hebanową na długim, zielonym sznurze, w której się tercząc, dziwny cud poczynął”. Sprawa ta jest o tyle istotna, że sznur ten działał trochę jak psi łańcuch. Mój cud poczynął się więc w bardzo porannym chłodzie zimnego przedpokoju, gdzie nieprzewidująco umieściliśmy aparat telefoniczny. Absurdalność tamtej konwersacji mogę wytłumaczyć tylko wychłodzeniem mojego (niestety nie tego gorączkującego) organizmu, które pozbawiło mnie asertywności. Jakiegokolwiek próby przerwania rozmowy kończyły się fiaskiem. Tak po prostu rzucić słuchawką? Mama przecież uczyła, że to nieładnie! I że znajomym trzeba pomagać... W pewnym momencie rozmowy moja interlokutorka wyraziła nawet, chyba szczerze, uznania dla mojego poziomu empatii i dość dobrej – zważyw-

szy na porę – kondycji, ale szybko skonstatowała, że „przecież wy, lekarze, jesteście przyzwyczajeni do pracy w nocy”... Zważywszy na to, z pewną dumą muszę przyznać, że wszyscy przetrwalimy tamten poranek – dziecko wróciło do zdrowia bez toksycznej, zdaniem matki ekolożki, farmakoterapii, a nasza znajomość – przetrwała. Ta brzemienna w skutki rozmowa podniosła nie tylko moją wiedzę na temat naturalnych metod leczenia. Dowiedziałam się wtedy czegoś o sobie i swoich pacjentach. Gdy minęły skutki wychłodzenia, zrozumiałam, że numer telefonu „swojego lekarza” jest jak baśniowe zaklęcie, które otwiera przed pacjentem sesję medycznej wiedzy. Nic więc dziwnego, że jego posiadanie jest, modnie rzecz ujmując, „must have” każdego potencjalnego chorego. Pewnie dlatego niepokój wywołała w środowisku lekarskim informacja o rzekomej konieczności umieszczania na recepcie numeru telefonu, pozwalającego na kontakt z jej autorem całodobowo przez siedem dni w tygodniu. I nie chodzi wcale o to, że medycy chcą uniknąć pogawędek na temat ordynacji leku z zapobiegliwymi farmaceutami. W odróżnieniu bowiem od pacjentów, farmaceuci też czasem, na szczęście, mają wolne.

Z drugiej jednak strony – pacjent dzwoni, gdy ma zaufanie, a zaufanie – rzecz bezcenna. No

i spoczywa na każdym z nas odpowiedzialność za podjęte leczenie. Może więc, w wątpliwych sytuacjach, warto dać możliwość szybkiego zweryfikowania popełnionego błędu, czy wyjaśnienia niezrozumiałego zalecenia? To trochę test na to, czy traktujemy bycie lekarzem jak zwyczajną profesję, czy jak sposób na życie.

Dawać więc numer telefonu każdemu pacjentowi, który jest przez nas leczony, czy nie dawać? Umieszczać go na recepcie czy nie?

Z przekory, a może korzystając z pewnego w tym zakresie doświadczenia (nie tylko własnego), napiszę – nie ma to specjalnego znaczenia... Po latach wiem już, że jakiegokolwiek usiłowanie utajnienia numeru lekarskiego telefonu jest nie skuteczne i wystawia jedynie na próbę lojalność naszych bliskich. Rodzina, prawdopodobnie wasza także, stara się przecież pozostać w dobrych kontaktach z kuzynami i powinowatymi, przyjaciółmi mają innych przyjaciół, a znajomi i sąsiedzi – zobowiązania towarzyskie wobec innych znajomych i sąsiadów. Dzwoniący sprytnie powołają się zresztą na kogoś, komu pomocy na pewno się nie odmawia.

Od chwili zresztą, gdy telefon zerwał się ze sznurka i stał się „mobilny”, postęp technologiczny pozbawił nas jedynej dotychczas skutecznej, choć dość szkaradnej metody znikania. Można było „nie odbierać” albo w ostateczności namówić kogoś do kłamstwa (od początku uprzedzałam, że to diabelski wynalazek), że nas nie ma w domu, nie wiadomo kiedy i czy w ogóle wrócimy. Skończyło się – w epoce telefonów komórkowych zawsze przecież gdzieś jesteśmy. Nawet jeżeli nasz telefon w kilku językach przekaże światu komunikat o tym, że jego użytkownik jest „czasowo niedostępny” lub „w tej chwili nie może odebrać telefonu”, wpadniecie w pułapkę krótkiej wiadomości tekstowej. W stu sześćdziesięciu znakach (lub ich wielokrotności) przekazana wam zostanie błagalna prośba o pomoc. Mój esemesowy rekordzista przekazał mi w ten sposób całą epikryzę szpitalnego pobytu, dokładając od siebie lakoniczne: „Co robić?”. Dostałam też kiedyś przesłane tą drogą zdjęcie, kompozycją i kolorystyką przypominające malarstwo Marka Rothko, z dramatycznym dopiskiem: „Pani doktor! Mam to na plecach. Czy to groźne?”. I choć wielokrotnie zapewniałam, że diagnostyka przez telefon jest niemożliwa, wysłuchałam prawdziwie poetyckich opisów kaszlu, zmian skórnych, wydaliny i wydzielin – nasi pacjenci mają znacznie bogatszy zasób słów i repertuar środków wypowiedzi, niż się tego domyślam. I tak naprawdę, z niewielkimi wyjątkami, dzwonią wtedy, gdy faktycznie tego potrzebują.

Jeśli więc naprawdę nie chcecie rozmawiać ze swoimi pacjentami przez telefon, jest na to tylko jeden w pełni skuteczny sposób – pozbądźcie się wszystkich telefonów! Ale najpierw musicie sobie sami odpowiedzieć na pytanie, czy będziecie umieli bez nich żyć. Ja – nie umiem. ■

Nawet jeżeli
nasz telefon
w kilku językach
przekaze światu
komunikat o tym,
że jego użytkownik
jest „czasowo
niedostępny”
lub „w tej chwili
nie może odebrać
telefonu”,
wpadniecie
w pułapkę krótkiej
wiadomości
tekstowej.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Na co umarł Piotr Czajkowski

Kompozytor „Eugeniusza Oniegina”, „Damy pikowej”, sześciu wspaniałych Symfonii oraz nieśmiertelnych baletów: „Jezioro łabędzie”, „Dziadek do orzechów” i „Śpiąca królewna”, nie był ani specjalnie urodziwy, ani sympatyczny, ani towarzyski, ani powściągliwy, zwłaszcza wypowiadając się o innych twórcach muzyki. Za nic miał Haendla, dramatom Wagnera zarzucał awokalnosc, sztuczność i nudę, a Ryszardowi Straussowi przypisywał „zdumiewający brak talentu”.

Przeżył tylko 53 lata, osiągając światową karierę kompozytorską, stając się chlubą Rosji. Śmierć dopadła go 6 listopada 1893 r. w Petersburgu, gdzie przebywał w związku z prawykonaniem swej VI Symfonii i mieszkał u brata Modesta, librecisty i dramaturga. Wracając z teatru, bracia wstąpili do restauracji Leinera, aby w gronie przyjaciół zjeść kolację. Tam kompozytor ku zdumieniu wszystkich wypił szklankę nieprzeżutą wodę, wiedząc, że w mieście panuje epidemia cholery azjatyckiej.

Następnego ranka pojawiły się pierwsze sensacje żołądkowe. Piotr Iljicz początkowo je bagatelizował. Pod koniec dnia Modest posłał jednak po zaufanego lekarza rodziny – dra Wasilija Bertensona, który stwierdził, że to coś znacznie poważniejszego niż zwykły „katar żołądka”. Poza tym nie bardzo czując się kompetentnym, wezwał na konsultację swego słynnego brata Lwa, doświadczonego lekarza dworu cesarskiego. Ten zdiagnozował ostry przypadek cholery w stadium dochodzącym do obniżenia ciepłoty ciała. Chorym wstrząsały bolesne skurcze, postępowało drętwienie, nasilały się wymioty i biegunka, opadał z sił, a wydalone ekskrementy przybierały niebieski kolor.

Późną nocą sprowadzono jeszcze jednego medyka Mikołaja Mamonowa dla zrobienia masażu i zastosowania niezbędnych środków ostrożności, aby nie zarażać otoczenia. Wszyscy ci lekarze, mając na co dzień do czynienia z zamożnymi pacjentami, po raz pierwszy zetknęli się z cholerą, mimo że w ciągu ostatnich czterech lat w Rosji zachorowało 504 925 osób, a zmarło aż 226 940. Epidemie tej choroby dotyczyły bowiem przede wszystkim biedaków, żyjących w urągających warunkach sanitarnych.

W następnych dniach po serii ataków i cierpień wydawało się, że następuje poprawa. Ciągłe jednak chorego dręczyło ogromne pragnienie i trudności z oddawaniem moczu. Zastosowano jeszcze gorącą kąpiel dla pokonania uremii, po czym nastąpiła senność, osłabienie pracy serca, wreszcie śpiączka, mimo zaaplikowania zastrzyku z piż-

ma. Wkrótce potem rozpoczęła się agonia, która trwała tylko niewiele ponad godzinę.

Wszystko to wiemy z drobniawej relacji brata Modesta, pierwszego biografa kompozytora. Po czterech dniach odbyły się niezwykle uroczyste obrzędy pogrzebowe, sfinansowane w całości przez samego cara. Piotra Czajkowskiego złożono do grobu na cmentarzu Łazarza w Ławrze Aleksandra Newskiego.

Niemal nazajutrz zarówno w prasie, jak i w opiniotwórczych środowiskach petersburskich zaczęto spekulować o prawdziwej przyczynie tak nagłej śmierci Czajkowskiego. Trwają one do dziś, mimo ponad stuletniego upływu czasu i sowieckiej blokady informacyjnej w tej sprawie, trwającej od rewolucji październikowej aż do upadku ZSRR.

Oto w skrócie najczęściej rozpowszechniane i analizowane wersje, które przytaczam z niejakim zażenowaniem:

- samobójstwo na skutek zawodu miłośnego po uwiedzeniu syna pewnego stróża nocnego przy ul. Małej Morskiej (sic!),
- ultimatum cara Aleksandra: proces albo samobójstwo po wykryciu romansu z siostrzeńcem cara, a według niektórych nawet z samym carewiczem,
- kryzys uczuciowy wobec swego siostrzeńca Boba Dawidowa,
- otrucie Piotra przez brata Modesta na tle rywalizacji o kochanków,
- regularne podtruwanie Czajkowskiego przez lekarza Lwa Bertensona na rozkaz cara,
- wykonanie wyroku „honorowego sądu koleżeńkiego” Petersburskiej Szkoły Prawoznawstwa, której Czajkowski był absolwentem; aby uniknąć skandalu, jaki wynikał z romansu z pewnym osiemnastoletnim szlachcicem (co zhańbiłoby „honor szkolnego munduru”), „Sąd” zażądał, aby kompozytor odebrał sobie życie, ten zaś demonstracyjnie wypił u Leinera zakażoną cholerą szklankę nieprzeżutą wodę. ■

Recenzja

**Ryszard
Golański**

Salus aegroti suprema lex

Doktor Andrzej Chodacki jest autorem znanym naszym czytelnikom. W tej rubryce były już prezentowane i rekomendowane jego książki. Nie zmienia to faktu, że nawet dla tych, którzy znają jego wcześniejsze dokonania, książka „Doktor Seliński” jest niespodzianką. Bohaterem książki jest ukraiński lekarz, chirurg, Ostap Mychajło Seliński, którego wojenna zawierucha rzuciła do Drezna. Tam w początkach

pamiętnego roku 1945 pracował w kilku szpitalach, ciesząc się uznaniem i renomą. W nocy z 13 na 14 lutego Drezno – „Florence Północy” – zostało zbombardowane przez Brytyjczyków. 800 bombowców typu Lancaster zrzucało bomby na miasto, które nie miało artylerii przeciwlotniczej, bo przesłano ją na Wschód, ani obrony niemieckich myśliwców. Polskiemu czytelnikowi nie jest łatwo wczuć się w sytuację niemieckich

Audiometr peronowy

Spotkanie autorskie w bibliotece. Opowiadam o swojej działalności w sferze tłumaczeń piosenek. Cytuję fragment przełożonego przeze mnie chorwackiego przeboju „Diridonda”: „Wszystkie koszule z rozcięciem, bo zarost miał na klatce/ Mówił, że dziadek był księciem, a zęby ma po matce”. Głos z końca sali: – Pasowały?

Powinienem się już przyzwyczaić do niepoważnego traktowania każdego słowa, które wypowiem czy napiszę. A jednak boli.

Gdyby chociaż co drugi z racjonalizatorskich pomysłów zgłaszanych przeze mnie w różnych tekstach wprowadzić w życie, Polska byłaby dziś innym krajem. Nie wiem, czy lepszym. Ale innym. A tu nic, żadnej reakcji. Nie szkodzi. Będę podsuwał nowe pomysły, będę niezłomny w poszukiwaniu dróg ku lepszej przyszłości dla nas wszystkich. Może docenią to potomni, może historyk wertujący za sto lat egzemplarze „Gazety Lekarskiej” z początku XXI w., krzyknie: „Wizjoner!”. I to mi wystarczy. Najwięksi nigdy nie byli docenieni za życia.

Cierpliwie czekam na uruchomienie systemu okresowych badań laboratoryjnych przeprowadzanych na podstawie zdjęć wykonanych smartfonem i przesłanych mailem lub ememesem do odpowiedniej placówki służby zdrowia. Na ten pomysł wpadłem, kiedy przeczytałem informację, że Vito Franco – profesor anatomii patologicznej z uniwersytetu w Palermo, na podstawie portretu wykonanego pięćset lat temu przez Leonarda da Vinci stwierdził podwyższony poziom cholesterolu u Mony Lisy. Można tylko określić pewne zasady – że aparat powinien mieć co najmniej 8 megapikseli, a zdjęcie musi być wykonane w naturalnym świetle na czczo.

Kolejny przyszedł mi do głowy wczoraj, na dworcu w Kutnie. Otóż na miejscu Ministerstwa Zdrowia zawarłbym umowę z PKP na kompleksowe badania słuchu podróżujących koleją. Z każdą kolejną zapowiedzią coraz bardziej zbliżałem się do głośnika, żeby usłyszeć, jaki pociąg i na który peron wjedzie. Wpadłem w panikę, bo w pierwszej chwili pomyślałem, że to jakaś moja

nagła dysfunkcja, ale uspokoilem się, kiedy zobaczyłem grupkę pasażerów, tak samo jak ja spoglądających w megafon i zbierających się pod słupem, na którym wisi. Scena do złudzenia przypominająca obrazek z filmu „Zakazane piosenki”, kiedy to ludzie na ulicy zbierali się pod „szczekaczkami”, żeby usłyszeć wreszcie prawdziwe wiadomości. I dialogi jak ze starych dowcipów:

– Chrrrrchy grrrrdydy sity z brrrrkkkkyyy do chrrrryychy grrrrgg na prrrree ggydydy frraff fytyty trzeci.

– Panie? Na który peron wjedzie ten pociąg ze Szczecina?

A gdyby tak na każdym dworcu uruchomić Stację Kontroli Zdrowia Pasażera? Łączyć różne sposoby badań – stawiać pacjenta w różnej odległości od megafonów, przepytwać, co usłyszał i czy jest na czczo (na czas badań zamykać dworcowe bary), fotografować smartfonem i wystawiać zaświadczenia o treści: „Słyszy w Kutnie, cholesterol w normie, zdolny do pracy w służbie cywilnej”. Ze względu na głośność, czytelność zapowiedzi i dykcję kolejowych lektorów, można ustalić różne kategorie dworców. Te niedawno wyremontowane wykorzystywać do badania sprawności innych ludzkich organów. Na przykład: „Nie słyszy w Kutnie, ale słyszy w Koninie, chociaż nic nie rozumie. Cholesterol w normie, z odległości 10 m widzi zapowiedzi na tablicy świetlnej, ale twierdzi, że lepiej przyjazdy niż odjazdy”. Rzetelne podejście do okresowych badań peronowych pozwoliłoby wcześniej diagnozować niektóre przypadki i ustrzegłoby przed wieloma komplikacjami. Na przykład: „Na stacji w Koninie słyszy komunikaty z dworca Poznań Główny. Zalecana konsultacja psychiatryczna”. ■

cywilów, stają bowiem przed oczyma dokonania hitlerowców wobec naszych rodaków. Ale trzeba przyznać autorowi, że udało mu się w sposób powściągliwy, a jednocześnie przejmujący, pokazać bezlitosne okrucieństwa wojny. W tym obrazie narodowość ofiar zupełnie nie ma znaczenia. Wątek liryczny, losy dwójki młodych bohaterów, ldy i Kurta, można opisać jako miłość w czasie apokalipsy. Główna postać to jednak bohater tytułowy. Doktor Seliński ratuje życie brytyjskiemu jeńcowi, któremu w sercu utkwił odłamek... brytyjskiej bomby. W noc wspomnianego nalotu, uzna-

jąc ratowanie życia choremu, nota bene Polakowi, wymagającemu natychmiastowej operacji, za sprawę ważniejszą niż własne bezpieczeństwo, odmawia zejścia do schronu, pozostaje na sali operacyjnej i ginie wraz z operowanym pacjentem i instrumentariuszką od alianckiej bomby. Rozdział, który opisuje taniec OGNIA – pana zagłady, jego brata WIATRU, przeczytałem po zakończeniu lektury raz jeszcze. Moim zdaniem, najlepszą recenzją książki jest posłowie, którego autorką jest córka Doktora, Wira Selińska, mieszkająca w Rio de Janeiro. Polecam. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

W ciszy

Średniowieczne skryptorium porównać można do współczesnego otwartego biura z ustawionymi w nim kubikami z wydzielonym miejscem pracy dla każdego mnicha-pracownika. Bardziej niż wspólnego brainstormingu spodziewać się tu jednak można było wszechogarniającej ciszy.

Do wnętrza jednego z takich skryptoriów, z właściwą sobie tajemniczością, wprowadza czytelnika Umberto Eco. W jego „Imieniu Róży” skryptorium to przestrzeń nadzwyczajna: każdy z mnichów w skupieniu nakłada tu płatki złota, tworząc nieba nad głowami świętych czy tkając misterne geometryczne plecionki w rogach wyłaniających się spod jego rąk historii. Wilhelm i Adso, dwaj główni bohaterowie przechadzają się wokół sztalug, na których rozłożono powstające iluminacje, a ich uwagę przyciągają dziwaczne rysunki na marginaliach. Jest tu i papież z głową lisa, i osioł czytający święte księgi. Średniowieczne rękopisy bowiem opowiadają niezwykle historie, zdarzają się wśród nich i te dotyczące chorób oraz medycyny.

Jedna z XI-wiecznych iluminacji na przykład przedstawia intrygujący zabieg chirurgiczny. Płynne linie łuku ciała pacjenta, spirale loków lekarza, a także wirujące woluty zdobiące jego szaty wprowadzają do miniatury pewną zastanawiającą miękkość. Miękkość ta i spokój stoją w dość osobliwym kontraście z procedurą, która ma miejsce na miniaturze. Operacja wydaje się być co najmniej bolesna, na co wskazywać może lekki grymas twarzy pacjenta. Medyk używa zaskakujących współczesnego widza narzędzi: dotyka pośladków pacjenta łapką z jednej strony, z drugiej zasadzając się na niego z dużych rozmiarów nożem. Krew leje się gęsto do ustawionego pod stopami chorego naczynia. Na co cierpieć może ten nieszczęśnik? ■



a

Obraz: fragment XI-wiecznej miniatury
pochodzenia anglosaskiego

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 10 lutego 2016 r.

W temacie maila należy wpisać GL02.
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” 12/2015-01/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Katarzyna Zajac ze Skarżyska-Kamiennej
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 12/2015-01/2016

Obraz oryginalny: a

DIAGNOZA:

Albinizm. Portretowany przez Benjamina-Constanta mężczyzna najprawdopodobniej był albinosem. Ta specjalna kondycja objawia się brakiem pigmentu oraz białym zabarwieniem oczu, włosów i całej skóry.

Szczegóły

1. Dodanie motywu orientalnego, zarys dywanu na ścianie.

Benjamin-Constant znany był przede wszystkim ze swych przedstawień Orientu, temat ten zafascynował go w czasie podróży do Maroka. Wielokrotnie w swoich obrazach starał się oddać przepych i bogactwo tych stron świata, wielokrotnie robiąc to w sposób charakterystyczny dla kolonizatora patrzącego na poddanych.

2. Zmiana koloru oczu na intensywnie jasnoniebieskie.

Osoby dotknięte albinizmem często mają oczy właśnie tego koloru, zatem odcień ten byłby tutaj jak najbardziej na miejscu, jednak buriłby monochromatyczną paletę całości.

3. Umieszczenie podpisu w prawym dolnym rogu, zamiast u góry obrazu.

Benjamin-Constant zazwyczaj sygnował swoje obrazy w prawym lub lewym dolnym rogu kompozycji. W tym portrecie podpis, oddany w czerwieni, zdaje się być elementem, na którego podkreśleniu wyjątkowo mu zależało.

4. Dodanie długiego białego włosa na marynarce portretowanego.

Albinosi po dzień dzisiejszy są dotkliwie prześladowani w krajach afrykańskich, szczególnie w Tanzanii. Powszechne przekonanie, że byli opętani przez złe duchy, doprowadziło do krwawych masakr. Jeden z przesądów dotyczy również włosów albinosów, wierzy się bowiem, że ich dodanie w trakcie wykonywania magicznych zaklęć gwarantuje powodzenie i bogactwo.



Obraz: Jean-Joseph Benjamin-Constant,

Portret brodatego młodzieńca, 1876-1900, Musée des Augustins



Ksenia Szczepanik- Ładygin

Laureatka II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2015)
w kategorii „Poezja”

Nie miej żalu

Szarpie niefrasobliwie
struny serdeczne
przedsionki do komór
przyprawia o łopot
w perłowych chrząstkach wygryza
otwarki dla czasu
napotkana w suchych zatokach skóry
drwi

Nasze osobne
sny umykają
jak odpływ
tylko kamienie zostają mokre
pod powiekami

Chciałabym cię kochać
ale ta staruszka
w oknie
wciąż patrzy
jak się tłuką gółębie

Wielka cisza pod śniegiem

oni już tacy zostaną na zawsze
nie opuszczą cię
i nie zrobią niczego
co musiałabyś wybaczać
(co wybaczyłaś, już się stało)
będą szli twoim śladem
zakładanym w świeżym śniegu
(zwykle to ty wlokłaś się za nimi)
będziecie mrużyć oczy
kiedy iskry słońca kłują do łez
i tylko to pamiętaj
tę wielką ciszę której słuchaliście
na białych łąkach
w białym lesie
kiedy milczą ptaki
a lisy kryją się w norach

XVI Ogólnopolska Biesiada Literacka

Już 4 marca (piątek) w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, przy ul.
Czerwonej 3 odbędzie się kolejna edycja Biesiady Literackiej. Początek: godz. 17.00.
Więcej informacji na www.gazetalekarska.pl.

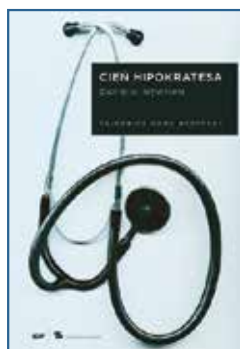
A • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA



Tryptyk lekarski z dygresją i nie tylko...

Wiesław Nowakowski

Opowieść o życiu zawodowym i osobistym lekarza, któremu przyszło praktykować w dwóch różnych ustrojach politycznych. Książka pełna energii, typowo polskiej.



Cień Hipokratesa

David H. Newman

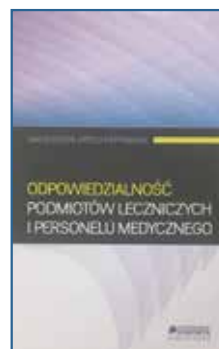
Autor, który przez lata pracował jako lekarz na oddziale ratunkowym nowojorskiego szpitala, odkrywa sekrety i tajemnice lekarskiego fachu.



Konsekwencje

Włodzimierz Zakrzewski

Zbiór opowiadań napisanych ręką lekarza internisty i psychiatry. Każde z nich to krótki obrazek z życia.



Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego

Małgorzata Grego-Hoffmann

Pacjenci coraz częściej dochodzą swoich praw przed sądem. Kto i w jakim zakresie odpowiada za zdarzenie medyczne?



Socjologia cukrzycy

Praca zbiorowa

Wpływ środowiska, relacji społecznych, kulturowych i ekonomicznych na życie cukrzyków. Przenikanie się tych zjawisk tworzy ważny zakres badań.

Konkurs poetycki „Leczmy Słowem”

Z okazji 150. rocznicy powstania Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, Unia Polskich Pisarzy Lekarzy ogłasza ogólnopolski konkurs poetycki „Leczmy Słowem” dla lekarzy piszących wiersze.

Warunkiem uczestnictwa jest nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce w pięciu egzemplarzach. Każdy utwór powinien być opatrzone godłem. Nadesłane wiersze nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.

Prace należy nadesłać do 31 marca 2016 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: Zarząd Główny Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, ul. Krupnicza 11A w Krakowie (siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie) z dopiskiem: konkurs poetycki „Leczmy Słowem”.

Więcej informacji na www.gazetalekarska.pl.



„Przychodzi wena do lekarza”
Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja V

Informacji udziela:
Magdalena Oberc
Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C
31-060 Kraków, tel. 12 211 22 39
e-mail: konkursliteracki@mp.pl

Więcej na
www.gazetalekarska.pl



www.pstl.org



Zielona Góra - Drzonków

06.05. – 08.05.2016

Częstochowa

26.05. – 29.05.2016

Łódź

01.07. – 03.07.2016

Zakopane

12.08. – 14.08.2016

Zamość

09.09. – 11.09.2016

Zielona Góra

08.10. – 14.10.2016

Lima, Peru

11.11. – 13.11.2016

Pabianice

Życzę wszystkim Członkom PSTL
w 2016 roku wiele radości na korcie,
sukcesów w życiu zawodowym
oraz pogody ducha na co dzień.

Prezes PSTL
dr n. med. Marcin A. Wroński



21-23 kwietnia 2016



Debica 2016

<http://www.mplwp.pl>



O Puchar Prezesa
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
9 kwietnia 2016



**ROZGRYWKI
W KATEGORIACH:**
- Open
- +45
- Kobiety
Kategorie poniżej
18 lat nie ma

ZAPEWNIAMY:

- posiłek w trakcie rozgrywek
- herbacąg, kawę, owoce
- koszulki turniejowe

NAGRODY:
Dla pierwszych przetrwających
pudły oraz nagrody rzeczowe.
Porozumienie nagrody rzeczowej
do rozdzwonienia wód w zestrzeli-

Zapisy: turniejeghastalavista.pl **Szczegóły:** www.hastalavista.pl

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie

11 października 2015 r. w Poznaniu, w ramach Maratonu Poznań, przy słonecznej, ale chłodnej, okrasami mroźnej i wietrznej pogodzie przy wspaniałej atmosferze stworzonej przez kibiców i organizatorów, rozegrane zostały XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie. Pośród 6251 startujących znalazło się 80 lekarzy. Mistrzynią Polski została Kamila Kucharska z Warszawy, wicemistrzynią Aleksandra Szewczyk z Poznania, a 3. miejsce za-

jęła Anita Nowicka-Kotlarska, również z Poznania. Wśród mężczyzn mistrzem Polski został Dominik Samotij z Wrocławia, wicemistrzem Marcin Jakubowski z Więcborka, a 3. miejsce zajął Paweł Samborski z Poznania. Pełne wyniki na stronie: www.marathon.poznan.pl.

*Wojciech Łącki
Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*



O XVIII Mistrzostwach
Polski Lekarzy
w Półmaratonie na dystan-
sie 21 km i 97,5 m
w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Polonusi w Warszawie

2 czerwca w Teatrze Narodowym Marek Rudnicki, Maciej Hamankiewicz i Andrzej Sawoni zainaugurują dziewiąty w ciągu dwudziestu pięciu lat Kongres Polonii Medycznej, noszący jednocześnie dumną nazwę II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich. Po raz drugi gospodarzem będzie Warszawa, która od roku intensywnie przygotowuje bogaty program naukowy i artystyczny.

Warto na chwilę wrócić do miast, które polonijnych lekarzy gościły dotychczas. Wszystko zaczęło się w Częstochowie w 1991 r., będącej wówczas delegaturą Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Jak trafny był to wybór, świadczy historyczny zapis, że na Jasną Górę powracano w kolejnych edycjach w 1995 i w 1997 r. Przy trzecim podejściu organizatorzy poprosili o pomoc królewski Kraków. Milenium roku 2000 zwołało Polonię do Warszawy. Na przełomie wieków co szósty lekarz wykształcony w Polsce pracował poza jej granicami, a intensywne zainteresowanie emigracją zarobkową wzmagало się wraz z realizacją kolejnych reform rodzimej opieki zdrowotnej. Trzy lata później, jubileuszowy V Kongres odbył się w Katowicach, a Marek Rudnicki marzył o „wykorzystaniu olbrzymiego potencjału obecności lekarzy polskiego pochodzenia za granicą dla pożytku kraju i jednoczesnym wzbogacaniu środowisk polonijnych znakomitymi doświadczeniami kolegów pracujących w Polsce”.

W 2006 r. Polonusi wracają do Częstochowy, kiedy Polska od ponad roku jest członkiem Unii Europejskiej. Idei nie ominęły organizacyjne zaawansowania, ale wbrew przeciwnościom nowy prezes Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu Łukasz Wojnowski skutecznie zaprasza do grodu Kopernika w roku 2010. Po raz ostatni widzieliśmy się w Krakowie, kiedy minister zdrowia zamiast przyjechać i rozmawiać o swoich zamiarach, wysłał żenujący list do polskich lekarzy.

Warszawski projekt tegorocznego kongresu jest wielowymiarowy. Wśród tematów wiodących znajdziemy między innymi: „narastający problem szczepień między wiedzą medyczną, EBM a mitami”; zadane zostaną pytania „Kiedy lekarz staje się specjalistą?; Czy istnieje konflikt norm, oczekiwań i realiów edukacji medycznej?”; po raz kolejny podejmiemy zagadnienia „komunikacji lekarzy i pacjentów w sytuacjach

wyjątkowych”. Kongres spróbuje się ponadto zmierzyć „z marketingiem w medycynie” i „optymalizacją modelu opieki onkologicznej”. Swoją sesję „bez granic” będą mieli lekarze dentyści. W części etycznej powróci klauzula sumienia, tym razem w kontekstach doświadczeń i rozwiązań w innych państwach. Nowością będzie Biennale Sztuki Lekarskiej i pozazawodowe pasje lekarzy zaprezentowane podczas wykładów i wpisane w program artystyczny całego wydarzenia. Spodziewani są wykładowcy wyjątkowi. Warto więc pomyśleć o spędzeniu kilku czerwcowych dni w stolicy.

Z okazji kongresu Komisja Kultury NRL przygotowuje wraz z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie wielkie przedsięwzięcie artystyczne na scenie narodowej, podczas którego wystąpi ponad 200 lekarzy, których pasją jest muzyka! Występ będzie uwieńczeniem wspólnych warsztatów wszystkich polskich chórów lekarskich, Polskiej Orkiestry Lekarzy oraz orkiestry działającej pod patronatem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Mamy tremę, ale repertuar zapowiada się znakomicie. Duma polskości, uśmiech i łza wzruszenia wpisane zostały w scenariusz, a organizacyjna machina prób i przygotowania scenografii ruszyła.

Moja data urodzenia nie pozwalała mi na udział we wszystkich dotychczasowych kongresach, ale czyż właśnie nie o to chodzi, by dobre pomysły realizować w taki sposób, że wymiana pokoleniowa następuje płynnie, z tymi, którzy pamiętają początki, i tymi, którzy budują nowe wyobrażenia, bo świat i medycyna zmieniają się z dnia na dzień. Moja data urodzenia uniemożliwia mi jakiegokolwiek sprawiedliwe oddanie honoru osobom, które tworzyły kongres, a mimo to za współpracę z Polonią pozwolę sobie na jednostkowe wyróżnienie Bożeny Pietrzykowskiej. Pani doktor, dziękuję! A wszystkich zapraszam! ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

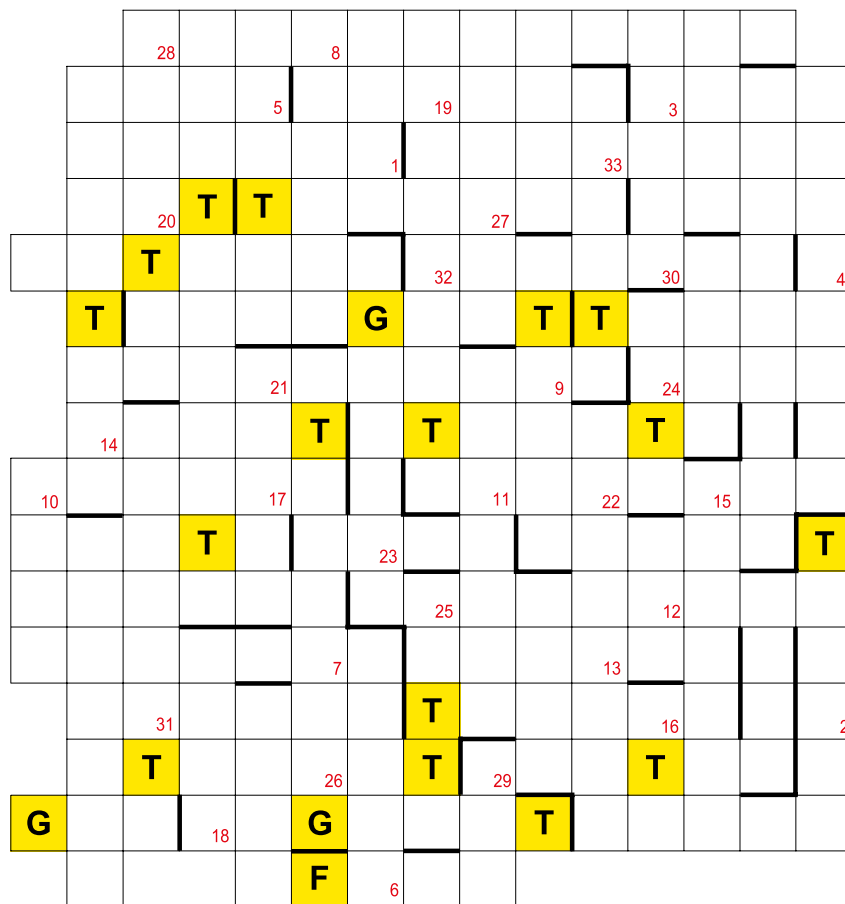


IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G i T. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Należy je przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 14 lutego 2016 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* aesthesia * przydomek z zaścianka * rodzinna wieś Chopina * z łasiczką * tancerz * twórca antyseptyki w chirurgii * jest nim elipsa * Raul, były trener naszych siatkarzy * parafialna wieś Oleśki i Kmicica * chińczyk i bierki * bakteria duru plamistego albo gorączki Q * ostry lub rozwarty * syn Tuhajbeja * wyrób tkacki * drugi mąż żony JFK * między germanem a selenem * utrzymanka * wezwanie do wiary w Jezusa jako Zbawiciela * piąty szczyt świata * przeciwnicy Eurypontydów * osiedle w Wawrze z Instytutem Kardiologii * partner Daman w terytorium związkowym Indii * między Wieprzem a Garwolinem * mały zespół muzyków * powierzchnia kuli * staw (ang.) * treść przysięgi * pn. ramię delty Renu * grekokatolicka * ojciec Meleagra * jaja ryb * koncepcje, pomysły * Ilion * twarda okrywa skorupiaka * tworzy Szybkę z Ingodą * metylobenzen * napisał „Germinal” * przełęcz szwoleżerów Kozietulskiego * drobny organizm * von Welsbach, chemik i wynalazca * aminokwas egzogeny w biosyntezie kwasu pantotenowego * niewierzący * miasto nad Świętą w okręgu uciańskim * radykał * Shaq, gwiazda NBA * miernik stężenia ozonu * sejm Rosji * długa wyspa obok Krk * dawniej panujący, monarcha * ang. czarna świnia, z białym poprzecznym pasem * różnecznik * kopia, duplikat * między Ratyboną a Deggendorf * tłuszcz dodawany do potraw * ostatni cesarzowiec Rosji * przedsiódek (łac.) * 4 mandle * płynie przez Hanower * dyletant, profan * między Minnesotą a Missoury * na dachu z azbestem * krajobraz lub dekoracje tła * obecna armia * mieszkanka planety boga wojny * płynie przez Bihać * cytaty, maksymy i dewizy * między stronem a cyrkonem * miejsce igrzysk starożytnych * pomogła Jazonowi zdobyć złote runo * eclampsia

BJER

Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 211
 („GL” nr 11/2015)
Człowiek póki żyje,
póty ma nadzieję.

Nagrody otrzymują:
Adam Kuchta (Białystok),
Dorota Klepacka-Mrówka
(Szczecin), Anna Urgacz
(Śrem). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 167 200 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 38
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Stale współpracują:

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

Materiałowi niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do 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).