

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

**RAPORT
Z DZIAŁAŃ
MINISTERSTWA
ZDROWIA**



**PO 150 DNIACH
DZIAŁALNOŚCI**



20

Samorząd
Odbudować zaufanie
do lekarzy

31

Reportaż
Na ratunek 999

41

Debate
Polacy wciąż
wiedzą za mało



17



20



41

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Ordynatorski czy konsultancki?
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Medycyna rządzi się swoimi prawami
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Co planuje Kaczyński?
- 12 **Temat miesiąca:** Czy zespoły Radziwiłła zmieniają rzeczywistość?
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
Specjalizacje
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Stawiam na pracę zespołową
- 20 **Samorząd:**
Odbudować zaufanie do lekarzy
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Życzliwość czy niech żyją igrzyska?
- 24 **Stomatologia:**
Razem czy osobno?
- 26 **Stomatologia:**
Kongres FDI – program naukowy uszyty na miarę
- 28 **Prawo i medycyna:**
Świadoma zgoda pacjenta
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Bez zahamowań
- 31 **Reportaż:**
Na ratunek 999
- 34 **Biuletyn NRL**
- 38 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** W chirurgii mistrzostwo osiąga się poprzez praktykę
- 40 **Nauka w skrócie**
- 41 **Debata:**
Polacy wciąż wiedzą za mało
- 44 **Praktyka lekarska:**
Badanie opinii środowiska lekarskiego
- 46 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Prawa pacjenta – do informacji, wyboru, skargi (część 2)
- 48 **Indeks korzyści:**
Kwestia światła
- List do redakcji:**
7 cm w 21 dni
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Bogowie umierają młodo
- List do redakcji:**
Wyprzedziła mnie Pani Doktor
- 51 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Rwący nurt potylicy
- 52 **Błąd malarski:** Z nudy
- 54 **Kultura:** Samotność Minotaura
- 55 **Kultura**
- 56 **Sport**
- 58 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (59) / J. Wanecki:**
Autorytety
- 66 **Jolka lekarska**

Onkologia

Świętokrzyskie Centrum Onkologii rozwinie sieć powiatowych filii. Gdzie powstaną? Skąd pomysł, żeby onkologia „trafiła pod strzechy”? Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Nefrologia

4,5 mln Polaków choruje na nerki. Ilu umrze? Co będzie bezpośrednią przyczyną tych zgonów? Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Kształcenie

SUM w Katowicach otrzymał 27 mln zł na kolejne centra symulacji medycznej. Powstaną m.in. sale interdyscyplinarne wyposażone w 54 unity stomatologiczne. Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Paragrafy

Dlaczego skarbowka nie dostanie informacji o pacjentach? Co z niedawnego wyroku NSA wynika dla lekarzy? Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Ordynatorski czy konsultancki?

Tak wiele lat minęło od ustrojowych przemian w polskiej ochronie zdrowia, że młodszy czytelnicy „Gazety” mogą nie wiedzieć, czego dotyczy powyższy tytuł. Chodzi o sposób organizacji oddziału szpitalnego i zarządzania nim.

Systemowi, który przez dziesięciolecia obowiązywał w polskich szpitalach, w którym zwieńczeniem drogi zawodowej lekarza było objęcie stanowiska ordynatora oddziału w szpitalu, zarzucono, że pochodzi z niemieckich czy nawet pruskich wzorców. Krytycy mówili o feudalnych stosunkach i nepotyzmie. Ale sprawowaniu tej funkcji towarzyszyła często jednoosobowa odpowiedzialność za to, co się w oddziale dzieje. Proszę nie traktować tego wstępu jako reminiscencji starszego pana i nostalgii za latami młodości. Do dzisiejszych refleksji skłoniły mnie obserwacje sposobu funkcjonowania oddziałów szpitalnych obecnie. W wielu nie ma już stanowiska ordynatora oddziału. Są kierownicy czy, tak jak ja, koordynatorzy oddziału. Większość lub znacząca część lekarzy pracuje w oparciu o umowy kontraktowe. Ordynator czy kierownik nie jest dla nich formalnie przełożonym. Umowę mają podpisaną z dyrektorem szpitala lub prezesem zarządu spółki. Zjawisko towarzyszące tej formie zatrudnienia, które obserwujemy w ostatnich latach, to zdecydowanie mniejszy związek emocjonalny młodego lekarza z miejscem pracy. Powinienem nawet napisać z miejscami pracy, bo widok lekarza, który przyjeżdża codziennie do pracy z niewielką walizką, jest widokiem nader częstym. Dziś mam dyżur tutaj, jutro gdzie indziej, a po jutrze 100 km dalej. Tymczasem wielu z tych kolegów, czasami ze znaczącym stażem zawodowym, głośno wyraża opinię, że woleliby pracować tylko w jednym

miejscu. Warunkiem są jednak dochody takie same jak z pracy w wielu miejscach. Niewielu z nas to się udaje. Osobnym tematem jest system kształcenia zawodowego lekarzy. Kiedyś nauczycielem zawodu był przede wszystkim ordynator. Nie tylko w medycynie funkcjonowało sformułowanie: Nowak, uczeń Kowalskiego. Taka konotacja jest teraz niezwykle rzadko używana. Częściej słyszymy: chirurgii uczyłem się w szpitalu X. Nie od doktora Ygreka, ale w szpitalu X. Prawdopodobnie ta tendencja jest znakiem przemian, które nastąpiły w naszych szpitalach. Zmiany sposobu zarządzania, często zmiany własnościowe – przekształcanie szpitali w spółki. Do tego dominująca ponad wszystkim efektywność finansowa. Nie zmienia to faktu, że w wielu izbach okręgowych jednym z najbardziej cenionych odznaczeń jest tytuł: „Zasłużony nauczyciel lekarzy”. Wielce go sobie cenią także lekarze z tytułami profesorskimi i znaczącymi odznaczeniami państwowymi. Bywają to osoby, które mają kilkudziesięciu wychowanków. Robią wrażenie informacje o mnogości spraw, którymi zajmuje się obecnie Ministerstwo Zdrowia, osobiście minister Konstanty Radziwiłł i powołane przez niego zespoły. Przed nami czas znaczących przemian. Sprawom tym poświęcony jest temat miesięcznika tego numeru. Czy jednym z problemów podejmowanych przez zespoły będzie zarządzanie oddziałem szpitalnym? Jakie konsekwencje dla lekarzy będą miały planowane zmiany? Czy będzie zmiana na lepsze? Czas pokaże. ■

FOTO: Michał Jozefaciuk / Senat RP

Migawka



„Lekarz – zawód szczególnego zaufania społecznego” w Senacie RP,
3 marca 2016 r. (więcej na s. 20)

Umowy zawierane przez lekarzy

Lekarze wykonują zawód w oparciu o różne stosunki prawne. Mimo że są to umowy od lat funkcjonujące w obrocie, warto przyrzeć się tym ich postanowieniom, które w praktyce sprawiają kłopoty.

Umowa o pracę pozostaje nadal, choć coraz rzadziej, stosunkiem prawnym w ramach którego lekarze udzielają świadczeń zdrowotnych. Powinna ona określać rodzaj pracy i miejsce jej wykonywania, wynagrodzenie ze wszystkimi jego składnikami, wymiar czasu pracy oraz termin jej rozpoczęcia. W umowie takiej warto doprecyzować miejsce wykonywania pracy, bo przy zbyt ogólnym jego określeniu lekarze na polecenie pracodawcy zobowiązani są do pracy w zupełnie innym miejscu, niż ustalali przy zawarciu umowy. Wtedy, zamiast na konkretnym oddziale, pracują również w przychodniach czy oddziałach luźno związanych z ich specjalizacją, czy w różnych miejscach, gdy w ramach struktury jednego szpitala oddziały funkcjonują w odległych od siebie częściach miasta. Określając wymiar czasu pracy, można również zapisać, w jakim systemie praca ma być świadczona. Zapobiegne to jednostronnym zmianom systemu czasu pracy, np. z jednozmianowego na równoważny czy zmianowy, co może kompletnie zdeorganizować inne aktywności zawodowe lekarza.

Popularne kontrakty to w rozumieniu kodeksu cywilnego umowy o świadczenie usług, do których stosuje się przepisy o zleceniu. Pozostawiają one stronom takiej umowy bardzo dużą swobodę co do kształtowania jej treści. Umowy te powinny precyzyjnie określać zakres świadczeń udzielanych przez lekarza ich wykonaniu. W umowie należy też określić organizację udzielania świadczeń (miejsce, czas ich udzielania). Warto zwrócić uwagę zarówno na minimalny, jak i maksymalny wymiar czasu, jaki ma być poświęcony na jej wykonanie. Zdarza się, że postanowienia umowy są w tym zakresie na tyle ogólne, że lekarzowi nie wskazuje się potem jakichkolwiek godzin przyjmowania pacjentów albo żąda się od niego pracy ponad jego możliwości. Konieczne jest też, z tych samych względów co w umowie o pracę, precyzyjne opisanie miejsca udzielania świadczeń. Oczywiście umowa musi zawierać postanowienia dotyczące wynagrodzenia, dobrze gdyby określała minimalną jego wysokość, co będzie przydatne wtedy, gdy zapotrzebowanie na usługi będzie mniejsze, a wynagrodzenie zależne ma być od

liczby przyjętych pacjentów. Już w umowie przewidzieć trzeba prawo do przerwy w jej wykonywaniu, bo przepisy nie przewidują obligatoryjnych urlopów dla zleceniobiorców. Umowa powinna też przewidywać, że zleceniodawca zobowiązany jest na własny koszt zapewnić lekarzowi pomieszczenia, personel, sprzęt, leki i wyroby medyczne niezbędne do udzielania świadczeń. W umowie trzeba też określić zasady kontrolowania jej wykonania, składania sprawozdań. Niezbędne jest też umówienie się co do okresu, na jaki umowa została zawarta i sposobów jej rozwiązania, bo nie ma ustawowych terminów rozwiązania takich umów. Brak zapisów umowy w tym zakresie może doprowadzić do jej rozwiązania „z dnia na dzień”. Treść umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych w trybie konkursu ofert przez niektóre podmioty lecznicze regulują również przepisy ustawy o działalności leczniczej (art. 26, 26a i 27).

Często zdarza się, że lekarze wynajmują swój gabinet innym lekarzom, jeśli nie są w stanie sami w pełni go wykorzystać. Najem lokalu regulują przepisy kodeksu cywilnego i część z nich ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Umowa powinna określać przedmiot najmu, okres, na jaki została zawarta, wysokość czynszu najmu. Należy pamiętać, że przy umowach na czas określony najem można wypowiedzieć wcześniej tylko w wypadkach określonych w umowie, przepisy jednak nie określają zdarzeń czy faktów uzasadniających rozwiązanie umowy, pozostawiając ich określenie woli stron. W przypadku umów na czas nieokreślony z czynszem płatnym miesięcznie, umowy nie mogą przewidywać krótszych niż trzy miesiące okresów wypowiedzenia. Przepisy dają możliwość natychmiastowego rozwiązania umowy, gdy najemca zalega z czynszem za dwa okresy płatności, ale wcześniej trzeba mu dać dodatkowy miesiąc na zapłatę zaległych czynszów. Co do określenia czynszu strony mają swobodę, może to być określona kwota, może to być też określona część wynagrodzenia płaconego przez pacjentów. Pacjenci przyjmowani przez lekarza – najemcę gabinetu – są jego pacjentami i to on prowadzi ich dokumentację medyczną i w swojej kasie fiskalnej rejestruje sprzedaż usług tym pacjentom.

**mec.
Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Medycyna rządzi się swoimi prawami

Upór się opłacił. Po ponad dwóch latach od nałożenia na lekarza kary porządkowej za odmowę wydania urzędowi kontroli skarbowej listy pacjentów, Naczelny Sąd Administracyjny wydał wyrok korzystny dla środowiska lekarskiego i niekorzystny dla organów kontroli skarbowej. A uparli się wszyscy: przede wszystkim lekarz, następnie Naczelna Izba Lekarska i Rzecznik Praw Obywatelskich.

NSA stwierdził, że lekarz w toku postępowania prowadzonego przez urząd kontroli skarbowej nie ma obowiązku podawać na żądanie organu listy osób zawierającej imiona, nazwiska i adresy pacjentów, którzy podjęli u niego leczenie. Dziękuję każdemu z Was, którzy odmówili podania izbie skarbowej danych objętych tajemnicą lekarską poprzez niepodanie listy pacjentów. Po tym wyroku zachęcam wszystkich nie tylko do odmówienia, ale również, w przypadku nałożenia kary przez Dyrektora Izby Skarbowej, do podjęcia trudu sądowo-administracyjnego. Widzimy bowiem, że prawo stanie po naszej stronie, jeśli będziemy mieli wystarczająco wytrwałości, by przez kilka lat bronić tajemnicy lekarskiej na salach sądowych.

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) ostatnie swoje posiedzenie poświęciło problemowi leczenia uchodźców i wydało komunikat, na którego wstępie podkreśliło, że środowisku lekarskiemu powszechnie znane są przyczyny, które doprowadziły do masowego napływu uchodźców do Europy. Tak, znane nam są przyczyny i wiemy, że mamy leczyć ludzi bez względu na narodowość, naciski ekonomiczne, administracyjne itd. Mimo tej wiedzy i pewności, uczestnicząc w posiedzeniu WMA, z zapartym tchem słuchałem lekarzy z państw dotkniętych napływem dużej liczby uchodźców, którzy opowiadali o swoich doświadczeniach: chorobach występujących u tych osób, zaburzeniach psychicznych wywołanych traumatycznymi przeżyciami, szczenienu dzieci. Nie wiem, ilu z Was, Koleżanki i Koledzy, zetknęło się w swojej pracy z tym problemem, ale zachęcam do lektury całego komunikatu, gdzie zwraca się przede wszystkim uwagę na rolę lekarzy jako rzeczników poszanowania dobra i podstawowych potrzeb osoby ludzkiej. Podnosi się także konieczność podejmowania działań przez środowisko lekarskie mających na celu profilaktykę chorób oraz zapewnienie dostępu do opieki zdrowot-

nej oraz zapobieganie nadużyciom, zaniedbaniom oraz wykorzystaniu osób migrujących. Wyobraźmy to sobie na własnym podwórku. I spróbujmy się na to przygotować.

Profesjonalizm personelu medycznego jest sprawą najważniejszą dla osób korzystających ze świadczeń publicznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Tak wykazały wyniki ankiety przeprowadzonej przez NFZ wśród 35 tys. osób. Pokazały też, że większość pacjentów jest zadowolona ze sposobu informowania ich o stanie zdrowia. W jednym z ostatnich raportów CBOS widać, że 78 proc. Polaków ma zaufanie do lekarzy, u których się leczy. Sami lekarze w badaniu przeprowadzonym przez NIL uważają, że w ciągu ostatnich 5 lat zaufanie do nich wzrosło. Mimo to, co jakiś czas pojawiają się wyniki zupełnie odmienne, będące przyczynkiem do kolejnych dyskusji.

Właśnie o różnych aspektach zaufania do zawodu lekarza rozmawialiśmy na zapowiadzanej w ostatnim numerze konferencji zorganizowanej w Senacie RP. Na prośbę pana Marszałka i moją przybyli m.in. dwaj znamienici goście zagraniczni: prezes Światowej Organizacji Dentystycznej FDI Patrick Hescot oraz prezes Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich Jacques de Haller. Ten pierwszy poruszył ważne aspekty wspólnego funkcjonowania stomatologii i medycyny. Podkreślił, że w niektórych państwach nauka zawodu lekarza, lekarza dentysty trwa 8-9 lat, w innych 5-6 lat, natomiast – jego zdaniem – nie powinno być różnic, bo wyzwania świata względem lekarzy i lekarzy dentystów są takie same, a problem zaufania jest problemem światowym. Szczególnie w świecie, w którym maszyna wyprzedziła człowieka. Drugi zaznaczył, że lekarze powinni przekonać polityków, że medycyna rządzi się swoimi prawami. Akurat ta konferencja była elementem spełnienia tej powinności. Dziękuję wszystkim, którzy wzięli w niej udział. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Stop reklamie

Naczelna Rada Lekarska na marcowym posiedzeniu uznała, że reklamowanie np. suplementów diety czy wyrobów medycznych przy wykorzystaniu wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne, lub odwoływaniu się do osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia jest zjawiskiem negatywnie wpływającym zarówno na zdrowie publiczne w naszym kraju, jak również szkodzi wizerunkowi zawodowemu osób wykonujących zawody lekarza, lekarza dentystry czy farmaceuty. NRL zaapelowała do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uniemożliwienie takiego reklamowania. Zdaniem NRL nieograniczona swoboda reklamowania takich produktów może prowadzić do ich nadmiernej konsumpcji lub stosowania ich zamiast skorzystania z niezbędnej konsultacji medycznej czy farmaceutycznej, a udział w reklamie takich produktów osób z wykształceniem medycznym lub farmaceutycznym może sugerować odbiorcy, iż produkty te mają właściwości lecznicze. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej wykorzystywanie osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne albo sugerujących posiadanie takiego wykształcenia jest działaniem wprowadzającym konsumentów w błąd i jest niezgodne z prawem unijnym.

Lekarz a reklama

W sprawie reklamowania się lekarzy pod koniec stycznia wydawał też komunikat Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, który zaznaczył, że zgodnie z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 63) lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swojego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych, a lekarze i lekarze dentyści naruszający ww. przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej muszą się liczyć z tym, że poniosą za to odpowiedzialność zawodową. Według ustaleń NROZ, Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej w sprawach dotyczących naruszenia art. 63 ust. 2 KEL w latach 2013-2015 prowadzili 42 sprawy, z czego 26 z nich skończyło się wnioskami o ukaranie skierowanymi do okręgowych sądów lekarskich.

NSA na korzyść lekarzy

Lekarz w toku kontroli skarbowej nie musi ujawniać danych swoich pacjentów – takie orzeczenie wydał w marcu br. Naczelny Sąd Administracyjny. NSA miał ustalić, czy lekarz w czasie postępowania kontrolnego prowadzonego przez urząd kontroli skarbowej ma obowiązek przekazać organowi na jego żądanie imiona, nazwiska i adresy pacjentów, którzy podjęli u niego leczenie. W tej konkretnej sprawie, w której orzekał NSA, organy kontroli skarbowej nałożyły na lekarza karę porządkową za odmowę podania tych danych pacjentów. Karę tę utrzymał w mocy Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gorzowie Wielko-

polskim, uznając, że lekarz miał obowiązek ujawnić urzędowi kontroli skarbowej wnioskowane dane, ponieważ dane takie jak imię, nazwisko i adres pacjenta – zdaniem WSA – nie są chronione tajemnicą lekarską. Po niekorzystnym dla lekarza wyroku WSA, Naczelna Izba Lekarska przyłączyła się do postępowania kasacyjnego w NSA i wyraziła stanowisko, że wobec nałożenia na lekarzy obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, dane pacjentów, o które wnioskował urząd kontroli skarbowej, nie mogą być udostępniane. Na rozprawie przed NSA w dniu 4 marca 2016 r. Naczelna Izba Lekarska, jak również występujący w tej sprawie przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich oraz pełnomocnik lekarza szerzej umotywowali pogląd, że organy kontroli skarbowej nie są uprawnione do pozyskiwania od lekarza imion, nazwisk i adresów pacjentów. NSA zgodził się z tą argumentacją, uznając, że przepis ordynacji podatkowej, na który powoływały się organy kontroli skarbowej, nie może stanowić podstawy do żądania od lekarza podania danych identyfikacyjnych swoich pacjentów i uchylił zaskarżony wyrok WSA oraz uprzednie decyzje organów skarbowych (oprac. MK).

Informatyzacja na NRL

Nie ma jeszcze elektronicznej recepty i indywidualnego konta pacjenta, ale nowy rząd widzi istotne funkcjonalności w tym systemie i jest wola Ministerstwa Rozwoju, Ministerstwa Cyfryzacji i Ministerstwa Zdrowia, aby ten projekt kontynuować – powiedział na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej zaproszony Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Marcin Węgrzyniak. Zachęcał do przyglądania się sześcioletniemu platformom e-zdrowia, które są w fazie uruchamiania – szczególnie najbardziej zaawansowanej na Podlasiu. To od 7 do 20 placówek, które wykonują elektroniczną dokumentację, wymieniają ją i archiwizują. Dyrektor podkreślił, że realizowana jest platforma rejestrowa, na której znajdzie się m.in. rejestr pracowników medycznych, w tym lekarzy i pielęgniarek. Poinformował, że na stronie CSIOZ jest uruchomiona platforma e-learningowa, gdzie każdy lekarz może szkolić się z wdrażania nowoczesnych technologii. Zaznaczył, że Centrum kończy wdrażanie systemu monitorowania kształcenia pracowników medycznych i po odpowiednim pilotażu planuje ten system udostępnić większym grupom zawodowym, w tym lekarzom od maja 2017 r. – jeżeli pilotaż się powiedzie.

Lekarz w PRM

Ułatwienia w kształceniu podyplomowym lekarzy w dziedzinie medycyny ratunkowej – to jeden z obszarów zaproponowanych przez Prezydium NRL do uwzględnienia w projekcie zmian w systemie

Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zdaniem Prezydium NRL, w większości szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołach ratownictwa medycznego obserwuje się dotkliwie braki lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny ratunkowej. Równocześnie nie wzrasta zainteresowanie młodych lekarzy podjęciem tej specjalizacji. Dla podniesienia atrakcyjności tej specjalizacji Prezydium NRL zaproponowało umożliwienie zarówno lekarzom specjalistom medycyny ratunkowej podjęcie dodatkowych, pokrewnych specjalizacji, jak i lekarzom tych specjalności uzyskanie specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej w trybie skróconym. Jak zaznaczyło Prezydium NRL, wymagałoby to oczywiście opracowania nowych programów specjalizacji (zmiany w modułach podstawowych).

Kolejne postulaty wniesione w stanowisku Prezydium do zmian w Państwowym Ratownictwie Medycznym to: rezygnacja z procedury konkursowej organizowanej przez NFZ; czasowa zmiana definicji lekarza systemu; zmniejszenie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego; dopuszczenie możliwości transportu międzyszpitalnego przez zespoły ratownictwa medycznego w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta; określenie zakresu działania

zespołów ratownictwa medycznego; prowadzenie ścisłych kryteriów udzielania pomocy w szpitalnych oddziałach ratunkowych; ujednolicenie procedur w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Uzasadnienia do tych postulatów na stronie www.nil.org.pl.



**Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd
Lekarzy odbędzie się w dniach
13-14 maja 2016 r.**

Co planuje Kaczyński?

Czytam w lewicowo-liberalnej prasie, jaki ten nasz rząd rozrzutny i bezmyślny, bo już nie tylko 500 zł na dziecko rozda, ale i seniorom da darmowe leki, co oznacza ogromne koszty.

Sławomir Badurek

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Słowa krytyki idą zawsze w parze z troską o budżet oraz los żyjących i przyszłych pokoleń, które za szczodroblwość obecnej władzy będą musiały słono płacić. Umiaru i rozsądku w wydawaniu państwowych pieniędzy nigdy dość, choć trudno w tym wypadku rozsądzić, ile w groźnie brzmiących przestrobach jest prawdy, a ile hipokryzji, bo najbardziej troskliwi i nieutuleni w żalu są akurat ci, którym poprzedni rząd szerokim gestem i bez oglądania się na stan państwowej kasy fundował reklamy, teksty sponsorowane i prenumeraty, wydając na to setki milionów złotych. Poza tym PiS szedł do wyborów z wymienionymi na wstępie obietnicami. Trudno więc teraz mieć do partii rządzącej pretensje za chęć wywiązania się z kampanijnych zapowiedzi. Można co najwyżej być zaskoczonym, bo praktyka ostatnich lat wskazywała niemal za każdym razem na bezowocny i szybki koniec obietnic wyborczych.

Co się nie zmieniło, to stopień nieprzygotowania nowo wybranej władzy do realnego jej sprawowania w pierwszych miesiącach po wyborach. Osiem lat temu, gdy PO przygotowywała się do formowania rządu, Ewa Kopacz obiecywała „szufladę pełną ustaw”. Tym razem nikt nas nie poczęstował równie zgrabnym bon motem, ale szuflady też były puste. Widać, jak nam daleko do dojrzałych demokracji, gdzie opozycja nie zajmuje się zohydowaniem „kurdupla” albo „rudego i mściwego”, tylko tworzy gabinety cieni, dla których wynajęci eksperci opracowują projekty aktów prawnych. U nas tymczasem nie od razu było wiadomo, kto pokieruje resortem zdrowia, a rekomendowany przez Polskę Razem doktor Konstanty Radziwiłł miał kilku konkurentów, dysponujących – jak się wydawało – silniejszym zapleczem politycznym i lepszymi chodami u prezesa. Na szczęście górę wzięły kompetencje. Jedno z pierwszych zadań nowego ministra to praca nad Projektem 75+, który ma ruszyć od września. Nie może dziwić, że na stworzenie od podstaw programu, funkcjonującego dotychczas jedynie w postaci wyborczego hasła, potrzeba kilku miesięcy, a nie dni, jak chciałyby opozycja. Zadanie nie jest łatwe, bo żadne leki oferowane w aptekach nie są darmowe, populacja seniorów rośnie nie tyle w siłę, co w choroby, a do tego dobrze pamiętamy, jak kosztowne okazały się zielone recepty, było nie było, druki ścisłego zarachowania. Stąd ograniczenia: zawężenie listy

dostępnych bez opłaty leków oraz prawo do wypisywania recept z literą „S” wyłącznie dla lekarzy i pielęgniarek POZ. Dobrze, że z góry zaplanowano konkretny budżet na realizację programu i jego stały wzrost aż do roku 2025. W przyszłym roku na ten cel przeznaczono 564 mln zł, czyli około 5 proc. kosztów refundacji. Nie oznacza to wcale, że leki refundowane będą nas kosztować dokładnie o tyle więcej. Lecząc się lekiem z programu, pacjent nie wybierze innego. Z kolei chorzy, którzy wcześniej nie byli w stanie zrealizować recept, powinni odciążyć budżet w pozycji „leczenie szpitalne”. Dobrze skonstruowana lista leków dostępnych w ramach programu może sprawić, że dostęp do bezpłatnych leków nie będzie wcale „drogim przywilejem”, jak próbuje to przedstawić opozycja i sympatyzujące z nią media. Warto w tym miejscu przypomnieć, że na początku 2014 r. nad wdrażającym podobne rozwiązanie projektem pracowała grupa senatorów z PO pod przewodnictwem Jana Rulewskiego.

Byłoby niedobrze, gdyby Projekt 75+ okazał się jedyną poważną zmianą w systemie refundacji. Duże grupy przewlekłe chorych bardzo boleśnie odczuły skutki ustawy refundacyjnej, wprowadzonej cztery lata temu. Dobrym przykładem są diabetycy. Oszczędności na refundacji insuliny i pensków do glukometrów dały około 500 mln zł rocznie. Byłoby za co chwalić twórców ustawy, gdyby nie powtarzające się braki w aptekach, wywożonych z Polski niektórych rodzajów insuliny, oraz kilkukrotny wzrost odpłatności za szeroko stosowane szybko działające analogi insuliny. Składane przez ministra Arłukowicza obietnice finansowania z oszczędności nowych terapii okazały się w przypadku chorych na cukrzycę farsą. Długodziałające analogi insuliny umieszczono wprawdzie na liście leków refundowanych, ale nadal są to leki drogie, a prawo ulgowego ich zakupu obwarowano wyśrubowanymi wskazaniami. Zamiast oczekiwanego od kilku lat objęcia refundacją tzw. leków inkretynowych, rozszerzono wskazania refundacyjne dla starej i taniej metforminy...

Pozostaje niewiadomą, jak z tymi i wieloma innymi problemami poradzi sobie ekipa doktora Radziwiłła. Jedno jest za to pewne: w razie niepowodzenia i tak wszystkiemu winny będzie Kaczyński. Przynajmniej pod tym względem obecny minister jest w dużo lepszej sytuacji od poprzedników. ■



Odpowiedzialność cywilna za pobicie pacjenta

Rozważając kwestie dotyczące odpowiedzialności cywilnej lekarza lub podmiotu leczniczego, najczęściej spotykamy się z przypadkami dotyczącymi błędu medycznego, terapeutycznego lub diagnostycznego. Zapominamy często, że odpowiedzialność może powstać także w wyniku innych sytuacji, takich jak nieprzestrzeganie praw pacjenta czy brak zapewnienia bezpieczeństwa na terenie placówki. Taki właśnie przypadek prezentujemy poniżej.

19-letni pacjent szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych został zaatakowany przez innego pacjenta, który uderzył go pięścią w twarz. Wypadek zdarzył się na sali służącej do monitorowania pacjentów, oddzielonej szybą od sąsiedniego pomieszczenia dla personelu. Zaraz po incydencie zaopatrzonego pacjenta. Wobec utrzymujących się dolegliwości bólowych, następnego dnia wykonano zdjęcie RTG, które wykazało wieloodłamowe złamanie w trzonie i lewym kącie żuchwy. Po zespoleniu złamania, poszkodowany musiał poddać się długotrwałemu leczeniu związanemu z zastosowaniem 12-tygodniowej diety płynnej, zwiększonej ostrożności na przypadkowe urazy i wzmoczonej higienie jamy ustnej. Jeszcze przez 4-5 miesięcy po urazie u poszkodowanego utrzymywały się dolegliwości bólowe oraz niedoczulica wargi górnej po stronie złamania.

Postępowanie prokuratury prowadzone przeciwko sprawcy pobicia umorzono, wobec orzeczenia o zniesionej zdolności do rozumienia swojego czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Poszkodowany wniósł pozew przeciwko INTER, jako ubezpieczyciela szpitala, żądając 130 tysięcy złotych zadośćuczynienia i ponad 3 tysięcy złotych odszkodowania.

Rozpatrując wniosek powoda sąd oparł się na rozważaniach prawnych i zeznaniach świadków, a w zakresie wartości roszczeń odwołał się do opinii biegłego oceniającego skutki i dolegliwość urazu. Sąd stwierdził, że nie może budzić wątpliwości obowiązek zapewnienia przez szpital bezpieczeństwa i całkowitej opieki każdemu przebywającemu w nim choremu, bez możliwości wyrządzenia mu krzywdy przez innego pacjenta.

Bez znaczenia, zdaniem sądu, był fakt, że przed atakiem nie zachodziły żadne przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec sprawcy pobicia, a incydent był całkowicie odosobniony i błyskawiczny. Sąd podkreślił, że przy analizie odpowiedzialności nie można pominąć szczególnego charakteru szpitala

oraz faktu, że chorzy w nim przebywający wymagają nadzwyczajnego nadzoru. Wina personelu szpitala polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa wynikających z doświadczenia życiowego. Zeznania świadków wykazały całkowity brak nadzoru nad pacjentami w momencie zdarzenia. Do pobicia doszło w części ścisłego dozoru, wyposażonej w szybę dającą możliwość obserwacji pacjentów, jednak w pomieszczeniu dla personelu nadzorującego nie było nikogo, co ostatecznie przesądziło o odpowiedzialności placówki.

Sąd okręgowy uznał za zasadne przyznanie powodowi zadośćuczynienia w wysokości 50000 PLN i 3000 PLN odszkodowania. Wyrok został podtrzymany w drugiej instancji, w której apelacje obu stron zostały podtrzymane.

Jako ubezpieczyciel podmiotów leczniczych INTER wielokrotnie zwracał uwagę na konieczność przestrzegania procedur organizujących pracę placówek i zatrudnionego w nich personelu. Pomagając one nie tylko uniknąć błędów organizacyjnych, ale również zwiększając czujność personelu na sytuacje takie jak opisana powyżej. Ważne jest również szybkie zgłoszenie zdarzenia do swojego ubezpieczyciela, co może znacząco zwiększyć szansę ugodowego zakończenia sporu. Dobrze dopasowane ubezpieczenie placówki zapewni nie tylko wystarczającą ochronę na wypadek konkretnych roszczeń, ale również pozwoli uniknąć kłopotów dzięki profesjonalnej obsłudze prawnej.



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.

Czy zespoły Radziwiłła zmienią rzeczywistość?

Mariusz
Tomczak



FOTO: Adobe Stock

Zaawansowane prace nad 21 projektami ustaw przedstawił szef Ministerstwa Zdrowia, podsumowując pierwsze 100 dni urzędowania. Wkrótce upłyną trzy miesiące, a resort nie spowalnia. Co czeka w przyszłości system ochrony zdrowia?

Jednym z priorytetów rządu Beaty Szydło jest Projekt 75+ wprowadzający prawo do uzyskania bezpłatnych leków dla ok. 3 mln seniorów. Podstawą ich wydania ma być: ukończony 75. rok życia, obecność w wykazie bezpłatnych leków i litera S wpisana w polu „kod uprawnień dodatkowych” na, co warto wyraźnie podkreślić, dotychczasowym wzorze recepty. Te ostatnie będą mogli wystawiać lekarze POZ i pielęgniarki POZ. W lutym rząd przyjął projekt ustawy. Oczywiście na etapie prac parlamentarnych coś jeszcze może się zmienić, jednak resort zdrowia zapewnia, że pierwszy wykaz zawierający bezpłatne leki powstanie do 1 września br. (ustawa wejdzie w życie w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia). Na liście darmowych leków dla seniorów znajdują się droższe preparaty (początkowo te o 30 i 50 proc. współpłacenia). – Nie chodzi o to, by po kropelce obdzielić każdego, tylko ulżyć tym, dla których wydatki na leki są największe – w taki sposób minister zdrowia, Konstanty Radziwiłł, charakteryzuje ducha Projektu 75+. W tym roku na realizację programu przewidziano 125 mln zł, w przyszłym – 564 mln zł. Ta ostatnia kwota w ciągu kolejnych 6-7 lat ma wzrosnąć o ok. 15 proc. rocznie.

Co dalej ze szpitalami?

Już pod koniec stycznia powstał Zespół do opracowania zmian systemowych w ochronie zdrowia. W jego składzie znaleźli się m.in. dr Marek Balićki, prof. Stanisława Golinowska, dr Adam Kozierkiewicz, prof. Wojciech Maksymowicz, Bolesław Piecha, dr Maciej Piróg i prof. Tomasz Zdrojewski. Zadaniem zespołu jest opracowanie propo-

zycji zmian systemowych w ochronie zdrowia, w tym koncepcji zmian w organizacji i finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych. Na efekty jego prac przyjdzie poczekać, ale nie ulega najmniejszej wątpliwości zmiana filozofii resortu w wielu kwestiach. Minister Radziwiłł jednoznacznie opowiada się za zachowaniem publicznego charakteru i publicznej odpowiedzialności jednostek ochrony zdrowia. Uważa, że w ostatnich latach państwo przekazało zbyt dużą część odpowiedzialności na wolny rynek, co nie zawsze jest korzystne dla pacjentów. Zapowiedział wprowadzenie zakazu prywatyzacji szpitali, które już są spółkami. – To będzie koniec kręcenia lodów w obszarze służby zdrowia – powiedział dosadnie w czasie konferencji podsumowującej 100 dni funkcjonowania resortu. – Jeśli jednostka samorządu terytorialnego zdecyduje się na to, aby szpital przekształcić w spółkę, to celem nadrzędnym nie może być jego prywatyzacja. Nawet jeśli jest spółką, to większościowy pakiet udziałów albo akcji musi pozostać w rękach publicznych. Zysk, który taka spółka będzie wypracowywać, musi być przeznaczany na działalność leczniczą, nie ma mowy o żadnych dywidendach – dodał. Zastrzegł też, że nie jest przeciwnikiem funkcjonowania prywatnych jednostek.

Na czele Zespołu do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej stanął Tomasz Pęcherz, radca prawny, prezes Fundacji Watch Health Care (wcześniej kierował nią obecny podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda). W jego składzie znaleźli się

m.in. dwaj członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej (dr Tomasz Romańczyk i lek. dent. Andrzej Cisto), prezydent Polskiej Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia prof. Andrzej Grzybowski i wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego Marek Twardowski. – Część przepisów wymaga likwidacji, część trzeba ograniczyć, a inne zmodyfikować – uważa Twardowski. Zespół zakończy swoją działalność po przygotowaniu raportu, na co ma czas do końca marca br. – Procedowany projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej zakłada wprowadzenie ograniczeń w zbywaniu udziałów albo akcji w spółkach Skarbu Państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego oraz wyklucza możliwość przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową w przypadku wystąpienia straty netto. Natomiast nie ogranicza prawa takiego przekształcenia w trybie zwykłym – wyjaśnia Milena Kruszewska, rzecznik prasowy ministra zdrowia. Ponadto projekt nie zakłada „dekomercjalizacji”, tj. przekształcania spółek w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej czy w jednostki budżetowe.

Dochodzenie roszczeń, ustawa o POZ

Na początku lutego powstał Zespół do opracowania projektu założeń projektu ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych. Jego przewodniczącą została prof. Doroła Karkowska, ekspert w dziedzinie prawa medycznego i praw pacjenta. W składzie są m.in. wiceprezes NRL prof. Romuald Krajewski i Piotr Winciunas z Naczelnego Sądu Lekarskiego. W ocenie wiceprezesa NRL podstawą do uzyskania odszkodowania powinno być, podobnie jak w modelu szwedzkim, wystąpienie szkody zdrowotnej, której w normalnym postępowaniu medycznym można by uniknąć. – Powinno ono być dostępne dla pacjentów w systemie podobnym do odszkodowań za wypadki (np. przy pracy), czyli byłby to rodzaj zabezpieczenia społecznego. Nowa procedura ma być maksymalnie uproszczona, bo obecnie pacjenci mają znikome możliwości uzyskania odszkodowania bez dowodzenia winy. System po prostu nie działa, skoro w skali roku wypłaca się je kilkunastu pacjentom w całym kraju – tłumaczy prof. Krajewski. Założenia do ustawy mają być opracowane do końca marca br. – Będą one przedmiotem konsultacji społecznych, po czym ponownie zostaną omówione przez zespół. Dopiero wówczas rozpoczną się prace nad projektem ustawy. Dobrze byłoby, aby projekt ustawy powstał do jesieni 2016 r. – dodaje wiceprezes samorządu lekarskiego.

Najlepsze wzorce brytyjskie, skandynawskie i holenderskie mają pomóc w przygotowaniu do połowy br. projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Głównym celem ma być wzmocnienie jej roli w systemie służby zdrowia, bowiem to w POZ koncentrują się wszystkie działania, począwszy

od profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób, a skończywszy na opiece paliatywnej. W toku prac zespołu mającego przygotować concept założeń projektu ustawy znalazły się propozycje tworzenia m.in. „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora POZ oraz wspólnych list pacjentów przez lekarza, pielęgniarkę i położną. Czy wejdą one w życie, nie wiadomo, bo takim rozwiązaniom sprzeciwiła się już Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Pewne jest za to coś innego – na głębokie zmiany trzeba będzie zapewne poczekać znacznie dłużej niż kilka miesięcy, bo – zdaniem ministra Radziwiłła – w POZ potrzeba dodatkowych pieniędzy, ale istnieje również problem z kadrą. – W Polsce ilość specjalistów medycyny rodzinnej jest mniej więcej w połowie taka, jakiej potrzeba – uważa minister, który także w przypadku ustawy o POZ powołał specjalny zespół. – Zakończy on swoją działalność po przygotowaniu projektu założeń do projektu ustawy oraz testu regulacyjnego i przedłożeniu ich ministrowi zdrowia do 30 czerwca – mówi Kruszewska. W jej ocenie na obecnym etapie prac nie można jednoznacznie stwierdzić, jaki będzie ostateczny kształt projektowanych rozwiązań.

Likwidacja NFZ, polityka lekowa

Praktycznie od początku objęcia teki przez Konstantego Radziwiłła prowadzone są prace eksperckie nad likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia, co ma nastąpić najwcześniej w 2018 r. – Odpowiedzialność za płacenie za świadczenia zdrowotne spocznie prawdopodobnie na jakiejś agencji wojewody – deklaruje minister Radziwiłł. O szczegółach nie chce mówić, poznamy je za kilka miesięcy. Ogólny kierunek zmian w tym obszarze jednak znamy, bo wielokrotnie zapowiadał, że publiczny system ma objąć nie tylko osoby opłacające składki, ale i nieubezpieczone (m.in. kilkaset tysięcy osób zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych). Niewątpliwie oznacza to zwiększenie kosztów działania systemu. Skąd wziąć na to pieniądze? – Część pieniędzy z OC kierowców można przeznaczać na leczenie ofiar wypadków. Nie ma żadnego uzasadnienia, by z OC kierowców finansować straty w samochodach i budynkach, a w zdrowiu nie. Jednak warunkiem koniecznym rzeczywistej naprawy służby zdrowia są zwiększone nakłady – mówi minister. W znalezieniu dodatkowych środków mogą pomóc wyniki analiz prowadzonych przez dwa niezależne ciała. W składzie Zespołu do przeglądu regulacji mających wpływ na przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne znaleźli się urzędnicy z resortów zdrowia i finansów oraz czterech przedstawicieli Centrali NFZ. Z trzech ministerstw, a także z NFZ, ZUS i KRUS wywodzą się z kolei członkowie Zespołu do przeglądu regulacji w zakresie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Opracowanie Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, którego realizacja ma rozpocząć się w 2017 r., jest jednym z celów Zespołu do spraw Chorób Rzadkich. Jak mówi wiceminister Łanda, kluczowy element planu stanowi egalitarne podejście do refundacji leków na choroby rzadkie, czego skutkiem będzie uruchomienie oddzielnej ścieżki refundacyjnej. – Dzięki temu nie będą musiały konkurować o refundację na tych samych zasadach co leki powszechnie stosowane, ponieważ w takiej rywalizacji obecnie nie mają szans – argumentuje Krzysztof Łanda. To dobra informacja dla pacjentów, bo w terapii chorób rzadkich rośnie liczba stosowanych leków. – W latach 90. XX w. były to zaledwie dwa preparaty, podczas gdy dziś jest ich już prawie 90 – komentuje dr Wojciech Matusewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nowością ma być obowiązek uzasadniania przez producenta ceny leku zamiast dotychczasowej klasycznej analizy ekonomicznej. Niezależnie od posiedzeń tego ostatniego gremium, toczą się prace Zespołu do spraw opracowania projektu założeń, które umożliwią sporządzenie dokumentu „Polityka lekowa Rzeczypospolitej Polskiej”. Znajdą się w nim rozwiązania zapewniające pacjentom z chorobami rzadkimi i ultrarazadkimi lepszy dostęp do leków. Członkami zespołu są m.in. przedstawiciele kilku resortów, AOTMiT oraz Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Staż podyplomowy, nowe uczelnie

Wydaje się, że przywrócenie stażu podyplomowego to tylko kwestia czasu. Ma on stanowić niezbędny etap w rozwoju zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów, umożliwiający praktyczną naukę zawodu. Zgodnie z założeniami projektu przekazanego do konsultacji przez resort w połowie lutego, na czas trwania stażu absolwent studiów medycznych uzyskiwałby prawo wykonywania zawodu. – Kształcenie w uniwersytetach medycznych ma być przede wszystkim teoretyczne, chociaż wsparcie różnymi praktycznymi aspektami uprawnia zawodu. Rozwijamy sieć centrów symulacji, czyli nauki na fantomach, ale nic nie zastąpi kontaktu z żywym chorym. I to może zapewnić właśnie roczny staż podyplomowy – mówi minister Radziwiłł. Odbывałby się on pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty, a w przypadku lekarzy dentystów – przynajmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe.

Ministerstwo nie zamierza wprowadzić konieczności odpracowania kosztów studiów po zakończeniu edukacji. Jeszcze w tym roku zwiększy się o 20 proc. nabór na studia lekarskie w języku polskim. Sekretarz stanu w resorcie zdrowia Jarosław Pinkas zapowiada powstawanie nowych uczelni medycznych (wydział lekarski pojawi się na niepublicznej warszawskiej Uczelni Łazarskiego, trwają

rozmowy zmierzające do powołania go także na Uniwersytecie Opolskim). Minister Radziwiłł skłania się ku tezie, że obecnie nie potrzeba tworzyć dodatkowych miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym. – Pamiętajmy o doświadczeniach niektórych krajów, które uważały, że miały jakiś specjalistów za dużo, i raptem po kilku latach wpadły w dołek. Osobiście uważam, że w stomatologii być może warto położyć większy nacisk nie tyle na kształcenie specjalizacyjne, co na zdobywanie węższych umiejętności. Nad tym będziemy pracować w najbliższym czasie – zapowiada szef Ministerstwa Zdrowia.

Specjalizacje, szkolenia

W jego opinii sytuację na rynku stomatologicznym można szybko zmienić poprzez zachowanie płatnika (przykładowo: kładąc nacisk na seniorów, w niedługim czasie zwiększyłaby się ilość protetyków). Nie ma za to żadnych wątpliwości co do tego, że wobec zawodów medycznych nie wolno stosować identycznych rozwiązań. – Tylko 30 proc. absolwentów studiów pielęgniarzkich odbiera prawo wykonywania zawodu. Co z tego, że będziemy ich więcej kształcić? Nacisk trzeba kłaść na to, jak uczynić ten zawód bardziej atrakcyjnym – podkreśla szef resortu, jednocześnie przestrzegając przed łatwą wiarą w to, że zwiększenie ilości lekarzy rozwiąże większość problemów w polskiej służbie zdrowia. Są przecież bogate kraje, w których ilość niektórych specjalistów w przeliczeniu na tę samą liczbę mieszkańców nie dorównuje Polsce. – Nie za bardzo wiemy, ile dokładnie potrzeba nam specjalistów, bo wpływa na to bardzo wiele czynników, wbrew pozorom nie tylko obiektywnych. To zależy od modelu, jaki przyjmiemy – dodaje. Póki co wiceminister Pinkas zdradza, że planuje się poszerzenie wykazu dziedzin priorytetowych (obecnie jest ich 16) i podjęto prace koncepcyjne nad zmianą zasad odbywania specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

10 marca Sejm rozpatrzył w pierwszym czytaniu projekt nowelizacji ustawy o publicznej służbie krwi. Ma być przyjęty w błyskawicznym tempie, bo w grudniu Komisja Europejska pozwała Polskę do Trybunału Sprawiedliwości UE za niewdrożenie niektórych przepisów dotyczących norm jakości i bezpieczeństwa krwi ludzkiej (termin upłynął 10 lat temu). Zgodnie z projektowaną ustawą powstanie system teleinformatyczny e-krew (ma być opracowany w latach 2017-2019), usprawniający zarządzanie zasobami krwi i jej składnikami oraz zwiększający nadzór nad organizacją publicznej służby krwi. Przepisy zobligują centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa do zapewnienia możliwości pełnego śledzenia drogi krwi i jej składników od krwiodawcy do biorcy i na odwrót (system czuwania). Nadwyżki osocza miałyby być zbierane w drodze przetargu organizowanego przez

ministra zdrowia. Wprowadzony będzie obowiązek szkoleń dla osób przetwarzających krew i jej składniki dotyczący m.in. ok. 19 tys. lekarzy, choć – jak czytamy w projekcie – ta liczba może być zawyżona. Szkolenia musiano by przeprowadzić w ciągu sześciu lat od dnia wejścia w życie ustawy (dotychczas w nieobowiązkowych szkoleniach organizowanych przez jednostki organizacyjne publicznej służby uczestniczyło rocznie ok. 1850 lekarzy). Ponadto nowelizacja obejmuje zagwarantowanie działalności Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (czyli tak, jak działają obecnie).

Zdrowie publiczne, innowacje

W ustawie o zdrowiu publicznym minister planuje zwiększyć finansowanie i wzmocnić kompetencje pełnomocnika ds. zdrowia publicznego, a w Narodowym Programie Zdrowia dodać obszar zdrowie prokreacyjne. W jego ocenie „zdrowie musi być we wszystkich sektorach, resortach i urzędach”, a także w mediach. To dlatego resort prowadzi rozmowy z telewizją publiczną o współpracy przy promocji zdrowia (chodzi m.in. o lokowanie wzorców postaw prozdrowotnych w serialach i innych programach). To jednak nie wszystko. – Bardzo intensywnie pracujemy, aby nie tylko wdrożyć do mają dyrektywę antytytoniową w Polsce, ale nawet nieco ją poszerzyć – mówi Konstanty Radziwiłł i zapowiada objęcie polskimi przepisami antytytoniowymi także e-papierosów. – Nie ma żadnej wątpliwości, że stawiamy na zdrowie publiczne – dodaje minister. Ponadto resort planuje przywrócenie finansowania szczepionek przez budżet i rozszerzenie kalendarza szczepień o szczepionkę przeciwko pneumokokom.

Kilka tygodni temu powołano Międzyresortowy Zespół do spraw Innowacyjności. To organ pomocniczy rządu, w którego składzie znalazł się m.in. minister Radziwiłł. Czy dzięki jego wysiłkowi nowoczesne leki zobaczymy na liście priorytetów w przyszłej nowelizacji ustawy dotyczącej przedsiębiorczości? Na to przyjdzie nam poczekać, jednak – jak zapowiada wiceminister Łanda – w najbliższych latach medycyna stanie się jednym z najważniejszych obszarów gospodarczego rozwoju naszego kraju. Warto dodać, że niezależnie od międzyresortowego zespołu powołanego przez premier Szydło, przy ministrze zdrowia działa Zespół ds. innowacji w służbie zdrowia. Czy to dobrze, że w resorcie powołano tyle zespołów złożonych często z osób niepracujących na Miodowej? – Ekspercki skład ma zapewnić wypracowanie propozycji kierunków, zakresu oraz optymalnego sposobu wprowadzania zmian. Minister i wiceministrowie nie uczestniczą we wszystkich posiedzeniach zespołów, natomiast są oni na bieżąco informowani o przebiegu prac – tłumaczy rzecznik ministra. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Specjalizacje

W Polsce jesteśmy w trakcie szerokiej dyskusji nad kształceniem lekarzy, w tym także kształceniem specjalizacyjnym. Wiadomo, lekarzy jest za mało, specjalistów też, mogliby być „lepsi” (choć nie jest dokładnie wiadomo, co to miałoby oznaczać), sympatyczniejsi, powinni też pozostać w kraju, zamiast szukać pracy za granicą. Z kolei przyszli specjaliści chcieliby pracować w dziedzinach, które lubią, gdzie praca nie jest zbyt ciężka czy ryzykowna. Pogodzenie tych oczekiwań nie jest i nie będzie proste.

Podobna jest sytuacja w wielu krajach europejskich. Oczekiwania wobec lekarzy są coraz większe, medycyna to trudne studia, a potem – jak usłyszałem od eksperta edukacji z Wielkiej Brytanii – to piękny zawód, lecz byle jaka praca. Nic dziwnego, że w UK ponad 40% lekarzy to absolwenci zagranicznych uczelni medycznych. W Szwajcarii ok. 40% specjalistów jest „z importu”. Nie wszystkim jest jednak łatwo „importować” i wobec tego pojawiają się też propozycje, aby skracać i upraszczać kształcenie.

UEMS od dawna takim propozycjom stanowczo się sprzeciwia. Na podstawie licznych opracowań programów kształcenia specjalizacyjnego przez sekcje specjalistyczne UEMS (zwykle we współpracy z towarzystwami naukowymi) sądzimy, że minimalny czas kształcenia lekarza, który jeszcze nie ma żadnej specjalizacji ani ukończonego modułu podstawowego, powinien wynosić 5 lat. Tylko nieliczne specjalności (w UEMS np. medycyna pracy i psychiatria dzieci i młodzieży) wskazały, że możliwe jest

czteroletnie kształcenie. Są to wyjątki od reguły pięciu lat i właśnie pięć lat należy traktować jako minimum, jeżeli specjaliści mają posiadać kompetencje niezbędne do samodzielnej pracy w danej dziedzinie.

Obecnie trwają prace nad aktualizacją listy specjalności uznawanych w trybie „automatycznym” w UE. Są one umieszczone w aneksie V dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji. Aneks zawiera informacje o nazwach poszczególnych specjalności w krajach członkowskich oraz o czasie trwania szkolenia. Niestety, w licznych specjalnościach akceptowany czas kształcenia wydaje się zbyt krótki.

Czy propozycje UEMS zostaną uwzględnione i jaki będzie ostateczny rezultat, trudno przewidzieć, bo na treść aneksu największy wpływ mają politycy z krajów UE i są oni pod dużą presją zrobienia „czegoś”, aby specjalistów było więcej. Skrócenie czasu kształcenia to bardzo prosty i na krótką metę korzystny ekonomicznie pomysł. Wśród lekarzy specjalistów powszechna jest jednak opinia, że zagrazi to jakości opieki. ■



Przełącz 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.



Stawiam na pracę zespołową

Z **Elżbietą Piotrowską-Rutkowską**, prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej, rozmawiają **Ryszard Golański i Lucyna Krysiak**.

Na ostatnim Krajowym Zjeździe Aptekarzy została pani wybrana prezesem NRA na nową kadencję. Czego samorząd aptekarski może oczekiwać po tym wyborze?

Sytuacja, w jakiej znalazła się polska farmacja, jest niezwykle trudna. Składają się na to zarówno problemy natury prawnej, jak i ekonomicznej. Apteki indywidualne upadają, mamy do czynienia z pauperyzacją zawodu, pozycja farmaceuty wymaga wzmocnienia. Środowisko farmaceutyczne oczekuje szybkich zmian. I to właśnie grupa podzielająca moje pomysły na farmację zdecydowała o wyniku wyborów. Mocny głos zabrali między innymi młodzi farmaceutyci, którzy wiedzą, czego chcą, mają swoje zdanie i są bezkompromisowi. W pewnym sensie możemy mówić o zmianie pokoleniowej. Nowa Naczelna Rada Aptekarska to grupa zróżnicowana ze względu chociażby na miejsce pracy czy staż zawodowy. Osoby o sporej wiedzy, doświadczeniu i szerzej postrzegającej otaczającą nas rzeczywistość. Gotowe uczestniczyć w działaniach na rzecz

przywrócenia naszemu zawodowi właściwego miejsca w systemie ochrony zdrowia. Dostrzegając ten zapal, postawiłam na pracę zespołową. Naczelna Rada Aptekarska powołała kilkanaście komisji problemowych, które w swoich strukturach będą tworzyć zespoły. Każdy zespół ma zajmować się konkretnym, jednym powierzonym mu problemem. Jest tyle spraw, którymi trzeba się zająć, projektów, które trzeba rzetelnie opracować, tyle miejsc, gdzie trzeba bywać i reprezentować środowisko, że jedna osoba sobie nie poradzi. Spektrum problemów, z jakimi musimy się zmierzyć, jest ogromne. Od poprawy wizerunku farmaceuty po zwalczanie nielegalnego obrotu lekami.

Które z tych spraw są priorytetowe?

Przede wszystkim w aptekach wciąż brakuje leków. Miedzy innymi tych najważniejszych, ratujących życie. Codziennie aptekarze walczą, żeby zdobyć między innymi choć kilka opakowań np. leków przeciwnakrzepowych. W tym czasie trwa ich nielegalny wywóz z Polski. Do niedawna rocznie wyjeżdżały ▶

leki warte kilka miliardów złotych. Problemem jest łamanie przez sieci aptek istniejących od wielu lat zapisów antykoncentracyjnych, powodujące niekontrolowaną monopolizację rynku aptecznego. Chorobliwie przerośnięty obrót pozaapteczny, brak ustawy o zawodzie farmaceuty i wiele, wiele innych.

O wywożeniu z Polski leków refundowanych mówi się ostatnio sporo...

Nielegalny wywóz refundowanych produktów leczniczych to jedna z najważniejszych przyczyn braku na polskim rynku wielu leków ratujących życie i zdrowie pacjentów. Leki te są wywożone systematycznie za granicę, bowiem ceny wielu w nich są w Polsce niższe niż w innych państwach Unii Europejskiej. Proces ten przybrał niepokojące rozmiary. Niestety, od niedawna po wejściu w życie tzw. noweli antywywozowej w procedurze tym uczestniczą coraz częściej „fałszywe” NZOZ-y, które kupują hurtowe ilości leków na zapotrzebowania w aptekach dla swoich przychodni, a później z zyskiem odsprzedają tym, którzy wywożą je za granicę. Ponieważ Inspekcja Farmaceutyczna nie może kontrolować przychodni, zakładane są kolejne NZOZ-y słupy, w których np. ginekolog zamawia ogromne ilości insuliny. Zmagania z tym procederem przypominają walkę z wiatrakami, czego dobitnym przykładem jest firma, która na zapotrzebowanie zamówiła do dwóch gabinetów (jeden nie przyjmował pacjentów, drugi świadczył usługi raz w tygodniu) leki warte kilka milionów złotych. Doniesienie wojewody do prokuratury zakończyło się umorzeniem dochodzenia.

Jak to się dzieje, że ten sam lek w jednej aptece jest, a w drugiej go nie ma i nie można go nawet zamówić?

Oprócz niekontrolowanego wywozu, przyczynia się do tego między innymi limitowanie dostaw leków do aptek przez niektóre firmy dystrybuujące farmaceutyki w ramach tzw. sprzedaży bezpośredniej, która jest niezgodna z obowiązującym w Polsce prawem farmaceutycznym. Sytuację pogarsza brak reakcji nadzoru farmaceutycznego na informacje o utrudnionym dostępie do wielu leków. Jedynym, zgodnym z obowiązującym prawem systemem obrotu produktem leczniczym jest łańcuch dystrybucji, wynikający wprost z przepisów ustawy prawo farmaceutyczne. Tymczasem istnieje zjawisko reglamentacji leków do aptek. Dotyczy ono leków niezbędnych, wydawanych na receptę, np. leków onkologicznych, na chorobę Parkinsona. To producent decyduje, czy apteka otrzyma lek, czy nie. Ministerstwo Zdrowia zna ten proceder, samorząd aptekarski wielokrotnie sygnalizował problem. Uderza bowiem nie tylko w apteki, ale w politykę lekową państwa. Pacjent bez potrzebnego leku generuje koszty. Wymaga kolejnej wizyty lekarskiej, kolejnej recepty, często na inny, mniej skuteczny, ale dostępny lek. Kosztami obciążony jest także płatnik.

A jak jest ze sprzedażą leków w tak zwanym obrocie pozaaptecznym?

Leki sprzedawane są praktycznie wszędzie. Na stacjach benzynowych, w urzędach pocztowych, kioskach, supermarketach, barach, hotelach, dyskotekach itd. W Polsce do prowadzenia obrotu pozaaptecznego uprawnionych jest około 360 tys. podmiotów. Rynek pozaapteczny jest poza jakąkolwiek kontrolą państwa. Inspekcja zatrudnia 120 inspektorów, kontrolujących około 300 placówek rocznie. Jednocześnie Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna nie posiada uprawnień do nakładania kar na przedsiębiorców prowadzących sklepy ogólnodostępne sprzedające leki niezgodnie z przepisami. Mimo przepisów nakazujących umieszczanie medykamentów w miejscach niedostępnych dla dzieci, są one nagminnie łamane, a leki, w tym leki dla dzieci, umieszczane są na przykład między słodyczkami. Brak jest (w odróżnieniu od aptek i punktów aptecznych) jakichkolwiek zabezpieczeń przed lekami sfałszowanymi. Przepis stanowiący, że w sklepach ogólnodostępnych osoby wydające produkty lecznicze muszą posiadać wiedzę z zakresu: zastosowania, przechowywania sprzedawanych produktów leczniczych, nabytą z informacji zawartych w ulotkach załączanych do produktów leczniczych, jest fikcją. Leki, zawierające paracetamol, sprzedawane są w promocji z alkoholem. Są niewłaściwie przechowywane, co zagraża bezpieczeństwu ludzi. Pacjenci są zmanipulowani reklamami, przekonani, że znajdują się na lekach i leczeniu, a prawda jest brutalna. W badaniach żadna z 600 ankietowanych osób nie wiedziała, które z popularnych leków mają działanie przeciwbólowe, które przeciwgorączkowe, a które przeciwzapalne. Ponad połowa badanych matek twierdziła, że dzieciom można podawać leki dla dorosłych. Jak wynika z badań OECD, aż czterech Polaków na dziesięciu nie umiało po przeczytaniu informacji na opakowaniu aspiryny odpowiedzieć na pytanie, przez ile dni najdłużej można stosować ten lek? Mamy egzamin na kartę rowerową i pływacką, leki może sprzedawać każdy, kto chce.

Czy niezależność zawodu farmaceuty jest zagrożona?

Tę niezależność w wykonywaniu naszych zadań ma nam zapewnić ustawa o zawodzie farmaceuty. Taką ustawę mają lekarze, pielęgniarki, a ostatnio fizjoterapeuci. Tymczasem nasz zawód, mimo że jest zawodem zaufania publicznego, a apteka niezależnie od tego, czy sieciowa, indywidualna, czy szpitalna, jest ogniwem systemu ochrony zdrowia, nie ma swojej ustawy. Taki akt prawny podniesie nie tylko rangę zawodu farmaceuty, ale także, a może przede wszystkim, jasno określi nasze obowiązki i prawa. Projekt już jest gotowy, chcemy z nim w najbliższym czasie wyjść na zewnątrz. W Polsce jest około 30 tys. aptekarzy i niezależność jest nieodzownym warunkiem do tego, żeby nasza praca była prawidłowo wykonywana.

Aptekarze przymierzają się do wprowadzenia w aptekach opieki farmaceutycznej. Resort zdrowia przygotowuje akty prawne tego przedsięwzięcia. Czy to dobry pomysł?

Pomysł opieki farmaceutycznej w polskich aptekach zrodził się kilkanaście lat temu, zyskał poparcie środowiska aptekarskiego, ale dotychczas nie udało się go przeforować. To idea znana na całym świecie od wielu lat. Opieka farmaceutyczna zdefiniowana została jako udokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta. Obecnie opracowaliśmy wstępną koncepcję, która zyskała przychylną opinię resortu zdrowia. Powstał zespół składający się z pracowników Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli NFZ, uniwersytetu medycznego, izby aptekarskiej, który ma wspólnie opracować fundamenty prawne dla tego projektu. Powszechnie wiadomo, że pacjenci nie przestrzegają zaleceń lekarskich, nie przyjmują leków w odpowiednich dawkach i porach. Szczególnie starsze osoby sobie z tym nie radzą. Często, sugerując się reklamami, oprócz leków przepisanych przez lekarza zażywają suplementy diety lub leki będące w sprzedaży bez recepty, które mogą wchodzić z nimi w interakcje. Polipragmazja i interakcje są obecnie powszechne. Zacząć chcemy jednak od rzeczy prostych, ale niezwykle ważnych dla pacjenta i przynoszących korzyści płatnikowi, czyli nauki prawidłowego stosowania inhalatorów. W dalszym etapie powinny zostać wprowadzane procedury zwane przeglądem lekowym. Program warto rozpocząć od leczących się przewlekłe seniorów. Farmaceuta będzie przeprowadzał wywiad z pacjentem na temat medykamentów, które stosuje, ich dawkowania, sposobu zażywania. Będzie to proces udokumentowany ankietą i parafowany przez farmaceutę prowadzącego opiekę farmaceutyczną. W razie wątpliwości, czy pacjent prawidłowo realizuje farmakoterapię, aptekarz skontaktuje się z lekarzem i przedstawi mu wynik ankiety. Lekarz w oparciu o te sugestie będzie mógł korygować terapię.

To wymaga ścisłej współpracy z lekarzami, czy nie obawia się pani wchodzenia w ich kompetencje?

Nie i chciałabym już na początku rozwiać te obawy. Nie będziemy leczyć ani diagnozować. To musi być trójkąt i musimy wypracować właściwe systemy komunikacji lekarzy i aptekarzy. Czy lekarz radiolog wykonujący pogłębioną diagnostykę z pełnym opisem wchodzi w kompetencje lekarza rodzinnego? Oczywiście, że nie. Pomaga w podjęciu właściwych decyzji terapeutycznych. Jeżeli dostanie pełny raport o farmakoterapii, również będzie mu łatwiej leczyć. Starsze osoby, nawet jeśli lekarz na kartce zapisze im dawkowanie leków, często nie pa-

miętają, jak je zażywać, mylą się, czują niepewnie, wracają więc po kilka razy do lekarza, aby uzyskać informację na ten temat. Farmaceuta jest jak najbardziej merytorycznie przygotowany do tego, aby mu pomóc. Poprzez opiekę farmaceutyczną odciążą lekarza w takich sytuacjach. W wielu krajach gorącymi zwolennikami opieki farmaceutycznej są właśnie lekarze, ponieważ farmaceuci chronią ich przed procesami o błędy, gdzie nawet prawidłowa ordynacja leków stanowi łakomy kąsek dla prawników. Istnieje niedosyt w kontaktach między lekarzami i farmaceutami, myślę, że z racji opieki farmaceutycznej luka ta zostanie wypełniona. I nie jestem w tym gołosłowna, każda wspólna konferencja na temat nowych postaci leków, szkolenie na temat leków recepturowych, prawidłowych zasad wystawiania recept, cieszy się wielkim zainteresowaniem lekarzy. Chcemy więc naszą koncepcję współpracy przy opiece farmaceutycznej opracować wspólnie z izbami lekarskimi. Na pewno projekt trzeba doprecyzować, aby nie było w nim niejasności prowadzących do konfliktów. W opiece farmaceutycznej widzę jednak ogromny potencjał, zyska na tym cały system, Polacy znani są z tego, że kupują za dużo leków, wzrosnie także ranga zawodu aptekarza, który niestety ostatnio został sprowadzony do sprzedawcy w sklepie branżowym. Tymczasem farmaceuta przez cały okres studiów, a później specjalizację uczy się o lekach, jest więc najbardziej kompetentną osobą w tych sprawach. Również profilaktyka zdrowotna i promowanie zdrowego stylu życia mogą wchodzić w ten zakres. Dzisiaj taka opieka oczywiście w najprostszej formie funkcjonuje na wsi, gdzie znajdujący się od lat farmaceuta, lekarz i pacjent współpracują ze sobą.

Czy apteki są w równym stopniu przygotowane do pełnienia opieki farmaceutycznej?

Jeżeli mówimy o warunkach lokalowych, część aptek będzie musiała dostosować swoje pomieszczenia tak, aby zapewnić pacjentom komfort i intymność w trakcie rozmowy z farmaceutą. Staramy się jednak przygotować takie rozwiązania, które pozwolą wykorzystać np. już istniejące pomieszczenia biurowe. Merytoryczne przygotowanie ze strony farmaceutów, oprócz samych studiów, wynika między innymi z systemu szkoleń, jakiemu podlegamy. Warto zaznaczyć, że jesteśmy dopiero na początku długiej drogi. Nasza oferta to 14 000 aptek wartych około 18 mld zł, ponad 30 000 fachowców, których nauka kosztowała około 6 mld zł. Codziennie polskie apteki odwiedzają 2 mln pacjentów. Jesteśmy przygotowani do tej pracy.

Pozostaje tylko życzyć sukcesów w realizacji zamierzeń.

Bardzo dziękuję i mówiąc szczerze, wierzę, że nasza współpraca ze środowiskiem lekarzy będzie znacznie lepsza, z korzyścią nie tylko dla naszych profesji, ale przede wszystkim dla pacjenta. ■

Odbudować zaufanie do lekarzy

Lucyna Krysiak

W przeszłości lekarz miał poważanie i był niekwestionowanym autorytetem, nie tylko w leczeniu chorób. Wpływał na zachowania prozdrowotne całych rodzin, środowisk, miejscowości. Obecnie zaufanie pacjentów do lekarzy znacznie spadło. Jak je odbudować?

Spadek zaufania do lekarzy to problem nie tylko polski, inne kraje także się z nim zmagają. U nas przybrał jednak niepokojąco duże rozmiary, o czym świadczą rankingi prowadzone przez różne, niezależne od siebie ośrodki badawcze. Najnowsze z nich jednoznacznie wskazują, że lekarzom ufa zaledwie 43 proc. Polaków. Co gorsze, ta nieufność się pogłębia, co potwierdza ankieta przeprowadzona przez European Trusted Brands. Wynika z niej, że jeszcze kilka lat temu wskaźnik ufności wobec lekarzy wynosił w Polsce 73 proc. Przy średniej europejskiej, która sięgała 78 proc. nie było powodów do obaw. Obecnie jednak kryzys zaufania do lekarzy w Polsce osiągnął apogeum. Samorząd lekarski od dłuższego czasu z uwagą przygląda się tym danym i analizuje przyczyny tego zjawiska. Jednak są one złożone i trzeba działań wielokierunkowych, aby zmienić ten stan rzeczy. Wspólne z marszałkiem Senatu Stanisławem Karczewskim i prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej Maciejem Hamankiewiczem, zorganizowano w Senacie konferencję na temat: lekarz – zawód szczególnego zaufania społecznego. Wywołała ogromne zainteresowanie. Sala była wypełniona po brzegi, a chętnych do zabrania głosu w dyskusji co najmniej kilkunastu. Wśród referentów, oprócz lekarzy, swój punkt widzenia przedstawili filozofowie, psycholog, socjolog, etyk.

Etyka to nie frazes

Gdzieś w podświadomości lekarzy jest ukryta tęsknota do dawnego postrzegania zawodu lekarskiego, jako znaczącego społecznie i cieszącego się powszechnym poważaniem. Jednak w czasach, kiedy rządzi internet i doktor Google, kontrakty i obowiązek wypisywania stert dokumentów, powrót do dawnych wartości wydaje się być niełatwy, ale czy niemożliwy? A może trzeba szukać nowych dróg odbudowania zaufania do lekarza? Minister zdrowia Konstanty Ra-



dziwił w wystąpieniu wprowadzającym w tematykę konferencji przypomniał art. 17 Konstytucji, traktujący m.in. o zawodach zaufania publicznego, podkreślając, że w przypadku lekarzy do tej definicji należałoby dodać – szczególnego zaufania, gdyż zawód ten w pełni na to zasługuje, ale na to określenie trzeba zapracować. – Przez ostatnie stulecie medycyna przeszła długą drogę od relacji lekarza z chorym opartego na intuicji do instrukcji obsługi, a właściwie choroby, opartej na statystyce. Okazuje się jednak, że ludzie niezbyt dobrze na to reagują, ponieważ każdy pacjent jest inny i wymaga indywidualnego podejścia – zaznaczył minister Radziwiłł, dodając, że do dobrego wykonywania zawodu lekarza oprócz ogromnej wiedzy, zdolności do jej zastosowania, ciągłego kształcenia się, doskonalenia kwalifikacji, konieczne są tzw. kompetencje miękkie oparte na umiejętności nawiązywania relacji z drugim człowiekiem. Zwrócił też uwagę na etyczne aspekty wykonywania zawodu lekarza. – Dobro chorego, a nie żadne inne względy, w tym zarabianie pieniędzy, jest

FOTO: Michał Jozefaciuk / Senat RP

najważniejsze – zaznaczył i dodał, że trudno sobie wyobrazić, by lekarz był tylko usługodawcą, a pacjent usługobiorcą, jak to funkcjonuje w obecnej nomenklaturze i rzeczywistości. Zdaniem ministra odbudowanie zaufania pacjentów do lekarzy będzie wymagało odejścia od modelu paternalistycznego, poprzez model partnerski do doradztwa i świadomej zgody pacjenta na proponowany sposób leczenia, przejścia od modelu intuicyjnego do medycyny opartej na rzetelnej wiedzy naukowej. Ta zmiana musi także dokonać się w relacjach lekarzy z ich współpracownikami, a także wymaga większej transparentności w kontaktach z przemysłem farmaceutycznym. – Trzeba pamiętać, że etyka to nie jest czysty frazes, to również zdolność środowiska lekarskiego do samooczyszczenia. „Noblesse oblige” – podsumował minister.

Przyczyna i skutek

Aby jednak zrealizować te założenia, trzeba zgłębić przyczyny spadku zaufania pacjentów do lekarzy. Marszałek Senatu Stanisław Karczewski proponował, by się zastanowić, czy wina leży po stronie samych lekarzy czy może systemu, uwarunkowanego m.in. niedofinansowaniem służby zdrowia, zmianami wymuszonymi postępem techniki, który wszechobecną aparaturą medyczną przyczynia się do zepchnięcia pacjenta na dalszy plan. W opinii prezesa NRL Macieja Hamankiewicza zaufanie to najbardziej wrażliwa część funkcjonowania zawodu lekarskiego, stanowi bowiem jeden z najważniejszych elementów dobrostanu społecznego i jest fundamentem pracy lekarzy i lekarzy dentyistów. Zauważył, że brak zaufania interpersonalnego między pacjentem a lekarzem przenosi się na brak zaufania do całego systemu ochrony zdrowia. – Bez zaufania nie ma możliwości uzyskania sukcesu terapeutycznego, zatem doprowadzenia do sytuacji, kiedy wypełniamy misję naszego zawodu – przekonywał prezes Hamankiewicz. Analizując aspekt historyczny wykonywania zawodu lekarza, dr hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz z Kliniki Neurochirurgii Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie, podkreślił, że nie można być dobrym lekarzem, jeśli nie jest się dobrym człowiekiem. To wskazuje na potrzebę ciągłego doskonalenia nie tylko umiejętności zawodowych, ale charakteru, kształtowania właściwych postaw wobec ludzkiego cierpienia w chorobie. To także sposób podejścia do niepełnosprawności, który niestety w naszych czasach nie zawsze był zgodny z zasadami Hipokratesa, przedstawiającymi lekarza jako tego, który zawsze pomaga i nigdy nie zabija. – Jeżeli osobista godność każdego lekarza będzie na najwyższym poziomie, to godność zawodu zostanie zachowana – przekonywał dr Jerzy Jurkiewicz. W tę retorykę wpisuje się głos biorącego udział w dyskusji prof. Krzysztofa Bieleckiego, chirurga, który uważa, że medycynie trzeba się nauczyć, lekarzem trzeba się urodzić. – Relacja lekarz-pacjent to relacja dwóch specjalistów. Lekarz jest specjalistą z zakresu medycyny, a pacjent to specjalista od samego siebie, choć nie zna się na medycynie. Jedną z przyczyn braku zaufania do lekarzy jest niezrozumienie tej zależności – stwierdził profesor. Zgłębiając

psychologiczne aspekty spadku zaufania do przedstawicieli medycyny, Jan Tylka, profesor Uniwersytetu Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w Katedrze Psychologii Klinicznej i Osobowości, wymieniał unaukowanie relacji lekarz-pacjent, życie w czasach upadku autorytetów, dominację kultury masowej, włączanie się biurokracji do elity i osób piastujących wysokie stanowiska, a także promowanie relatywizmu. – W kształceniu lekarzy należy zwrócić uwagę na formowanie charakterów. Lekarz powinien czynić dobro, a czyniąc dobro, trzeba czynić je konsekwentnie – zaznaczył.

Klient czy pacjent

Na kryzys zaufania do lekarzy nakłada się także deficyt odpowiedzialności ze strony wielu pacjentów. Wśród Polaków panuje przekonanie, że tryb życia i decyzje, jakie podejmują w kwestii swojego zdrowia (niezdrowe odżywianie, brak ruchu, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niebezpieczne zachowania seksualne itp.) są ich prywatną sprawą. Kiedy jednak pojawia się choroba, która staje się problemem i wymaga leczenia, odpowiedzialność przerzucają na system opieki zdrowotnej i lekarzy. To rodzi wobec nich oczekiwania, a jeśli nie są w stanie ich spełnić – agresję. Konsekwencją braku zaufania do lekarza, oprócz skutków emocjonalnych, doświadczanych frustracji, poczucia niezadowolenia z opieki medycznej czy rodzących się pretensji, są zachowania podejmowane przez pacjenta. Należą do nich m.in. zmiany lekarzy, przychodni, zaniechanie badań, leczenia farmakologicznego, szerzenie niekorzystnej dla całej służby zdrowia opinii, co wpływa pośrednio na przekonania innych chorych oraz na stan zdrowia samego zainteresowanego. Nawiązując do tych mało racjonalnych zachowań pacjentów, które – jak się okazuje – są nie tylko polską domeną, prezes Światowej Organizacji Dentystrycznej FDI (World Dental Federation) dr Patrick Hescot powiedział, że w medycynie ogromną rolę odgrywa profilaktyka i współpraca w tym zakresie lekarzy z pacjentami i innymi specjalistami, a także mediami. – Obecnie, w XXI w., nie mamy już pacjentów. Mamy klientów. Przeszliśmy przez różne etapy. Kiedyś ten, kto miał wiedzę, był duchownym, potem był edukatorem, nauczycielem, następnie lekarzem, a teraz wiedza należy do wszystkich – tłumaczył Hescot. Idąc dalej w swoich rozważaniach, mówił, że kiedy było się doktorem, miało się wiedzę, miało się prawo do błędu, miało się prawo do komunikowania się ze swoim pacjentem. Teraz pacjent jest klientem na tym samym poziomie, co lekarz. A co to oznacza? Jego zdaniem obecnie odpowiedzialność lekarza polega nie tylko na leczeniu, ale przede wszystkim na utrzymywaniu w zdrowiu. Jak wyjaśnił, w tej nowej relacji lekarz powinien uświadamiać pacjentowi, że rozwiązanie jest w jego rękach, a medyk ma mu tylko pomagać i towarzyszyć, ale nie działać zamiast niego. Do tego jednak potrzeba umiejętności komunikowania się z pacjentem, a w dobie internetu, tabletek i telefonów komórkowych ten bezpośredni kontakt jest ograniczony, sztuka komunikacji bezpośredniej zamiera. Powierzając lekarzowi swoje zdrowie i życie, pacjent ma potrzebę poczucia, ▶

że jest on właściwą osobą, która się nim odpowiednio zajmie. Kiedy czuje, że jego potrzeby i oczekiwania są rozumiane. Zaufanie to relacja, w której lekarz oceniany jest pozytywnie pod względem zarówno swoich kompetencji, możliwości, jak i intencji. Ocena taka ma miejsce właśnie w sytuacji, gdy jedna ze stron potrzebuje pomocy i wsparcia, co nierozłącznie związane jest z relacją lekarz-pacjent. Chory, mający zaufanie do lekarza, czuje się bezpieczniej i łatwiej dostosowuje się do zaleceń lekarskich.

Autorytet i empatia

Jaki system ochrony zdrowia najbardziej sprzyjałby budowaniu zaufania pomiędzy pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia? Prof. Jacek Hołówka, etyk z Wyższej Szkoły Nauk Społecznych w Warszawie, stwierdził, że taki system, w którym byłyby jasno określone zasady jego funkcjonowania, aby pacjent wiedział, co komu przysługuje z zakresu opieki medycznej. Jego zdaniem mówienie, że wszystko jest dla wszystkich to ideał nierealny do spełnienia. Uważa, że każdy chodzący do pracy po to, aby zarabiać pieniądze, ale nawiązując do Arystotelesa, trzeba odróżnić tych, którzy leczą, żeby zarabiać i zarabiają, lecząc. Dodał, że oderwanie lekarzy od rynku wydaje się niemożliwe, jednak instytucje medyczne winny czuć się odpowiedzialne za wypełnianą przez nich misję społeczną i dlatego motywacją do pracy nie mogą być wyłącznie zarobki. Jego zdaniem zawód lekarza jest ściśle powiązany z misją społeczną. Lekarz spełnia swoją misję niezależnie od systemu, w którym przyjdzie mu pracować. Nieodłącznym elementem trakto-

wania zawodu lekarza jako misji społecznej jest także budowanie przez niego własnego autorytetu. Misja i autorytet zawsze idą w parze. Jeśli lekarz w swojej pracy coraz rzadziej kieruje się misją, traci na tym jego autorytet. W oczach pacjentów staje się „zarabiaczem pieniędzy”, a opinia o lekarzach, szybko się roznosi i zatacza coraz szersze kręgi. Tymczasem dr Jacques de Haller, prezes Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, jest przekonany, że na takich opiniach opiera się zaufanie społeczeństwa do lekarzy, co ma olbrzymie znaczenie dla stabilizacji państwa. Uważa, że lekarz musi pomagać człowiekowi niezależnie od systemu, w jakim pracuje, warunków, w jakich się znajduje. Często są one trudne, a nawet ekstremalne. Swoją autorytet buduje poprzez wiedzę i doświadczenie, ale przede wszystkim poprzez empatię. Jeśli jest prawdziwa, szczerza, nawet w przypadku popełnionych przez lekarza błędów, staje się jego tarczą ochronną. Pacjenci bardzo oczekują od lekarza empatii. Jest ona dla nich wartością nadrzędną. To poprzez empatię zdobywa on zaufanie pacjentów. Oczekiwania wobec lekarza nie skupiają się wyłącznie na jego kwalifikacjach i zawodowych, ale na kompetencjach społecznych, interpersonalnych, a także aspektach osobowościowych. Choć niewątpliwie to właśnie podjęte działania medyczne wpływają na trafnie postawioną diagnozę i na skuteczność leczenia, to jak pokazują badania – od lekarza, którego zawód kwalifikuje się jako zawód szczególnego zaufania publicznego, wymaga się czegoś więcej i to bez względu na specjalizację. To „coś więcej” niewątpliwie także wpływa na relację lekarz-pacjent. ■

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia.

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.



23.05.2016; 15.06.2016 – „Warsztaty skutecznych negocjacji”
08.06.2016 – „Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich”
24.05.2016; 13.06.2016 – „Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych”
18.04.2016; 06.06.2016 – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
27.04.2016 – „Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne”
20.04.2016; 07.06.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”
26.04.2016; 30.05.2016 – „Psychomanipulacje”
24.05.2016 – „Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia”
31.05.2016 – „Sztuka motywacji”
25.05.2016; 07.06.2016 – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”
20.04.2016; 08.06.2016 – „Asertywna komunikacja lekarzy”
21-22.03.2016. 30-31.05.2016 – „Lider zespołu”

13.04.2016 – „Komunikacja perswazyjna i inne techniki wywierania wpływu w relacji pacjent – lekarz”
13.04.2016, 06.06.2016 – „Umiejętności kierowania zespołem”
19.04.2016, 14.06.2016 – „Warsztaty wybranych umiejętności menedżerskich w zarządzaniu podmiotem leczniczym”
18.04.2016 – „Formy wykonywania zawodu lekarza...”
19.04.2016 – „Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarzy...”
26.04.2016 – „Warsztaty autoprezentacji dla lekarzy”
26.04.2016 – „Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”
24.05.2016 – „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”
13.06.2016 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy
14.06.2016 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany

07.04.2016; 08.04.2016 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentyistów” Kursy zakończone egzaminem (egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

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

Życzliwość, a może niech żyją igrzyska?

*Nie ufaj ludziom, którzy zapewniają cię o czymś,
czyniąc to z ręką na sercu.*

Georg Christoph Lichtenberg

Obserwując poczynania i życie we współczesnej Polsce, coraz częściej zadaje sobie pytanie, co się z nami stało? Czy dopadła nas epidemia specyficznego wirusa zazdrości i nienawiści? Wszyscy wszystkim próbują udowodnić swoją wyższość i za wszelką cenę zdobyć rozgłos i sławę, nie przebiegając w środkach. Mój kolega podczas jednego ze spotkań przedstawicieli zawodu zaufania publicznego spytał mnie, czy teraz jest tak, że każdy potrzebuje wokół siebie dworu wyznawców? Odpowiedziałam, że moim zdaniem, im większa jest chęć zaistnienia i im większe mniemanie mają o sobie posiadacze dworu, tym większa u nich potrzeba igrzysk. W starożytności okrutni władcy organizowali je dla własnej uciechy, pozwalając na wzajemne zabijanie się niewolników, którzy nie mając wyboru, walczyli, by przeżyć do następnej walki. Jedynym odważnym okazał się Spartakus.

Degrengolada i zaspokajanie własnych zachcianek doprowadziło do upadku niejednego imperium. Nienawiść i spiskowanie zniszczyły piękne idee cesarstwa rzymskiego. Mówi się, że historia lubi się powtarzać, a przecież każda epoka miała i ma swoich Cezarów, Klaudiuszów i Mesaliny.

Odnoszę wrażenie, że moda na igrzyska, jaka zapanowała w naszym kraju, przeniosła się również do naszego samorządu. Nie potrafimy uszanować osiągnięć innych, natomiast niektórym bardzo łatwo przychodzi negowanie tego, co ich poprzednicy zrobili dobrego, z prostego powodu, że to nie oni byli autorami.

Trudno od nich wymagać obiektywnej oceny wydarzeń, w których nie brali udziału. Częściowo mogą zrozumieć młodych gniewnych, tylko czy na pewno gniewnych, czy raczej bez skrupułów walczących o władzę, którzy nie pofatygowali się zapoznać z historią.

A już całkowicie nie rozumiem ludzi żyjących w danej epoce, którzy teraz próbują wypaczać prawdę tylko dlatego, żeby zniszczyć dobre imię i wizerunek osoby docenionej przez społeczność nie tylko polską, ale i międzynarodową.

Kwestionowanie lub wręcz niszczenie wszystkich autorytetów, powątpiewanie w ich wielkość to, moim zdaniem, całkowity brak szacunku wynikający z zazdrości.

Na co liczą i czego mogą się spodziewać tacy ludzie? Brak życzliwości i zrozumienia dla zachowań inaczej myślących, zero tolerancji i roztaczanie wokół spiskowej teorii dziejów wprowadza chaos i zakłamanie. W atmosferze braku chociażby odrobiny uprzejmości trudno jest cokolwiek dobrego zrobić. Krzykacz z pustynią w sercu i zatrutymi jadem zawiści umysłami, którym brakuje odwagi do przyznania się do własnych błędów i niepowodzeń, za akt odwagi uznają niszczenie innych. Chcą być wielcy, jednak budowanie imperium na chwiejnych fundamentach nie daje gwarancji przetrwania budowli – w krótkim czasie taka budowla musi runąć.

Autorytet zdobywa się życzliwością i wspólną pracą w zgodnych zespołach. Dobroć i przyjaźń tworzą mali, przeciętni ludzie. To oni potrafią tworzyć wspaniałe i trwające wiecznie idealne dzieła. Nie muszą czynić cudów, gdyż wykazują się dbałością o trwałe podwaliny tego, co spokojnie i bez szumnych haseł budują razem z innymi. Do tego jednak potrzebna jest umiejętność wykazania się lojalnością, wiedzą i życzliwością. To są ci mądrzy, uczciwi i rzetelni, obdarzeni charyzmą, którzy tworzą wokół siebie atmosferę zaufania i potrafią motywować innych do pracy.

Z racji wykonywanych profesji medycznych musimy być odpowiedzialni za słowa i czyny, niezależni od wszelkich konfliktów i nie powinniśmy wdawać się w różne gierki polityczne. Podczas konferencji na temat zawodów zaufania publicznego, w dyskusji podsumowującej jeden z mówców powiedział, że lekarz musi być mądry społecznie i niezłomny w artykułowaniu potrzeb pacjenta, czasy paternalizmu minęły i teraz nastała era partnerstwa. Uważam, że to partnerstwo winno także być obecne w relacjach między nami lekarzami.

Naprawdę nie potrzebujemy igrzysk, a jedynie życzliwości we wszystkich dziedzinach życia zawodowego i osobistego. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.



**Wojciech
Grabe**

Lekarz stomatolog,
członek ORL
w Gdańsku i NRL,
delegat na zjazdy
okręgowe i krajowe
w 3 kadencjach

Razem czy osobno?

Z coraz większym niepokojem obserwuję kolejne zamieszanie wewnątrz naszego samorządu. Jedyne ustawowo umocowanego przedstawicielstwa lekarzy i lekarzy stomatologów/ nie dentystów – co zawsze podkreślam, na którą to nieprawidłową nazwę naszego zawodu z braku wystarczającej wiedzy i kompetencji rządowych negocjatorów wyrażono zgodę, dyskryminując i pomniejszając przypisany faktyczny zakres wiedzy i umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych w obrębie działania naszych specjalności zawodowych. Dobiegają kolejne swary o to, czy lekarze i lekarze stomatolodzy powinni być nadal razem, czy współdziałają, czy sobie przeszkadzają?

Demokracja stwarza wiele możliwości, ale też i wymaga zaangażowania i wzajemności. Aktywnie uczestniczyłem w budowie i rozwoju naszej korporacji zawodowej. Tworzonej od podstaw, z ogromnym zaangażowaniem i poświęceniem czasu i środków bardzo wielu zwykłych, ale i niezwykłych ludzi. Siła entuzjazmu i „napęd” do zlikwidowania starego, kosztownie zarządzanego i nieprzyjaznego lekarzom aparatu zarządzającego opieką zdrowotną, a co ważniejsze, nadzieja na naprawę złego sposobu jej funkcjonowania, dawały niespotykaną siłę i determinację działania. Dlatego też widząc to, co dzieje się w moim samorządzie, z którym zawsze emocjonalnie się identyfikowałem, nie mogę i nie chcę siedzieć dalej cicho. Hasło „autonomia” zaczęło w pewnym momencie wykorzystywać do szerzenia złudnego przeświadczenia o większej skuteczności działania samorządu stomatologicznego „uwolnionego” spod licznie przeważającej kurateli lekarzy we wspólnym samorządzie dwóch zawodów. Zawodów pozostających licznie w proporcji 1:5. Z prostej arytmetyki tak by się mogło wydawać osobom niemającym rozeznanie w rzeczywistej sytuacji panującej w samorządzie. Stomatolodzy od samego początku zaangażowali się bardzo aktywnie w odbudowę zrębów odradzającej się po latach samorządności. Wykazali często szczególną inwencję i doświadczenie organizacyjne oraz aktywność, wynikające po części ze specyfiki wykonywanego zawodu, ale też i dostrzegając ogromne szanse na zasadnicze zmiany. Wnosili i wnoszą nadal wiele cennych inicjatyw i wysiłku we wspólne dzieło. Delegatów wybierano i nadal wybiera się spośród tych, którzy zechcieli przyjść na wybory. Nie ukrywajmy, że członkowie naszych zawodów w znacznej części nie dojrżeli korzyści z udziału w stanowieniu o sobie i swoich problemach po 26 latach istnienia i pracy swojego samorządu. Jak wyglądałaby samodzielna reprezentacja środowiska stomatologicznego, skoro każde kolejne wybory w coraz większej liczbie rejonów, obejmujących w zdecydowanej większości lekarzy prywatnie praktykujących, odbywały się w drugich, w sporej części w trzecich terminach, a w części nie odbyły się wcale. Tym sposobem po-

wstawała reprezentacja, nie zawsze reprezentatywna dla danego okręgu wyborczego i lokalnej izby, ale w konsekwencji i dla całego środowiska stomatologicznego. Widać z tego, że stomatolodzy nie znaleźli czasu lub nie uznali za potrzebne wybranie reprezentantów swoich interesów w samorządzie, mimo bardzo wielu problemów, jakie stwarza w naszym kraju prowadzenie własnej działalności zawodowej. Nie nauczyli się dotąd działać wspólnie.

Jak pogodzić to z postulowanym przez „autonomistów” proporcjonalnym wydzieleniem budżetu, i tylko niektórych zadań. Autonomiczny samorząd musiałby w takiej sytuacji przejąć również proporcjonalnie obsadę personalną i rozdział wszystkich, nie tylko wybranych, zadań i obowiązków we wszystkich organach! Niestety, to mrzonki, ponieważ nie było i nie ma tylu aktywnych stomatologów gotowych do sprawnego działania. Nie wnikać w bardzo istotne i niezwykle trudne aspekty prawne podziału, de facto prowadzącego do rozdziału obu samorządów. Wyboru reprezentacji o określonym parytecie dokonuje się na szczeblu rejonu, tam, gdzie zna się proponowanych kandydatów i ich przydatność organizacyjną. Dalszego wyboru na etapie okręgowym i krajowym dokonuje się również pod takim kątem, aby oprócz parytetu uzyskać skład osobowy o określonych zdolnościach do pracy zespołowej w różnych organach, który gwarantować będzie ciągłość sprawnego funkcjonowania, podkreślam ciągle, dwuzawodowego samorządu.

Zwolennicy rozdziału deklarują, że chcą być niby razem, we wspólnym samorządzie, ale z oczekiwaniem i żądaniem pełnej autonomii i niezależności wewnątrz i na zewnątrz!? Zauroczenie czy odurzenie autonomią jako lekiem na całe zło? Tym bardziej, że odbywa się to z użyciem różnej argumentacji, różnych prawd i półprawd, uciekając się nawet do manipulacji i zarzutów ocierających się niekiedy o naruszanie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zarzutów nieprawdziwych i przewrotnych, obciążających samorząd lekarski: „który nie dostrzegał lub też nie chciał dostrzec i nie przeciwstawiał się skutecznie, kiedy był czas – błędnym decyzjom polityków” m.in. w rodzaju „... nieupominania

się o nakłady na stomatologię, o uznawanie dyplomów i obronę tytułu zawodowego, trybu kształcenia, ilości rezydentur, likwidacji opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną, i degradacji zawodowej, której jesteśmy ofiarami” i wielu innych.

Wiara w nagłaśniane „lecnicze” działanie autonomii budzi nie tylko mój niepokój, a poziom emocjonalny działań i sposób jej forsowania stają się zupełnie niezrozumiałe dla zdecydowanej większości koleżanek i kolegów. Mierzmy siły na zamiary, ale tak, aby nie szkodzić. Przypadek jest to, że wśród inicjatorów tych akcji są m.in. osoby od lat zaangażowane w działalność samorządową i znające od podszewki realia, same wielokrotnie biorące udział w nieskutecznych zmaganiach z wygrywającą bardzo trudne nieraz batalie błędną polityką państwa.

Czy tego chcemy?! Czy mamy wrócić do czasów, w których decyzje w sprawach merytorycznych, etycznych i deontologicznych, dotyczących lekarzy i działalności często stricte medycznej, podejmowali urzędnicy wydziałów zdrowia, urzędów gminnych, powiatowych i wojewódzkich? Czy ambicje grupy osób chętnych do tworzenia i rządzenia autonomicznego, a w konsekwencji odrębnego samorządu są do końca przemyślane i odpowiedzialne?

Z mojego rozeznania, w większości izb wspólpraca przedstawicieli obu zawodów przebiegała i przebiega harmonijnie, z pełnym poszanowaniem odrębności zawodowej i pozostawianiem decyzji dotyczących spraw stomatologicznych stomatologom. Jedynie w pojedynczych izbach dochodzi do zakłóceń we właściwej komunikacji i pewnych napięć w podejmowaniu decyzji dotyczących spraw stomatologicznych, związanych najczęściej z personalnymi, ambicjonalnymi lub prestiżowymi rozgrywkami, i niejednokrotnie złym lub niewystarczającym przygotowaniem merytorycznym problemów do rozwiązywania. W trwającą – racjonalnie trudną do wytłumaczenia – „wojnę na górze” o autonomię zaangażowała się też – mam nadzieję pełna dobrej wiary – niewielka część koleżanek i kolegów. W większości spraw udawało się sporne kwestie rozwiązywać w sposób, który nie paraliżował działalności izbowej w zakresie dotyczącym stomatologii. Tego typu incydentalne przypadki nie dawały jednak powodów do formułowania zarzutów o utrudnianiu czy uniemożliwianiu działalności samorządowej przedstawicielom lekarzy stomatologów na danym terenie, co teraz ma miejsce, a formułowanych tak, jakby dotyczyły całego kraju. Odnoszę nieodparte wrażenie, że powstaje pewne lobby, może kilkudziesięciu osób w kilku izbach, dążących do korporacyjnej autonomii zawodu, pragnących stworzenia tym sposobem instrumentów nacisku na władze (w szerokim tego słowa znaczeniu), w celu uzyskania korzystnych dla części środowiska, w tym pracodawców, rozwiązań formalnych i praw-

nych, które nie są tożsame z interesami ogółu lekarzy stomatologów, a w szczególności oczekiwaniami znacznej części lekarzy prowadzących małe indywidualne praktyki stomatologiczne, których interesów należy ze szczególną uwagą pilnować, ponieważ pracując w rozproszeniu, nie stanowią żadnej siły, z którą władza chciałaby, a przede wszystkim musiałaby się liczyć. Siła głosu ok. 190 tys. członków wspólnego samorządu ma chyba większą siłę sprawczą niż ok. 40 tys. stomatologów. Członków świadomych tego, co mogą wspólnie zdziałać. I na wzmacnianiu tej wspólnoty powinniśmy skoncentrować nasze teraźniejsze działania. Skupmy się więc najpierw nad stworzeniem normalnych i bezpiecznych warunków pracy i równorzędnych dla wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów praw funkcjonowania, co jest nie tylko historycznym obowiązkiem samorządu zawodowego.

Zjednoczmy siły i środki oraz wszystkie umiejętności po to, aby razem – angażując w to również naszych pacjentów, całe społeczeństwo – wymóc na rządzących słowność i odwagę podejmowania kompleksowych prac nad przemyślaną strategią sukcesywnego budowania spójnego systemu opieki zdrowotnej, z udziałem naszego merytorycznego wsparcia. Zapobiegnie to na przyszłość fundowaniu nam kolejnych, dorażnych, nieprzemyślanych lub populistycznych rozwiązań, nieprowadzących do zbudowania stabilnego systemu. Każda ekipa rządząca zaczyna tworzenie kolejnego, jak dotąd każdorazowo gorszego rozwiązania, przy postępującej degradacji stanu zdrowia społeczeństwa i poziomu opieki. Marnotrawiąc przy tym doświadczenie rzeszy osób biorących udział w dotychczasowych pracach oraz kolejne siły i środki, które można byłoby wykorzystać z dużo większym pożytkiem na inne potrzeby. Pomysł wyrzucania wszystkiego po poprzednikach, w imię działania dla lepszej przyszłości, gdyby miał być realizowany z taką gorliwością przez wiele poprzednich pokoleń „reformatorów”, spowodowałby to, że do dzisiaj mielibyśmy duże szanse tkwić nadal w czasach nieodległych od ery kamienia łupanego.

Kończąc, wydaje mi się, że trzeba poważnie zastanowić się nad działaniami niesłużącymi nam samym i całemu środowisku lekarskiemu, a tym bardziej samorządowi, bez pracy którego, często niedostrzeganej dla nieorientowanego obserwatora, wielu z nas nawet nie wyobraża sobie tego, jak inaczej wyglądałoby teraz funkcjonowanie nas wszystkich. Takie separatystyczne dążenia są trwonieniem i tak niewystarczających sił i środków, które należałoby w naszej sytuacji kumulować na sensowniejsze, bardziej efektywne działania. Przychodzi mi tutaj na myśl pewien spot reklamujący zalety oszczędności, w którym przeciwstawia się lekkomyślną rozrzutność w postaci zakupu designerskiego, koniecznie niezbędnego wieszaka na banany.

Czy nam potrzebny jest taki wieszak!? ■

Ze względu na szczupłość miejsca do publikacji szerszy komentarz dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl

Aktualności





**Marzena
Dominiak**

Prof. dr hab.
n. med.,
przewodnicząca
Komitetu
Naukowego
Kongresu FDI

Kongres FDI

– program naukowy uszyty na miarę

Program naukowy
każdego Kongresu
FDI powinien być
interesujący w takim
samym stopniu
dla endodonta,
implantologa,
ortodonta,
stomatologa
z Polski i uczestnika
z zagranicy.



Wizyta prezesa Światowej Organizacji Dentystycznej
FDI Patricka Hescota w NIL (15.03.16)

W tzw. preliminary programme Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI, który odbędzie się w dniach 7-10 września w Poznaniu, znalazły się więc nazwiska prawie 50 specjalistów z 28 dziedzin stomatologii. Wśród nich jest wiele autorytetów o międzynarodowej renomie z kraju, jak i zagranicy.

Swoją udział potwierdzili wybitni światowi eksperci, m.in. prof. Young-Guk Park z Korei Południowej, prof. Kaan Orhan z Turcji czy prof. Maurizio Tonetti z Włoch, oraz z Polski, m.in. prof. Ingrid Różyto-Kalinowska, prof. Piotr Majewski, prof. Andrzej Wojtowicz, dr Bartosz Cerkaski czy dr Wojciech Bednarz.

Nie sposób zachęcić do wszystkich zaplanowanych wykładów. Wiadomo jednak, że prof. Ingrid Różyto-Kalinowska przedstawi argumenty, że stożkowa tomografia komputerowa (CBCT) może wkrótce stać się złotym standardem w stomatologicznej praktyce klinicznej, prof. Magda Feres z Brazylii dokona przeglądu doniesień zawierających informacje o korzyściach z wykorzystywania antybiotyków w leczeniu periodontologicznym, dr n. med. Wojciech Bednarz przedstawi aktualny pogląd na temat diagnostyki, profilaktyki i leczenia recesji dziąsłowych, a prof. Young-Guk Park z Korei Południowej opowie o nowo zaprojektowanym urządzeniu do odsuwania języka, które ma za zadanie przemieścić sześć przednich zębów do tyłu z intruzją zarówno przedniego, jak i tylnego odcinka, jednocześnie w konsekwencji z intruzją całego górnego łuku z rotacją żuchwy „counterclockwise”.

Warto podkreślić fakt, że w Poznaniu, po raz pierwszy w historii Kongresów FDI, zostaną przeprowadzone sesje: laseroterapii, implantologii i chirurgii szczękowo-twarzowej. Odbędzie się też sesja Akademii Osteointegracji (Academy of Osseointegration Symposium).

Ważny punkt programu naukowego poznańskiego Kongresu stanowią kursy praktyczne i warsztaty tzw. hands-on (wyłącznie dla uczestników FDI AWDC). Medycyna estetyczna, ortodoncja, leczenie laserem,

zaburzenia czynnościowe narządu żucia czy sposoby walki z erozją i starciem zębów – to tylko niektóre z proponowanych tematów.

Uczestnicy warsztatu dr. n. med. Andrzeja Bożyka („Leczenie wstępne TMJD”) nauczą się prawidłowo zbadać pacjenta z zaburzeniami układu ruchowego narządu żucia, rozpoznać zaburzenie, podjąć właściwą terapię wstępną (aparaty odciążające i fizjoterapia) i kontrolować przebieg procesu leczniczego. Dr n. med. Maciej Żarów („Odbudowy kompozytowe w przypadku znacznego starcia zębów”) zdradzi, jak wykorzystywać minimalnie inwazyjne technologie adhezyjne w przypadku konieczności odbudowy utraconych tkanek zęba i utraconej wysokości zwarciowej. Dr n. med. Kinga Grzech-Leśniak opowie, jak wykorzystać laser diodowy wysokoenergetyczny w procedurach cięcia, frenulotomii, plastyki przedstonka, usuwaniu włókniaka i innych, a światowej sławy specjalista i showman jednocześnie – dr Miguel Stanley – poprowadzi kurs pt. „Plan leczenia jako podstawowy klucz do sukcesu”.

Warto pamiętać, że Polski Komitet Naukowy przygotował 25. proc. tematów programu, 25. zaproponowała FDI, 50 proc. jest efektem wspólnej pracy. Aby maksymalnie wykorzystać walory edukacyjne Kongresu, należy odpowiednio zaplanować każdy dzień. Pierwsze wykłady rozpoczną się już o godz. 8.30, a zakończą o 17.00, wszystkie będą tłumaczone symultanicznie na język polski (oficjalnym jest język angielski).

Każdy uczestnik Kongresu otrzyma certyfikat z przyznanymi punktami edukacyjnymi zgodnie z obowiązującym lekarzy prawem. Program Kongresu został opracowany i jest realizowany zgodnie ze standardami ADA Continuing Education Recognition Program (ADA CERP) w ramach wspólnych działań FDI oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Ostateczny program wykładów i warsztatów poznamy za kilka tygodni. Szczegóły dostępne są na www.fdi2016poznan.org. ■



**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Świadoma zgoda pacjenta

Problematyka odpowiedzialności cywilnej lekarza za szkodę wyrządzoną w związku z leczeniem coraz częściej jest przedmiotem zainteresowania nie tylko nauki prawa medycznego, ale przede wszystkim orzecznictwa sądowego. W orzecznictwie tym wyraźnie widoczne są też nowe tendencje, a ich znajomość może uchronić przed roszczeniami odszkodowawczymi pacjentów.

Ciekawe wyroki zostały w ostatnim czasie wydane w odniesieniu do świadomej zgody pacjenta. Mogłoby się wydawać, że wprowadzenie gotowych formularzy, w których w sposób wyczerpujący wymienione zostały możliwe powikłania oraz skutki konkretnej metody leczenia lub diagnostyki zniwelują problemy związane z koniecznością uzyskania takiej zgody. Tak się jednak nie stało, a dodatkowo pojawiły się nowe problemy. Przypomnijmy zatem podstawowe zasady odnoszące się do tego zagadnienia.

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. lek.). Zgoda pacjenta dotyczy poszczególnych świadczeń zdrowotnych, począwszy od badania diagnostycznego, poprzez zastosowanie określonej metody leczenia, skończywszy na zabiegu operacyjnym. Z wymogiem uzyskania zgody łączy się obowiązek szeroko ujmowanej informacji (art. 31 ust. lek.), która pozwala na świadome podjęcie decyzji o akceptacji lub odmowie leczenia¹. Lekarz powinien przy tym udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Brak właściwej informacji

Do niedawna decydujące znaczenie miało ustalenie, czy pacjent został w prawidłowy sposób poinformowany o skutkach udzielania danego świadczenia. Wskazywano na obowiązek przekazania informacji o typowych powikłaniach oraz możliwość zaniechania takiego działania w przypadku powikłań nietypowych. Obecnie wskazuje się, że równie ważne jest, aby pacjent został poinformowany nie tylko o proponowanej, ale także innej możliwej do zastosowania metodzie leczenia lub diagnostyki.

Praktyczne znaczenie wyboru metody leczenia potwierdza wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 13 lipca 2011 r. (I ACa 57/11). W spornym stanie faktycznym pacjent zgłosił się na ostry dyżur laryngologiczny z powodu utknięcia w jego przełyku gumy do żucia. Poszkodowany zakrztusił się gumą w trakcie jazdy samochodem i rozmowy przez telefon. W izbie przyjęć założono mu historię choroby, a następnie odebrano od niego zgodę, wskazując, że zostanie mu usu-

nięte ciało obce poprzez włożenie „rurki” do tchawicy. Przed zabiegiem pacjent został przebadany przez anestezjologa, poddano go też niezbędnym badaniom przygotowującym do zabiegu, w tym badaniom laboratoryjnym. Usunięcie gumy z przełyku było zabiegiem trudnym, guma przykleiła się bowiem w różnych miejscach i przy zdejmowaniu jej kleszczykami rwała się. Po zabiegu pojawiły się u pacjenta duszności, kaszel, a następnie ból w klatce piersiowej oraz narastające trudności z oddychaniem, a w dalszej konsekwencji odma śródpiersiowa. Następnie zdiagnozowano perforację na pograniczu gardła i ujścia przełyku, poddano go więc dalszemu leczeniu oraz zeszyciu przetoki gardłowej. W toku sprawy podkreślano, że uszkodzenie ściany gardła przy zabiegu bronchoskopii nie należy traktować w kategoriach błędu medycznego. Skutek taki stanowi bowiem powikłanie, które występuje w ok. 0,5-4 %. Pacjent nie negował zresztą, że o możliwości wystąpienia tego rodzaju powikłania został poinformowany przez personel medyczny. Sąd zwrócił jednak uwagę, że fakt udzielenia przez pacjenta formalnej zgody nie może jeszcze przesądzać o jej skuteczności. Opierając się na opinii biegłego, wskazał, że usunięcie ciała obcego z rozwidlenia tchawicy mogło się odbyć z użyciem będącego na wyposażeniu placówki bronchoskopu sztywnego lub też bronchoskopu tzw. giętkiego (fiberobronchoskopu). Rozpoczęcie procedury z użyciem tego ostatniego dawałoby dogodniejszy wgląd w drogi oddechowe i lepszą lokalizację ciała obcego. Dopiero w przypadku niepowodzenia w usuwaniu ciała obcego z użyciem tej metody uzasadnione byłoby zastosowanie bronchoskopu tzw. sztywnego. Problem polegał jednak na tym, że fiberobronchoskopu nie było na stanie podmiotu leczniczego. Sąd uznał, że w takim przypadku pacjent powinien zostać poinformowany o możliwości zastosowania innej metody, której lekarze nie mogą zastosować ze względu na brak odpowiedniego sprzętu. Dopiero przekazanie pełnej informacji oraz zdecydowanie się pacjenta na zabieg w danej placówce spowodowałoby, że zgoda przez niego udzielona byłaby prawnie skuteczna. W przeciwnym wypadku wymóg ten nie został spełniony pomimo przekazania danych o możliwych powikłaniach oraz ryzyku przeprowadzanego zabiegu i umieszczeniu podpisu przez pacjenta na przygotowanym uprzednio formularzu zgody.

Przypadek dziecka

Do podobnych wniosków doszedł Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z 18 września 2013 r. (I ACa 355/13), w którym stwierdził, że pacjent, aby mógł dokonać świadomego wyboru, musi zostać poinformowany o alternatywnej metodzie leczenia lub diagnostyki. W sytuacji, gdy istnieją alternatywne metody leczenia, wybór jednej z nich należy do pacjenta. W analizowanej przez sąd sprawie, dziecko w czasie zabawy w szkole doznało urazu oraz otwartego złamania obu kości przedramienia lewego (łokciowej i promieniowej) z kątowym przemieszczeniem odłamów. Lekarze dokonali unieruchomienia kończyny, nie informując matki dziecka, że możliwe byłoby także operacyjne ustawienie. Ze względu na charakter otwartego złamania (bezpośrednie zagrożenie infekcją bakteryjną) wybrano postawę wyczekującą, przyjmując ustawienie odłamów kostnych za dostateczne do uzyskania zrostu. Nie uzyskano jednak anatomicznego ustawienia odłamów, w konsekwencji w późniejszym terminie konieczne było leczenie operacyjne. Sąd podkreślił, że odpowiedzialność za powstałe zdarzenie występuje ze względu na fakt, że lekarze nie udzielili matce dziecka informacji o istnieniu dwóch równorzędnych metod leczenia takiego złamania. Dlatego zgoda została wprowadzie udzielona przez przedstawicielkę ustawową pacjenta, ale nie była formalnie poprzedzona informacją o alternatywnych metodach leczenia, co powoduje, że jest ona prawnie nieskuteczna.

Alternatywę dać trzeba

Na konieczność poinformowania pacjenta o możliwości wykonania zabiegu metodą klasyczną (metodą Nissana) lub metodą laparoskopową zwracał uwagę także Sąd Najwyższy w wyroku z 16 maja 2012 r. (III CSK 227/11). Przyczyną braku prawidłowej informacji był fakt, że metoda laparoskopowa nie była stosowana w szpitalu, a jednocześnie nie wskazano, że istnieje możliwość przeprowadzenia zabiegu przy zastosowaniu takiej metody w innych placówkach medycznych. Jak bowiem podkreśla Sąd Apelacyjny w Gdańsku z wyroku z 26 lutego 2010 r. (I ACa 51/10) – jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia kilkoma różnymi metodami, powinien być przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z ich zastosowania, tak aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Zaniechanie przez lekarza wskazanego obowiązku narusza przepisy ustawy lekarskiej (art. 31), jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu jedną z możliwych metod nie ma charakteru zgody uświadomionej. W tym z kolei stanie faktycznym chodziło o dokonanie wyboru pomiędzy wszczepieniem implantu metodą TRAM lub metodą Beckera, której przeprowadzenie wymagało specjalistycznego sprzętu oraz lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Przywołane przykłady dowodzą, że zarówno w interesie lekarza jest przekazanie informacji o alternatywnych metodach leczenia, nawet jeśli nie mogą być one zastosowane w danej placówce. ■

1 W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia, jeżeli przemawia za tym jego dobro. W takim przypadku ma obowiązek poinformowania przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Na żądanie tego podmiotu ma jednak obowiązek udzielić mu wszystkich danych medycznych (art. 31 ust. 4 ust. lek.).



**Janusz
Małecki**

Zastępca
Naczelnego
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej

Bez zahamowań

KEL art. 12 ust.1: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”; art. 14: „Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy”.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) w W. wszczął postępowanie wyjaśniające w związku z programem wyemitowanym przez telewizję pt. „Ginekolog bez zahamowań”. Obraz z ukrytej kamery przedstawiał badania poważnie odbiegające od przyjętych standardów. W roli pacjentki występowała dziennikarka, która zgłaszała trudności w zajściu w ciążę. Rzecznik postawił obwinionemu lekarzowi zarzut pogwałcenia godności osobistej i intymności pacjentki. Szczególnie niestosowne było zadawanie pytań odnoszących się do intymnej sfery życia seksualnego pacjentki z jej partnerem (czy w trakcie stosunku jest masochistką czy sadystką, jakie pozycje stosuje itd.). Prowadzenie badania ginekologicznego nosiło znamiona karalnej czynności seksualnej (masturbacja, klepanie po pośladkach). Wniosek o ukaranie wskazywał naruszenie Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) – art. 12 ust.1 oraz art. 14.

Dodać należy, że obwiniony oprócz specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii był również dyplomowanym diagnostą laboratoryjnym, a swój gabinet prywatny umieścił w budynku jednego z hoteli w W. Jak wyjaśniał, w ramach pracy w tym gabinecie przygotowywał swoją rozprawę habilitacyjną i z tego tytułu wykonywał zdjęcia okolicy płciowej pacjentek.

Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) w W. uznał obwinionego lekarza winnym zarzucanego przewinienia zawodowego i ukarał go karą nagany. Od tego orzeczenia odwołał się obwiniony, podnosząc, że OSL oparł się na niekompletnym materiale filmowym, który nie odzwierciedlał przebiegu całej wizyty. Naczelny Sąd Lekarski (NSL) uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania, wskazując m.in., iż nagranie nie zostało ujawnione jako dowód na rozprawie. Po ponownym rozpoznaniu sprawy przez OSL obwiniony lekarz został uznany winnym i ukarany zawieszeniem prawa wykonywania zawodu na okres

1 roku. Obwiniony ponownie odwołał się, zarzucając oparcie rozstrzygnięcia na niepełnym materiale dowodowym, który nie ujmuje całego przebiegu wizyty. Ponadto zarzucił naruszenie normy art. 443 kpk (kodeksu postępowania karnego) poprzez wymierzenie kary surowszej, niż orzeczona przez sąd I instancji. Dołączył również opinie innych lekarzy o realizowanym przez niego „nowym, holistycznym podejściu do problematyki ginekologiczno-wenerologiczno-seksuologicznej”.

NSL stwierdził, że odwołanie jest zasadne wyłącznie w zakresie orzeczenia wyższej kary, podtrzymał natomiast orzeczenie w zakresie winy obwinionego. W odpowiedzi na twierdzenia obwinionego o dokonanej prowokacji, NSL stwierdził, że niepojęte i nieprawdopodobne jest (cyt.): „aby lekarz mógł ulec jakiegokolwiek prowokacji w taki sposób, aby jego zachowania odpowiadały tym, które dokumentuje materiał filmowy” i wymierzył obwinionemu karę nagany, stosownie do art. 443 kpk. Obwiniony wniósł kasację do Sądu Najwyższego (SN), podnosząc m.in., że nie zostały uwzględnione wnioski o przeprowadzenie dowodu z nagrania całości wizyty oraz że zdarzenie było z góry przygotowaną prowokacją dziennikarską.

SN oddalił kasację jako bezzasadną i to w stopniu oczywistym. Dla Sądu nie budziło wątpliwości, że materiał dowodowy został pozyskany w następstwie prowokacji dziennikarskiej, co nie stanowi naruszenia prawa, albowiem przedmiotem nie było kreowanie zdarzeń, a jedynie zarejestrowanie zachowania obwinionego. To zachowanie odbiegało od przyjętych standardów, ponieważ obwiniony posługiwał się wulgarnym słownictwem, a jego czynności zdecydowanie wykraczały poza kompetencje zawodowe. SN podkreślił, że obwiniony wykonywał czynności zastrzeżone dla specjalisty z zakresu seksuologii, do czego nie miał żadnych kompetencji, a to z kolei stanowiło naruszenie art. 10 wskazanego wyżej KEL.

Komentarz

Ta sprawa ma kilka aspektów. Rozpoczyna ją funkcjonująca w tzw. przestrzeni publicznej informacja o specyficznej relacji lekarza z pacjentkami, w następstwie czego została przygotowana prowokacja dziennikarska. Najważniejszym wnioskiem natomiast pozostaje naganność wulgarnego słownictwa używanego przez lekarza i namawianie pacjentki do stosowania technik samozaspokajania w zgłaszanej niemożności zajścia w ciążę. Nie do przyjęcia jest klepanie pacjentki po pośladku i poszukiwanie u niej punktu G w trakcie badania, dodatkowo opatrzone prostackim komentarzem.

Lekarz nie może przekraczać swoich kompetencji wynikających z posiadanej specjalizacji. Wyjaśnienia

obwinionego, że stosowane przez niego techniki wynikały z planowanej rozprawy habilitacyjnej na temat roli czynnika męskiego w profilaktyce raka szyjki macicy, nie mogły być uznane.

W kwestii proceduralnej wskazać należy, że od pierwszego orzeczenia OSL o ukaraniu naganą odwołanie złożył tylko obwiniony, co wskazuje, iż OROZ uznał taką karę za wystarczającą. Drugie orzeczenie OSL wprowadziło surowszą karę dla obwinionego lekarza. Ponieważ jednak OROZ nie wniósł środka odwoławczego od pierwszego orzeczenia OSL, dlatego późniejsze zaostrezenie kary było sprzeczne z obowiązującym porządkiem prawnym i w tej części musiało zostać skorygowane przez NSL. ■



Na ratunek 999



Telefony dzwonią 24 godziny na dobę. Dwa tysiące połączeń dziennie. Dyspozytorzy cierpliwie zadają pytania, uspokajają, instruują. Za drzwiami czuwa lekarz. Zespoły pogotowia walczą w terenie.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Centrum dyspozytorskie Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie: rejon operacyjny nr 14/01 – dyspozytornia Warszawa, poza nim jeszcze pięć innych rejonów w województwie mazowieckim, każdy obsługiwany przez osobny podmiot. RO nr 14/01 ma w sumie 27 stacji wyczekiwania (Warszawa i okolice) z 24 zespołami specjalistycznymi i 34 podstawowymi, karetką noworodkową i karetką wodną, która stacjonuje od maja do września na Zalewie Zegrzyńskim. W razie potrzeby jest wsparcie LPR-u i WOPR-u. Kto pracuje w tym miejscu, jak podejmowane są decyzje o wysłaniu zespołu ratunkowego, z jakimi problemami borykają się pracujący tu ludzie, kim są? Postanowiliśmy to sprawdzić.

Dyspozytornia RO 14/01 znajduje się w centrum miasta, w budynku odnowionej kamienicy z lat 50. ubiegłego wieku, położonej u zbiegu ulic Hożej i Poznańskiej. Brama wjazdowa, kilka schodków, mała korytarz. Jesteśmy na miejscu. Wchodzimy do niezbyt dużego pomieszczenia, w którym jest 12 stanowisk dyspozytorskich, jedno przy drugim, oddzielonych szybą. Na każdym biurku telefon i dwa monitory. To właśnie tu trafiają zgłoszenia z numeru 999 bezpośrednio i przekierowane ze 112 – z Centrum Powiadamiania Ratunkowego. – Już niebawem przeniesiemy się na pierwsze piętro, gdzie będzie więcej miejsca i nowy sprzęt. Zwiększy się także liczba stanowisk dyspozytorskich, będzie ich 16 – cieszy się jedna z dyspozytorek.

Codziennie mają około dwóch tysięcy zgłoszeń telefonicznych, z czego blisko 700 zostaje przekazanych do realizacji. Nie wszystkie wyjazdy są uzasadnione, ale pacjenci wiedzą, co mówić, żeby dyspozytor przyjął zgłoszenie. – To, że na miejscu okazuje się, że nie ma stanu nagłego zagrożenia życia, dla osoby wzywającej jest sprawą nieistotną. Ludzie żądają przyjazdu karetki. Wiele telefonów dotyczy przypadków medycznych ewidentnie niezagrożających życiu, więc takich zazwyczaj nie przyjmujemy do realizacji – mówi pani Ania, dyspozytorka i ratownik medyczny. Które są najbardziej irytujące? – Jest problem z wezwaniami od osób, które jadą autem i zobaczą, że np. na przystanku leży człowiek. Pytam, co dokładnie

się dzieje, czy pacjent oddycha i słyszę: „Nie wiem, bo ja tylko przejeżdżałem”. Kiedy zespół pogotowia przyjedzie na miejsce, okazuje się, że nikogo tam nie ma. To nagminne – opowiada.

Gdy jest jakiś problem, dyspozytorzy nie zostają bez wsparcia. W pomieszczeniu obok dyżuruje lekarz koordynator. Podejmuje decyzje w trudnych sytuacjach, przejmuje rozmowy przy kontrowersyjnym zgłoszeniu. – Czuwamy nad prawidłową realizacją procedur, kontrolujemy zespoły na stacjach wyczekiwania i dokumentację medyczną, koordynujemy udzielanie świadczeń medycznych we współpracy z innymi służbami publicznymi, np. strażą pożarną czy policją – wyjaśnia dr Elżbieta Weinzieher, która pełni dziś dyżur. Przerywa rozmowę, bo na jej biurku dzwoni telefon. Okazuje się, że trzeba uzupełnić kartę zgonu, którą wystawił jeden z lekarzy pełniący nocny dyżur. – Nie powinniśmy jeździć do stwierdzenia zgonu. Takimi rzeczami powinny zajmować się POZ-y lub nocna i świąteczna pomoc lekarska. Bulwersuje fakt, że w wielu placówkach POZ lekarze nie wiedzą, jak funkcjonuje ratownictwo medyczne. Niedawno mieliśmy telefon od pani doktor z przychodni, która pytała, z kim ma podpisaną umowę na transport medyczny... Zdarza się także, że wzywający lekarz z przychodni mówi, że stan pacjenta jest ciężki, a okazuje się, że chory ma utrwalone migotanie przedsionków i czeka już z walizką na przewiezienie do szpitala. Wielokrotnie jesteśmy traktowani jako darmowy transport medyczny. Wzywani jesteśmy np. do chorego z zawałem, a u pacjenta nie wykonano nawet badania Ekg. Wzywany jest oczywiście zespół z lekarzem, gdyż większość nie ufa działaniom ratownika medycznego. Tymczasem działania zespołów są uwarunkowane tymi samymi procedurami, wynikającymi z zasad postępowania w określonych jednostkach chorobowych – zauważa.

Kiedy dyspozytor odbiera telefon, przeprowadza wywiad medyczny zgodnie z obowiązującymi procedurami. Najpierw zadaje kilka rutynowych pytań, a w razie potrzeby pytania bardziej szczegółowe. Na ekranie monitora na bieżąco uzupełnia puste pola formularza zgłoszenia: imię, nazwisko, miejsce zdarzenia, powód ▶



**dr Janusz
Kujawa**



**dr Elżbieta
Weinzieher**

wezwania. W zależności od tego, jakiego urazu/choroby dotyczy wezwanie, system odpowiednio podpowiada, o co jeszcze należy zapytać. Wszystko po to, by jak najprecyzyjniej określić, co może dolegać choremu, a co za tym idzie, czy zgłoszenie powinno być realizowane przez pogotowie. Jeśli zostaje przyjęte, wysyłana jest karetka, która znajduje się najbliższej miejsca zdarzenia. – W najbardziej dramatycznych przypadkach pozostajemy na linii do przyjazdu zespołu. Tak się dzieje np., gdy dzwoni opiekun duszącego się dziecka albo gdy jest zatrzymanie krążenia. Wówczas instruujemy, co należy robić – wyjaśnia dyspozytor, pan Tomasz. Co w sytuacji, gdy zgłoszenie nie kwalifikuje się do wysłania karetki? – Mówimy o nieprzyjęciu wezwania i kierujemy osobę dzwoniącą do lekarza pierwszego kontaktu lub do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Reakcje i komentarze są różne – odpowiada.

Dlaczego pacjenci dzwonią na pogotowie, gdy nie ma sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia? Czasem telefon 999 to dla nich ostatnia deska ratunku, bo nie otrzymali pomocy w innych podmiotach leczniczych. – Kiedy mówimy pacjentom, że z opisanymi dolegliwościami powinni zgłosić się do przychodni albo umówić wizytę domową lekarza POZ, bardzo często słyszymy, że już próbowali, ale powiedziano im, aby dzwoniли na pogotowie – mówi dr Weinzieher. – Niekiedy jest to po prostu lenistwo i wygodnictwo, bo żaden pacjent nie chce czekać w kolejce, niekiedy zwykła głupota. Kiedyś zadzwoniła kobieta, że mąż odciął sobie rękę. Po przyjeździe na miejsce okazało się, że nie rękę, a palec i nie odciął, a zranił. Brakuje wyobraźni, że niepotrzebne wezwanie karetki może uniemożliwić ratunek osobie, która bezwzględnie pomocy potrzebuje. Problem nie dotyczy tylko pacjentów. Należy edukować także lekarzy oraz przypomnieć stale o różnicy między ratownictwem medycznym a transportem medycznym. Niedopuszczalne jest, by w przychodni radzono pacjentom, żeby lepiej zadzwonili na pogotowie, niż prosili o wizytę domową, bo nie wiadomo, kiedy lekarz przyjdzie. Co ma w takiej sytuacji zrobić samotnie mieszkająca starsza osoba? – pyta pani doktor. Dzwonić! – odpowiadamy. – Oczywiście. Nie dziwię się, że starsza pani zadzwoni do nas. Problem opieki nad osobami starszymi wymaga rozwiązań systemowych – zauważa dr Weinzieher.

Do pokoju wchodzi lekarz, który pełni dziś dyżur w karetce. – Tylko się „rozplaszczę” i już z paniami rozmawiam – wita się dr Janusz Kujawa, który z pogotowiem związany jest od ponad 40 lat. Pełni także funkcję koordynatora medycznego Państwowej Straży Pożarnej woj. mazowieckiego. Opowiada nam, jak pogotowie ratunkowe zaczęło działać w Polsce: najpierw karetki konne, potem motocykle... Lekcja historii szybko się kończy. Wezwanie. – Przepraszam, muszę się zbierać – przerywa w pół zdania. Jest jakiś poważny problem. Sąsiedzi dzwoniłi w sprawie sąsiadki... Nie wiemy dokładnie, o co chodzi, ale widać, że trzeba szybko jechać.

Jak wygląda koordynacja, kiedy w mieście zdarzy się np. pożar w dużym budynku? – Był taki niedawno. Wysłaliśmy w sumie sześć karetek. Pierwsza S, która dociera na miejsce, przeprowadza triaż poszkodowanych: czarny, czerwony, żółty i zielony, następnie kieruje działaniami medycznymi i ewakuacją poszkodowanych – wyjaśnia dr Weinzieher. Wszystkie te działania zwykle przebiegają we współpracy z innymi służbami. Do pokoju wpada zdenerwowana dyspozytorka i prosi, aby pani doktor porozmawiała z pacjentką, która nie rozumie, dlaczego zgłoszenie nie może być przyjęte. Chwila rozmowy i... – Dobrze, wysyłamy – kończy rozmowę lekarz koordynator. Co się stało? – Pani prosi o karetkę dla mamy, która od trzech dni nie wstaje z łóżka. Twierdzi, że lekarz POZ powiedział, że nie przyjdzie na wizytę domową i żeby dzwonić na 999. Co mamy zrobić...? – pyta retorycznie.

Wreszcie wraca pan doktor. Ile dziś wyjazdów już pan realizował? – Wracam z czwartego. Było wezwanie sąsiedzkie. Zaalarmowano nas, że na korytarzu czuć zapach, który może oznaczać, że w mieszkaniu znajdują się zwłoki. Faktycznie, była tam kobieta, która nie żyła od kilku dni. Mieszkał z nią partner chory na schizofrenię, nikogo nie poinformował, że jego współlokatorka zmarła. Kiedy przyjechaliśmy, brał prysznic... Mieliśmy też wyjazd do kobiety chorej na nowotwór układu chłonnego, która od trzech dni nie je i nie pije. W zasadzie to nie jest pacjent dla nas, POZ powinien



się nią zająć albo hospicjum, ale pacjentka nie otrzymała stamtąd pomocy, więc zawieźliśmy ją do szpitala. Potem był pacjent z bólem w klatce piersiowej, który okazał się bólem głowy. Ostatnie zgłoszenie było do spletanego mężczyzny na przystanku, który przed naszym przyjazdem zdążył się „rozplątać” i oddalić z miejsca wezwania – relacjonuje swój dyżur dr Kujawa.

Wykorzystujemy moment, kiedy doktor ma chwilę wolnego i pytamy, jak zespoły ratunkowe dogadują się z SOR-ami? – Zazwyczaj nie ma problemów, ale bywa i tak, że nas nie lubią. Kiedy podjeżdżamy, słyszymy na powitanie: „Znowu do nas...?” – śmieje się dr Kujawa. Może są po prostu zawaleni pracą? – Na pewno, ale co my możemy na to poradzić? – odpowiada. – Atmosfera jest napięta, bo oddziały zawsze deklarują, że są przepełnione. Codziennie spływają do nas raporty o stanie łóżkowym oddziałów szpitalnych, awariach czy wstrzymaniu przyjęć. Co mamy robić z pacjentem, który dostał udaru? Gdzie mamy go zawieźć? Jedziemy na najbliższą neurologię, a tam wita nas zły lekarz, że znowu kogoś przywieźliśmy, a on ma przepełniony oddział – opowiada.

– Nas nikt nie pyta, czy jesteśmy przemęczeni. A jesteśmy i to bardzo – dodaje pan doktor. Za mało karettek? – pytamy. Plan wojewódzki zakłada, że liczba zespołów na dany obszar jest dostosowana do liczby osób tam zameldowanych. Konia z rzędem temu, kto potwierdzi, że w Warszawie i okolicach zgadza się to ze stanem faktycznym. Przecież to miasto uczelniane, ludzie tu przyjeżdżają do pracy, wynajmują mieszkania, żyją na co dzień, nie meldując się. W samej Warszawie oficjalnie mieszka 2,5 mln osób, a szacuje się, że żyje tu około 8 mln ludzi... Raportujemy wojewodzie, że karettek jest za mało, ale odpowiedzi brak. Jakby problem nie istniał – tłumaczy Janusz Kujawa.

Czy są problemy ze skompletowaniem kadry? – Najtrudniej pozyskać lekarzy systemu, gdyż muszą spełniać warunki specjalizacyjne określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wspomniane wymogi ograniczają liczbę starających się o współpracę oraz skutkują trudnościami w planowaniu dyżurów – informuje Ewa Łagońska, pełniąca obowiązki dyrektora tej placówki. Jakiej predyspozycji musi mieć lekarz, aby tu pracować? – Jak w każdym zawodzie realizującym się poprzez kontakt z innym człowiekiem, szczególnie chorym czy cierpiącym, konieczna jest cierpliwość i wyrozumiałość, a także opanowanie i wysoka odporność na stres. Konieczne jest poczucie humoru i umiejętność spojrzenia bez zaciętrzewienia i złości na osoby nadużywające naszej cierpliwości. I trzeba lubić ludzi w każdych warunkach, pacjentów i współpracowników – dodaje Ewa Łagońska.

Wracamy do dyspozytorni. Pan Tomasz do południa miał 30 telefonów. Odebrał już wezwania między innymi do bólu w klatce piersiowej, nadciśnienia, urazu głowy, krwawienia z przewodu pokarmowego. Jak odróżnić zagrożenie życia od czegoś, co nim nie jest? Trzeba być czujnym, bo czasem z pozoru niegroźne zgłoszenia mogą okazać się naprawdę istotne. Na ogół gorączka nie jest stanem zagrożenia życia, ale pozostaje ten 1 proc. Dzwońnię mama 1,5 rocznego dziecka, gorączkującego. Pytam o szczegóły, analizuję i podejmuję decyzję o wysłaniu pomocy. To sepsa. Podjąłem dobrą decyzję. Tak łatwo można się było pomylić. Odpowiedzialność jest ogromna... – opowiada. Zespoły ratunkowe nie irytują się, że wysyłacie ich tak trochę na zapas? – Przyjmując zgłoszenie, wiemy tylko to, co powie nam pacjent. Każdy dyspozytor powinien jeździć w karetce i każdy jeżdżący w karetce powinien chociaż przez jeden dzień być dyspozytorem, żeby zrozumieć tę pracę. Zespoły często nazywają nas „pelikanami” – że niby łykamy wszystko, co nam powiedzą i wysyłamy do przypadków niezagrożających życiu. Ale kiedy popracują przez chwilę tutaj, zaczynają rozumieć, że wyjazdy zlecamy nie do wszystkich i że decyzja, który stan jest nagły, a który nie, nie zawsze jest tak oczywista... ■

BIULETYN

Nr 2 (167) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, III 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 4 marca 2016 r.

UCHWAŁA Nr 6/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 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, 1066, 1991 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 65) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 10/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 czerwca 2015 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, zmienionej uchwałą Nr 16/15/VII z dnia 4 grudnia 2015 r., w § 2 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) skreśla się pkt 4;
- 2) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:
„6) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej,
- 7) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich”;
- 3) po pkt 8 dodaje się pkt 9 w brzmieniu:
„9) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej - w zakresie określenia zasad i trybu powoływania członków komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz określenia zasad przeprowadzenia dyskusji i głosowania przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej za pomocą środków porozumiewania się na odległość”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 7/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie zgłoszenia Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651, 1066, 1991 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 65) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 7/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 marca 2016 r.

UCHWAŁA Nr NADZWYCZAJNEGO XIII KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY z dnia

zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 38 pkt 5 lit. b ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651, 1066, 1991 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 65) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

- 1) § 5 otrzymuje brzmienie:
„§ 5. NRL podejmuje uchwały zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy liczby członków, w tym Prezesa lub jednego z wiceprezesów.”;
- 2) w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. NRL określa, w drodze uchwały, zasady i tryb powoływania członków komisji i zespołów, biorąc pod uwagę rodzaj komisji lub zespołu oraz ich zadania.”;
- 3) w § 15 po ust. 6 dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu:
„7. W sprawach wymagających podjęcia uchwały lub zajęcia stanowiska pomiędzy posiedzeniami Prezydium NRL, Prezes NRL może zarządzić dyskusję lub głosowanie za pomocą środków porozumiewania się na odległość.
8. NRL, w drodze uchwały, określa sposób przeprowadzania dyskusji i głosowania, o których mowa w ust. 7.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 8/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie ustalenia obszarów działania, liczby i siedzib okręgowych izb lekarskich

Na podstawie art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651, 1066, 1991 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 65) uchwała się, co następuje:

Ustala się obszar działania poszczególnych okręgowych izb lekarskich, ich liczbę i siedziby:

- 1) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Białymstoku obejmuje obszar województwa podlaskiego;
- 2) Beskidzka Izba Lekarska z siedzibą w Bielsku-Białej obejmuje:
 - a) z obszaru województwa małopolskiego:
 - z obszaru powiatu oświęcimskiego: miasta Oświęcim oraz gminy: Chełmek, Kęty, Osiek, Oświęcim, Polanka Wielka, Przeciszów i Zator,
 - powiaty: suski i wadowicki,
 - b) z obszaru województwa śląskiego:
 - z obszaru powiatu bielskiego: miasta Szczyrk oraz gminy: Buczkowice, Jasienica, Jaworze, Kozy, Porąbka, Wilamowice i Wilkowice,
 - z obszaru powiatu cieszyńskiego: miasta Cieszyn, Ustroń i Wisła oraz gminy: Brenna, Chybie, Dębowiec, Goleiszów, Hażlach, Istebna, Skoczów i Strumień,
 - powiat żywiecki,
 - miasto na prawach powiatu Bielsko-Biała;
- 3) Bydgoska Izba Lekarska z siedzibą w Bydgoszczy obejmuje z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego:
 - a) powiaty: bydgoski, inowrocławski, mogileński, nakielski, sępoleński, świecki, tucholski i żniński,
 - b) miasto na prawach powiatu Bydgoszcz;
- 4) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Częstochowie obejmuje z obszaru województwa śląskiego:
 - a) powiaty: częstochowski, kłobucki, lubliniecki i myszkowski,
 - b) miasto na prawach powiatu Częstochowa;
- 5) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Gdańsku obejmuje:
 - a) obszar województwa pomorskiego,
 - b) z obszaru województwa warmińsko-mazurskiego:
 - powiaty: braniewski i elbląski,
 - miasto na prawach powiatu Elbląg;
- 6) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim obejmuje z obszaru województwa lubuskiego:
 - a) powiaty: gorzowski, międzyszycki, słubicki i strzelecko-drezdenecki,
 - b) z obszaru powiatu sulcińskiego: gminy: Krzeszyce, Lubniewice, Słońsk i Sulęcín,
 - c) miasto na prawach powiatu Gorzów Wielkopolski;
- 7) Śląska Izba Lekarska z siedzibą w Katowicach obejmuje:
 - a) z obszaru województwa małopolskiego:
 - z obszaru powiatu oświęcimskiego: gminę Brzeszcze,
 - b) z obszaru województwa śląskiego:
 - powiaty: będziński, bieruńsko-lędzki, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, wodzisławski i zawierciański,
 - z obszaru powiatu bielskiego: gminy Bestwina i Czechowice-Dziedzice,
 - z obszaru powiatu cieszyńskiego: gminę Zebrzydowice,
 - miasta na prawach powiatu: Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze i Żory;
- 8) Świętokrzyska Izba Lekarska z siedzibą w Kielcach obejmuje obszar województwa świętokrzyskiego;
- 9) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Koszalinie obejmuje z obszaru województwa zachodniopomorskiego:
 - a) powiaty: białogardzki, drawski, kołobrzeczki, koszaliński, sławieński, szczeciński, świdwiński i wałecki,
 - b) miasto na prawach powiatu Koszalin;
- 10) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Krakowie obejmuje:
 - a) z obszaru województwa małopolskiego:
 - powiaty: chrzanowski, gorlicki, krakowski, limanowski, miechowski, myślenicki, nowosądecki, nowotarski, olkuski, proszowicki, tatrzański i wielicki,
 - miasta na prawach powiatu: Kraków i Nowy Sącz,
 - b) z obszaru województwa podkarpackiego:
 - powiaty: bieszczadzki, brzozowski, jarosławski, jasielski, krośnieński, leski, lubaczowski, przemyski, przeworski i sanocki,
 - miasta na prawach powiatu: Krośno i Przemysk;
- 11) Lubelska Izba Lekarska z siedzibą w Lublinie obejmuje obszar województwa lubelskiego;
- 12) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Łodzi obejmuje z obszaru województwa łódzkiego:
 - a) powiaty: bełchatowski, brzeziński, łaski, łódzki wschodni, opoczyński, pa-

- bianicki, pajęczanski, piotrkowski, poddębicki, radomszczanski, rawski, sieradzki, skierniewicki, tomaszowski, wieluniński, wieruszowski, zduńskowski i zgierski,
- b) z obszaru powiatu łęczyckiego: gminy: Grabów i Świnice Warckie,
- c) z obszaru powiatu łowickiego: miasto Łowicz oraz gminy: Bielawy, Chańsko, Domaniewice, Kocierzew Południowy, Łowicz, Łyszkowice, Nieborów i Zduny,
- d) miasta na prawach powiatu: Łódź, Piotrków Trybunalski i Skierniewice,
- 13) Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska z siedzibą w Olsztynie obejmuje z obszaru województwa warmińsko-mazurskiego:
 - a) powiaty: bartoszycki, działdowski, elcki, giżycki, gołdapski, iławski, kętrzyński, lidzbarski, mrągowski, nidzicki, nowomiejski, olecki, olsztyński, ostródzki, piski, szczycieński i węgorzewski,
 - b) miasto na prawach powiatu Olsztyn;
- 14) Opolska Izba Lekarska z siedzibą w Opolu obejmuje obszar województwa opolskiego;
- 15) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Płocku obejmuje:
 - a) z obszaru województwa łódzkiego:
 - powiat kutnowski,
 - z obszaru powiatu łęczyckiego: miasto Łęczyca oraz gminy: Daszyna, Góra Św. Małgorzaty, Łęczyca, Piątek i Witonia,
 - z obszaru powiatu łowickiego: gmina Kiernozia,
 - b) z obszaru województwa mazowieckiego:
 - powiaty: gostyniński, płocki i sierpecki,
 - z obszaru powiatu płońskiego: gminę Czerwińsk nad Wisłą,
 - z obszaru powiatu sochaczewskiego: gminę Iłów,
 - miasto na prawach powiatu Płock;
- 16) Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu obejmuje obszar województwa wielkopolskiego;
- 17) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Rzeszowie obejmuje z obszaru województwa podkarpackiego:
 - a) powiaty: dębicki, kolbuszowski, leżajski, łańcucki, mielecki, niżański, ropczycko-sędziszowski, rzeszowski, stalowowolski, strzyżowski i tarnobrzeczki,
 - b) miasta na prawach powiatu: Rzeszów i Tarnobrzeg;
- 18) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Szczecinie obejmuje z obszaru województwa zachodniopomorskiego:
 - a) powiaty: choszczeński, gołeniewski, gryficki, gryfiński, kamieński, łobeski, myśliborski, policki, pyrzycki i stargardzki,
 - b) miasta na prawach powiatu: Szczecin i Świnoujście;
- 19) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Tarnowie obejmuje z obszaru województwa małopolskiego:
 - a) powiaty: bocheński, brzeski, dąbrowski i tarnowski,
 - b) miasto na prawach powiatu Tarnów;
- 20) Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska z siedzibą w Toruniu obejmuje z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego:
 - a) powiaty: aleksandrowski, brodnicki, chełmiński, golubsko-dobrzyński, grudziądzki, lipnowski, radziejowski, rypiński, toruński, wąbrzeski i włocławski,
 - b) miasta na prawach powiatu: Grudziądz, Toruń i Włocławek,
- 21) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie obejmuje z obszaru województwa mazowieckiego:
 - a) powiaty: białobrzeczki, ciechanowski, garwoliński, grodzki, grójecki, kozienicki, legionowski, lipski, łosicki, makowski, miński, mławski, nowodworski, ostrołęcki, ostrowski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, przasnyski, przysuski, pułtowski, radomski, siedlecki, sokołowski, szydlowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, wołomiński, wyszkowski, zwoleniński, żuromiński i żyrardowski,
 - b) z obszaru powiatu płońskiego: miasta: Płońsk i Raciąż oraz gminy: Baboszewo, Dzierżążnia, Joniec, Naruszewo, Nowe Miasto, Płońsk, Raciąż, Sochocin i Żaluzki,
 - c) z obszaru powiatu sochaczewskiego: miasto Sochaczew oraz gminy Brochów, Młodzieszyn, Nowa Sucha, Rybno, Sochaczew i Teresin,
 - d) miasta na prawach powiatu: Ostrołęka, Radom, Siedlce i Warszawa;
- 22) Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu obejmuje obszar województwa dolnośląskiego;
- 23) Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Zielonej Górze obejmuje z obszaru województwa lubuskiego:
 - a) powiaty: krośnieński, nowosolski, świebodziński, wschowski, zielonogórski, żagański i żarski,
 - b) z obszaru powiatu sulcińskiego: gminę Torzym,
 - c) miasto na prawach powiatu Zielona Góra.

§ 2.

Uchyla się:

- 1) uchwałę Nr 80/99/III z dnia 26 listopada 1999 r. w sprawie nazw, obszarów i siedzib okręgowych izb lekarskich, w brzmieniu określonym w obwieszczeniu Nr 1/02/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 lutego 2002 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Nr 80/99/III Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie nazw, obszarów i siedzib okręgowych izb lekarskich,
- 2) uchwałę Nr 54/03/IV z dnia 27 czerwca 2003 r. zmieniającą uchwałę w sprawie obszarów i siedzib okręgowych izb lekarskich.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 9/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy w 2015 r.

Na podstawie art. 5 i art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 651, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy w 2015 r., stanowiącą załącznik do uchwały; załącznik jest dostępny na stronie internetowej NIL pod adresem: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/105784/ru009-16-VII.pdf

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Załącznik do uchwały dostępny jest
na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej
pod adresem: www.nil.org.pl.**

UCHWAŁA Nr 10/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

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

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej dotyczący zniesienia obowiązku uchwalenia regulaminu organizacyjnego przez lekarza i lekarza dentyście wykonującego zawód w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Projekt ustawy stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Załącznik do uchwały Nr 10/16/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 4 marca 2016 r.
Projekt**

Ustawa o zmianie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Art. 1. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) wprowadza się następującą zmianę:

1) Art. 23 otrzymuje brzmienie:

„Art. 23. 1. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika”.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do wykonywania działalności leczniczej w formie praktyk zawodowych, o których mowa w art. 18 ust. 4 i 6 oraz w art. 19 ust. 4 i 6.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Przedmiotowy projekt nowelizacji ustawy o działalności leczniczej ma na celu likwidację w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyście wykonujących zawód w formie praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego obowiązku uchwalenia regulaminu organizacyjnego.

Ustawa o działalności leczniczej w art. 23 nakłada obowiązek uchwalenia regulaminu organizacyjnego na wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym także na praktyki lekarza i lekarza dentyście wykonywane wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że nałożenie na lekarzy i lekarzy dentyście wykonujących zawód w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem obowiązku uchwalenia regulaminu organizacyjnego nie jest niezbędne ani dla prawidłowej organizacji działania tej praktyki, ani dla realizacji praw pacjentów. Lekarze i lekarze dentyści, wykonując ten rodzaj praktyki, udzielają świadczeń wyłącznie w innym podmiocie leczniczym, korzystając z jego pomieszczeń oraz sprzętu i zobowiązani są stosować się do regulaminu i zasad obowiązujących w podmiocie, w którym wykonują swoją praktykę. Regulamin obowiązujący w tym podmiocie leczniczym jest właściwy do ustalenia praw i obowiązków stron w procesie leczenia pacjenta, a także wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które są udzielane pacjentom odpłatnie i wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

STANOWISKO Nr 4/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, nadesłanym przy piśmie pana Jarosława Pinkasa - Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 1 lutego 2016 r. znak NS-ZM.0212.1.2016 r., podtrzymuje uwagi zawarte w stanowisku Nr 75/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 listopada 2015 r. stanowiącym załącznik do pisma z dnia 20 listopada 2015 r., znak: NRL/ZRP/AM/899/1893/15.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi dodatkowe:

- 1) art. 3 ust 6 projektu ustawy określa termin na złożenie wniosku o udzielenie akredytacji przez podmiot zamierzający prowadzić szkolenie specjalizacyjne: nie później niż 4 miesiące przed planowanym terminem rozpoczęcia przez jednostkę szkolącą prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Proponuje się skrócić przedmiotowy termin do 2 miesięcy;
- 2) w konsekwencji zmiany terminu, o którym mowa w pkt 1, proponuje się zmianę treści art. 3 ust. 9 zdanie pierwsze projektu, które po zmianie po-

- winno brzmieć następująco: „Zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 8 opiniuje wnioski w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na miesiąc, i przekazuje swoją opinię dyrektorowi CMKP niezwłocznie po jej sporządzeniu, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia jej sporządzenia”;
- 3) w art. 3 ust. 10 pkt 2 po słowie „...wnioskodawcę” proponuje się kropkę zamienić na przecinek oraz dodać następującą treść: „podając szczegółowe uzasadnienie swojej decyzji”;
- 4) w art. 19 ust. 6 po słowach „...na piśmie”, proponuje się kropkę zamienić na przecinek oraz dodać następującą treść: „podając szczegółowe uzasadnienie swojej decyzji”;
- 5) w art. 29 ust 6 wymienia się podmioty uprawnione do zgłaszania kandydatów do Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, wśród których brak jest samorządów zawodowych reprezentujących dany zawód medyczny w ochronie zdrowia. Proponuje się zatem dodanie pkt 3 o następującej treści: „Samorządy zawodowe reprezentujące dany zawód medyczny w ochronie zdrowia”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Apel Nr 1/16/III
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 4 marca 2016 r.**

do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska, w nawiązaniu do wcześniejszych wystąpień okręgowych izb lekarskich województwa śląskiego, zwraca się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z apelem o podjęcie działań zmierzających do zmiany umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, zawartych przez lekarzy dentystów z dyrektorem Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez proporcjonalne zmniejszenie minimalnej liczby godzin świadczenia usług przez lekarza dentystę, ustalonej dla tzw. etatu przeliczeniowego, a określonej w zawartych umowach.

Z przepisów ustalonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że etat przeliczeniowy wynosi 15.000 punktów, czemu odpowiada 30 godzin pracy tygodniowo. Tymczasem w umowach zawartych przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęto, że wartość kalkulacyjna jednego etatu przeliczeniowego wynosi 8.500 punktów rozliczeniowych, a jednocześnie nie zmieniono minimalnej dostępności do usług lekarzy dentystów i w umowach pozostawiono czas świadczenia usług w wymiarze 30 godzin tygodniowo.

Ponadto zobowiązanie lekarzy dentystów do zapewnienia 30-godzinnego dostępu do świadczeń bez faktycznej możliwości wykonywania w tym czasie świadczeń zdrowotnych, stwarza jedynie pozór dostępności i w żadnym stopniu nie poprawia sytuacji pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia również wykorzystywanie przez oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia swojej silniejszej pozycji jako strony postępowania o zawarcie ze świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 2/16/III
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 marca 2016 r.**

do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o niezwłoczne podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia w treści ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, ograniczeń w zakresie reklamy żywności oraz wyrobów medycznych, polegających na uniemożliwieniu reklamy tych produktów przy wykorzystaniu wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub odwoływa-

niu się do osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia lub odwoływaniu się do zaleceń takich osób.

Masowa skala reklamowania żywności, w szczególności suplementów diety, a także wyrobów medycznych przy wykorzystaniu wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub odwoływaniu się do osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia jest zjawiskiem negatywnie wpływającym zarówno na zdrowie publiczne w naszym kraju, jak również szkodzi wizerunkowi zawodowemu osób wykonujących zawody lekarza, lekarza dentysty czy farmaceuty.

Nieograniczona swoboda reklamowania takich produktów może prowadzić do ich nadmiernej konsumpcji lub stosowania ich zamiast skorzystania z niezbędnej konsultacji medycznej czy farmaceutycznej. Udział w reklamie takich produktów osób z wykształceniem medycznym lub farmaceutycznym może sugerować odbiorcy, iż produkty te mają właściwości lecznicze. Brak stosownej regulacji uniemożliwiającej wykorzystywanie osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne do reklamy żywności podważa racjonalność normy prawnej wynikającej z treści art. 130 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Przepis ten stanowi, iż ten, kto wprowadzanemu do obrotu produktowi przypisuje właściwości produktu leczniczego, pomimo że produkt ten nie spełnia wymogów określonych w ustawie, podlega grzywnie. Jeżeli zatem nie jest dozwolone przypisywanie żywności nie będącej produktem leczniczym właściwości produktu leczniczego, to nie ma uzasadnienia tolerowanie sytuacji reklamy takich produktów z wykorzystaniem wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub sugerujących posiadanie takiego wykształcenia. Oczywistym powodem wykorzystywania takich osób w reklamach żywności jest tworzenie u potencjalnego odbiorcy reklamy wrażenia, iż reklamowany produkt ma właściwości lecznicze.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej wykorzystywanie osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne albo sugerujących posiadanie takiego wykształcenia we wskazany powyżej sposób jest działaniem wprowadzającym konsumentów w błąd i jest tym samym niezgodne z treścią art. 16 rozporządzenia (WE) Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności. Przepis ten stanowi, iż bez uszczerbku dla bardziej szczegółowych przepisów prawa żywnościowego, etykietowanie, reklama i prezentacja żywności lub pasz, z uwzględnieniem ich kształtu, wyglądu lub opakowania, używanych opakowań, sposobu ułożenia i miejsca wystawienia oraz informacji udostępnionych na ich temat w jakikolwiek sposób, nie może wprowadzać konsumentów w błąd.

Wprowadzenie ograniczenia reklamy żywności w zakresie opisanym powyżej służyłoby zatem realizacji celu wyznaczonego treścią art. 16 rozporządzenia tj. zapewnieniu, że reklama żywności nie będzie prowadzona w sposób wprowadzający konsumenta w błąd.

Analogicznie problem ten wygląda w przypadku wyrobów medycznych, które zgodnie z treścią art. 8 ustawy o wyrobach medycznych nie mogą być reklamowane w sposób, który może wprowadzać w błąd co do właściwości i działania wyrobu.

Przypomnienia wymaga fakt, że potrzeba wprowadzenia opisanych wyżej ograniczeń w zakresie reklamy dostrzeżona została m.in. przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który w dokumencie z lutego 2014 r. „Polityka konsumencka na lata 2014-2018” sygnalizował potrzebę podjęcia stosownych działań legislacyjnych odnoszących się do objęcia reklam wyrobów medycznych restrykcyjnymi wymogami, analogicznymi do wymogów odnoszących się do reklam produktów leczniczych określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz. U. Nr 210, poz. 1327).

Opisany problem jest również od lat znany Ministerstwu Zdrowia, które również dostrzega potrzebę zmian obowiązującego prawa, co wprost wynika z treści pisma Wiceministra Zdrowia Igora Radziejewicz-Winnickiego z 7 marca 2014 r. znak MZ-BMK-072-33808-2/KF/14 kierowanego do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Uwzględniając powyższe argumenty Naczelna Rada Lekarska apeluje do Pana Ministra o podjęcie prac legislacyjnych w opisanym powyżej zakresie.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

W chirurgii mistrzostwo osiąga się poprzez praktykę

Z prof. **Janem Kuligiem**, prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Towarzystwo Chirurgów Polskich obchodziło 125 lat istnienia. Taki jubileusz skłania do podsumowań i refleksji.

Tak naprawdę historia polskiej chirurgii sięga trzech wieków wstecz, kiedy w 1779 r. prof. Rafał Józef Czerwiakowski stworzył w Krakowie Katedrę Chirurgii Ogólnej UJ, która była pierwszą tego rodzaju placówką na północy Europy. Odtąd stała się dyscypliną naukową, uniwersytecką, kliniczną. Powstał tu pierwszy w kraju szpital chirurgiczny, w którym łączono rzemiosło z nauką i ta symbioza legła u podstaw krakowskiej szkoły chirurgicznej, sławnej później na cały świat. Tych ważnych jubileuszy było więc po drodze wiele. Pamiętnym był I Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich w Krakowie, zorganizowany w 1897 r. przez prof. Ludwika Rydygiera na 100-lecie chirurgii. Zjazdy TChP organizowane są co dwa lata, a ten, który odbył się jesienią minionego roku w Lublinie, przypadł na 125-lecie towarzystwa. Patrząc wstecz na naszych wybitnych protoplastów, można powiedzieć, że ukształtowali nas osobowościowo, preferując takie cechy jak skromność, odwaga, sprawność, a także decyzyjność. Nasze jubileusze bardziej nastawione są na integrację środowiska, wymianę opinii, nawiązywanie kontaktów,

wprowadzanie młodszych kolegów w arkana zawodu, wciągnięcie ich w nurt bieżących wydarzeń, ponieważ wszystko, co dzieje się w chirurgii, a jest to bardzo dynamiczna dyscyplina, musi być rozwiązywane na bieżąco. Zjazd to forum nie tylko krajowe, w Lublinie wystąpiło kilku wybitnych chirurgów europejskich, wymiana doświadczeń była więc pełniejsza. Dotyczyła nie tylko technik operacyjnych, ale sprzętu, aparatury. Współczesna chirurgia jest oparta o nowoczesną anestezjologię, nowe leki, nowe rodzaje cięć, szwów, technik hamowania krwawień, a także korzystania z coraz bardziej wyrafinowanych aparatów do oglądania przestrzennego narządów. Wciąż jednak dominują tradycyjne metody chirurgiczne, gdzie narzędziem jest skalpel i wprawna ręka chirurga.

Co jakiś czas media obiega informacja o nowatorskich operacjach, dowodzących geniuszu polskich chirurgów. Panie profesorze, jaka jest kondycja rodzimej chirurgii?

To są spektakularne i incydentalne wydarzenia, ale generalnie kondycja polskiej chirurgii jest bardzo zła. Dotyczy to przede wszystkim stanu kadrowego. Obecnie czynnie w zawodzie pracuje około 5 tys. chirurgów, a jeszcze kilka lat temu było nas 10 tys. Coraz mniej lekarzy wybiera tę specjalizację, ponieważ jest to dziedzina trudna do opanowania i wymagająca dyspozycyjności praktycznie przez całą dobę. To jest praca obciążająca i wypalająca, często porównywalna z pracą górnika. Codziennosc chirurgii to urazy, nierzadko wielonarządowe, krwotoki, operacje onkologiczne, jednym słowem – zdarzenia wymagające natychmiastowej interwencji. Są to sytuacje zagrażające życiu i chirurgi są tutaj niezbędni. Zarówno w dużych ośrodkach, jak i małych peryferyjnych szpitalach. Do wyboru chirurgii jako specjalizacji zniechęca także brak odpowiedniego zaplecza kształcenia praktycznego. W tej specjalności geniusze rodzą się rzadko, mistrzostwo osiąga się poprzez praktykę. Rewolucyjne odkrycia w chirurgii najbardziej dotyczyły wprowadzenia antybiotyków pozwalających zminimalizować ryzyko powikłań, środków znieczulających, umożliwiających przeprowadzanie rozległych zabiegów, reszty chirurg musi się nauczyć. Kiedyś praktykował na wojnach, w czasach pokoju musi mieć dostęp do sprzętu

FOTO: Archiwum prywatne

endoskopowego, laparoskopowego, ultrasonograficznego, a jest on ograniczony. Sprzęt wykorzystuje się do codziennych usług medycznych, a nie praktycznej nauki zawodu. Proces nauczania praktycznego w chirurgii wymaga więc wielu zmian.

Zmienił się też system specjalizowania się w chirurgii, czy na lepsze?

W przeszłości w chirurgii był podział na I i II stopień specjalizacji. Obecnie obowiązuje kształcenie modułowe, w którym wszystkie gałęzie chirurgii mają wspólne podstawy. Zmiana ta wprowadzie nie ma kluczowego znaczenia dla kształcenia nowego pokolenia chirurgów, rzecz w tym, by w nim było miejsce na praktykę. Kiedy wchodził w życie nowy system, będąc wówczas konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii, usilnie zabiegałem o to, by go upraktynić. Ten problem nurtuje nas od lat, niestety, w nowym systemie także nie jest do końca rozwiązany. Mimo to jest lepszy od starego, ponieważ wprowadza elementy diagnostyki, dzięki czemu chirurg po zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego nabywa umiejętności prawidłowego rozpoznania. Poza starą rutynową diagnostyką szkiełkiem, uchem i rozmową z pacjentem, musi biegłe posługiwać się endoskopem, laparoskopem i ultrasonografem. Dla chirurga są to podstawowe narzędzia diagnostyczne, tak jak stetoskop dla internisty. Posługiwanie się nimi trzeba się jednak gdzieś nauczyć, a gdzie, jeśli nie na nowocześnie wyposażonej sali operacyjnej. Należałoby więc stworzyć w Polsce takie centra. Pełnię funkcję Sekretarza Generalnego Europejskiego Towarzystwa Chirurgicznego i z zadością obserwuję, jak w różnych krajach w Europie powstają ośrodki do praktycznej nauki zawodu chirurga. Są one wyposażone w symulatory komputerowe do ćwiczeń manualnych, fantomy, a także dysponują zapleczem naukowo-badawczym. W Polsce takie można policzyć na palcach. Nasz system szkolenia jest oparty na systemie europejskim, w założeniach niczym się tutaj nie różnimy od naszych kolegów z UE, gorzej z realizacją tych założeń.

A jeśli chodzi o weryfikację wiedzy i umiejętności z chirurgii?

Egzaminy przeprowadza w różnych krajach Europejska Unia ds. Egzaminów Medycznych, której jestem członkiem. Taki egzamin jest ujednolicony, ale w większości krajów wciąż nie jest akceptowany. Dzieje się tak, ponieważ każdy z krajów ma różne standardy określające liczbę zabiegów operacyjnych, które ma obowiązek wykonać specjalizant i trudno je ujednolicić, ponieważ lokalne organy administracyjne mają różny pogląd na ten temat. Jeszcze raz jednak podkreślam, że istnieje jeden model egzaminu europejskiego, o czym wcześniej marzyłem. Zawsze chciałem, aby polscy chirurdzy mieli taki sam start jak ich koledzy z innych krajów. Słabość nowego systemu specjalizacyjnego tkwi w szkoleniu praktycznym. Wierzę, że w przyszłości życie dokona jego korekty, ale na pewno jego podstawą powinna pozostać chirurgia ogólna i zaliczony egzamin z chirurgii ogólnej powinien być przepustką do uzyskania innych pokrewnych spe-

cializacji zabiegowych. Specjalizowanie się np. w chirurgii naczyniowej czy plastycznej to dalszy proces kształcenia, który niekoniecznie musi trwać aż cztery lata. Tym bardziej, że za parę lat może zabraknąć chirurgów na salach operacyjnych i trzeba pomyśleć o przyroście kadr.

Celem Towarzystwa Chirurgów Polskich jest szerzenie zdobyczy nauki, zachęcanie chirurgów do pracy naukowej. Jak się przejawia ta aktywność?

Towarzystwo naukowe, a takim jesteśmy, powinno przede wszystkim nieść kaganek oświaty i to dzielenie się wiedzą realizujemy w postaci sympozjów czy konferencji. Jeśli chodzi o działalność naukowo-badawczą są z tym problemy, ponieważ polska chirurgia jest praktycznie pozbawiona bazy dla badań naukowych. Departamenty, gdzie się tworzy naukę, zwierzęciarnie, pracownie eksperymentalne nie funkcjonują przy klinikach czy oddziałach chirurgicznych. W takich warunkach nie ma mowy o badaniach naukowych. Aby być na bieżąco, współpracujemy ściśle z ośrodkami zagranicznymi, np. z towarzystwem niemieckim, japońskim. Mamy zbyt małe fundusze, by móc prowadzić kliniczne badania naukowe we własnym zakresie. Chirurgia rodzima jest zdominowana przez działalność usługową i tysiące procedur nastawionych jedynie na wykonanie kontraktu z NFZ. Są one źle wyceniane, większość oddziałów chirurgicznych jest więc zadłużona. Polski chirurg jest bardzo dobrze wykształconym specjalistą, porównywalnie z lekarzami z Zachodu, ale w technologiach dzieli nas przepaść.

Chirurgia to rozległa dziedzina, w strukturach TChP działa wiele sekcji. Jak funkcjonują?

W ciągu ostatnich lat powołaliśmy 13 sekcji o wąskich polach zainteresowań, a także Koło Młodych Chirurgów. Wzorem Amerykanów chcieliśmy stworzyć możliwość rozwijania się kolegów chirurgów w różnych kierunkach chirurgicznych, co jest zgodne z trendami światowymi. Sekcje te prowadzą własną działalność, organizują szkolenia, próbują poszerzać wiedzę w danej wąskiej dziedzinie. Współcześnie nie jest możliwe, aby chirurg ogólny mógł operować wszystko. Nie wyobrażam sobie jednak, aby chirurgia poszła zbyt daleko w rozdrobnienie, by tworzyły się sekcje chirurgii, np. przełyku czy żołądka. Uważam, że funkcjonowanie sekcji tematycznych ma sens, ale dzielenie na chirurgię narządową jest zbyt daleko idące.

Jak będzie wyglądać chirurgia przyszłości?

Będzie coraz mniej inwazyjna, z coraz bardziej precyzyjną diagnostyką, z zastosowaniem robotów, na razie jednak raczkujemy w tej dziedzinie. Nie wszystko można zoperować endoskopowo czy laparoskopowo. Nie musimy się więc obawiać, że roboty zastąpią ręce chirurga, a także jego myślenie. Chirurgia przyszłości to także ograniczanie zakażeń i poprawa wskaźników przeżycia po operacjach najciężiej chorych. Wyzwań jest wiele, zwłaszcza jeśli chodzi o sprzęt i o możliwość praktycznego kształcenia się adeptów tej dyscypliny medycznej. ■

Czy uda się wykrywać raka za złotówkę?

Diagnostyka nowotworów i chorób zakaźnych, czyli wirusowych i bakteryjnych, może być tańsza dzięki wykorzystaniu do testów przeciwciał wyizolowanych z żółtek kurzych jaj. Takie badania prowadzi dr hab. inż. Marcin Sieńczyk z Politechniki Wrocławskiej. Badacz wraz ze swoim zespołem konstruuje nowe testy diagnostyczne. Zespół prof. Sieńczyka opracował testy, których produkcja kosztuje mniej niż złotówkę w przeliczeniu na pojedyncze oznaczenie próbki pacjenta. Dwa z nich to już działające prototypy. Jeden wykrywa nowotwór prostaty, drugi – nowotwór piersi. Testy są zgłoszone do ochrony patentowej, trwają rozmowy w sprawie ewentualnego wdrożenia. – Produkcja przemysłowa selektywnych przeciwciał dla testów opracowanych z użyciem kurzych jaj może być nawet kilkaset razy tańsza – zapewnia prof. Sieńczyk. Przypomnijmy, że duża część stosowanych współcześnie metod diagnostycznych wykorzystuje przeciwciała jako te czynniki, które w wysoce specyficzny i selektywny sposób rozpoznają określone czynniki markerowe w płynach ustrojowych. Jednak otrzymanie odpowiednio dużej do zastosowania w diagnostyce ilości określonych przeciwciał jest bardzo kosztowne. Oparte o nie testy diagnostyczne, choć powszechnie stosowane, są stosunkowo drogie (ich koszt jednostkowy zwykle przekracza 30 zł).

Nowatorska proteza serca

Dobra wydajność wspomagania serca, brak zmian w obrazie i funkcji krwi oraz narządów, pełna sprawność urządzeń – to wyniki zakończonych badań doświadczalnych na zwierzętach polskiej pediatricznej protezy serca Religa Heart Ped. Badania na zwierzętach pozaustrojowej pulsacyjnej pompy wspomagania serca dla dzieci rozpoczęto w październiku w Centrum Medycyny Doświadczalnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Pompę cechuje nowatorska konstrukcja. Do jej budowy wykorzystano najnowocześniejsze tzw. biozgodne polimery. Zastosowano oryginalną zastawkę dyskową, opracowaną na bazie zastawki pomysłu prof. Jacka Molla, która zapewnia niskie ryzyko zatoru, ma też zabezpieczenia gwarantujące bezpieczeństwo, gdy mały pacjent się porusza. Proteza jest napędzana pneumatycznie. Choć dziecko z wszczepioną protezą musi pozostawać w szpitalu, to jest możliwe, by poruszało się także w jego obrębie. – Badania doświadczalne na zwierzętach są weryfikacją, że opracowane przez nas protezy pracują bezpiecznie i że można je bezpiecznie zastosować przez zaplanowany okres w pierwszych aplikacjach u ludzi – podsumowuje Roman Kustosz, kierownik Pracowni Sztucznego Serca Fundacji Rozwoju Kardiologii w Zabrze, gdzie opracowano i skonstruowano urządzenie. Obecnie na rynku jest tylko jedna, niemiecka proteza pediatriczna, zastosowana u kilkudziesięciu dzieci również w Polsce. Warto dodać, że w FRK trwają prace nad prototypem protezy pediatricznej o objętości wyrzutowej 20 ml, przeznaczoną dla dzieci w wieku od roku do 5 lat.



Operacje mózgu z obrazowaniem na żywo

Pierwsze w Europie i drugie na świecie Interwencyjne Centrum Neuroterapii otwarto w Klinice Neurochirurgii Szpitala Bródnowskiego w Warszawie. Będą w nim prowadzone wyjątkowo precyzyjne operacje mózgu z obrazowaniem „na żywo”. Podobny ośrodek powstał jedynie w Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, gdzie pracuje polski neurochirurg prof. Krzysztof Bankiewicz. Kierownik Kliniki Neurochirurgii Szpitala Bródnowskiego, prof. Mirosław Ząbek, wyjaśnia, że najważniejszym elementem wyposażenia sali hybrydowej jest najnowszej generacji rezonans magnetyczny umożliwiający wykonywanie operacji w tzw. czasie rzeczywistym. Dzięki temu z jeszcze większą precyzją można wykonywać operacje neurochirurgiczne.

Sól w diecie Polaków: nowe badania IŻŻ

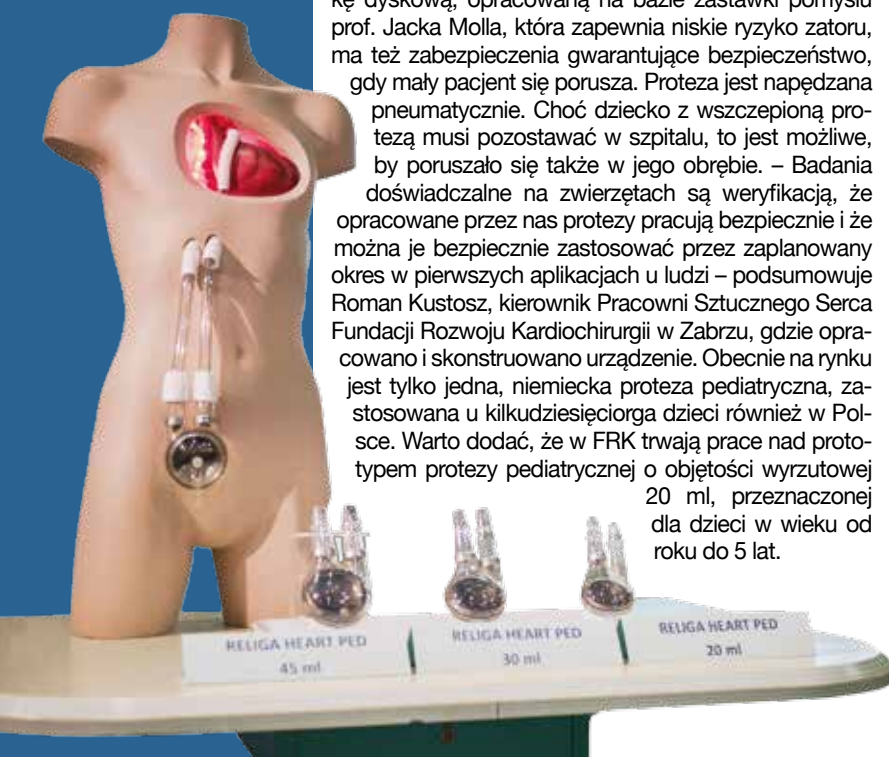
Przeciętny Polak spożywa od 9 do 12 g soli dziennie, to o kilka gramów mniej niż kilka lat temu, ale jej konsumpcja nadal jest dwukrotnie za duża. W 2013 r. przeciętne spożycie soli w naszym kraju zmniejszyło się do 10,3 g. – Spożycie soli spada, co cieszy, bo im jest ono mniejsze, tym lepiej dla zdrowia. Nadal jednak jej konsumpcja jest zbyt duża – podkreśla prof. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia. Z badań IŻŻ wynika, że najwięcej soli spożywamy w produktach gotowych (są one źródłem od 40 do 80 proc. tego mikroelementu, pozostała część soli pochodzi z dosalania potraw). Jedynie co czwarta osoba w naszym kraju zwraca uwagę na zawartość soli w produktach. 82 proc. Polaków zjada główny posiłek w domu, więc od nas samych zależy, jak dużo jej spożywamy. Według prof. Jarosza, wybierając w sklepie produkty o mniejszej zawartości soli, możemy zmniejszyć jej spożycie nawet o ponad 70 proc. ■

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

Aktualności



Źródło: Serwis Nauka w Polsce
– www.naukawpolsce.pap.pl,
Kurier PAP – www.kurier.pap.pl



Polacy wciąż wiedzą za mało

Jakie jest miejsce polskiej transplantologii na mapie Europy i świata, które problemy są najważniejsze i jak powinna się zmienić w naszym kraju polityka transplantacyjna?

**Marta
Jakubiak**

Prof. Roman Danielewicz, dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”: O jakości pracy polskich transplantologów świadczą osiągnięte wyniki w postaci długości przeżycia biorców narządów, porównywalne z tymi z Europy Zachodniej czy Stanów Zjednoczonych. Jeśli chodzi o czas oczekiwania na przeszczep, w naszym kraju jest on relatywnie krótki: przeszczepienie nerki od momentu zakwalifikowania pacjenta do wykonania zabiegu to mniej niż 10 miesięcy, w Stanach Zjednoczonych to ponad dwa lata. Podobnie jest, jeśli chodzi o wątrobę. Nieco gorzej sytuacja wygląda w przypadku oczekiwania na serce.

Medycyna transplantacyjna na całym świecie zmagą się z tym samym problemem – niedoborem narządów do przeszczepienia. Jest problem z identyfikacją i zgłaszaniem zmarłych dawców do pobrania wielonarządowych. Aktualne pozostaje pytanie, co zrobić, aby lepiej komunikować się ze społeczeństwem i z rodzinami zmarłych, aby uzyskać większą akceptację. Wciąż utrzymuje się dysproporcja pomiędzy liczbą osób oczekujących a liczbą narządów do przeszczepienia. W Polsce na organy czeka obecnie ponad 1500 osób, tyle mniej więcej wykonuje się rocznie przeszczepień, a chorych przybywa.

Prof. Krzysztof Zieniewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM: Dzięki wysiłkom całego środowiska transplantacyjnego próbujemy gonić Europę i świat. Ta trudna i – można powiedzieć – pozytywistyczna praca u podstaw powoli zaczyna przynosić efekty. Oprócz pobierania narządów od dawców zmarłych, możemy wykorzystywać narządy od dawców żywych, a właściwie fragmenty narządu, jak np. w przypadku wątroby, ale w Polsce jest to raczej marginalny program. W październiku 1999 r. rozpoczęliśmy w Klinice, we współpracy z kolegami transplantologami w Centrum Zdrowia Dziecka, program przeszczepiania fragmentu wątroby pobranej od spokrewnionych dawców – dzieciom z niewydolnością wątroby. Trzy lata później udało się przeszczepić po raz pierwszy w Polsce fragment wątroby pobrany od żywego spokrewnionego dawcy i uratować życie kilku biorcom dorosłym. Wykonujemy też przeszczepiania nerek od dawców żywych, choć ciągle jest ich za mało w stosunku do rosnących potrzeb, a przeszczepy łańcuchowe i krzyżowe są już uwięzione

sukcesem, o czym świadczą wyniki programu prowadzonego w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Prof. Danielewicz: Przed 3-4 laty szacowano, że w oddziałach intensywnej terapii umiera około 24 tys. pacjentów, u około 4 tys. z nich stwierdza się śmierć mózgu, z czego niemal 1,5 tys. to potencjalni dawcy. W 2015 r. organy pobrano od zaledwie 500... To pokazuje ogromny, wciąż niewykorzystany potencjał donacyjny.

Prof. Andrzej Chmura, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM: Wyniki wielu ankiet przeprowadzanych także w środowisku medycznym pokazują, że wiedza na temat transplantologii wśród pielęgniarek, a także lekarzy, wciąż jest niedostateczna. To niewątpliwie hamuje rozwój transplantologii, bo jeżeli człowiek nie jest do czegoś przekonany, to nie chce aktywnie w tym uczestniczyć. Polskie społeczeństwo także potrzebuje edukacji. Utworzony pięć lat temu Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej wypełnia te zadania w niewystarczającym stopniu.

Kolejny problem to finansowanie. Mimo że wszyscy ministrowie zdrowia kolejno zapewniali, że nie ma ograniczeń dla transplantologii, to jednak faktycznie one są. Nie ma wystarczających środków już przed transplantacją na kwalifikację biorców, a stawki na procedury transplantacyjne nie były weryfikowane od 15 lat, bo jest za mało pieniędzy. Coraz częściej dyskwalifikujemy biorców przyjeżdżających do przeszczepienia z powodu braku wymaganych badań – bo na ich wykonanie nie ma pieniędzy.

Prof. Marian Klinger, krajowy konsultant w dziedzinie nefrologii, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: Dodatkowo nasz system organizacyjny jest archaiczny. Stacje dializ nie mogą zgłaszać chorego do przeszczepienia, bo takie prawo mają wyłącznie przychodnie nefrologiczne. Te z kolei są tak słabo finansowane, że dla lekarzy kwalifikowanie pacjentów jest zajęciem dodatkowym, nie ma przypisanych do niego etatów. Trzeba stworzyć funkcję koordynatora biorcy przeszczepu. I zmienić to, że zabieg przeszczepienia wykonywany jest w ośrodku, który pobrał narząd – tam nie znają chorego.



Prof. Magdalena Durlik, kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM: Zgłaszalność do przeszczepienia nerki jest w Polsce na poziomie 7-8 proc. Chcielibyśmy, żeby osiągnęła 15 proc. Są stacje dializ, jak ta przy mojej klinice, która ma 25 proc. zgłaszalności. Pacjenci chcą się u nas dializować, bo wiedzą, że mogą liczyć na szybkie zgłoszenie do przeszczepienia. Dlatego lepszy rezultat można by osiągnąć, gdyby to ośrodek transplantacyjny przeprowadzał kwalifikację, jak jest to organizowane na świecie.

Obecnie opracowujemy program, który przewiduje poprawę polskiego systemu w dwóch najważniejszych elementach: zmianę miejsca kwalifikacji, czyli przeniesienie jej ze stacji dializ do ośrodka transplantacyjnego, a także zmianę systemu alokacji, czyli nerka przyjeżdża do ośrodka, który chorego zakwalifikował, a nie pacjent jedzie do nerki.

Prof. Artur Kwiatkowski, zastępca Kierownika Kliniki, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM: System usprawniłoby także powołanie zespołów, które działają szeroko – pobierają narządy w obrębie jamy brzusznej, a nie – jak jest obecnie – wiele zespołów pobiera różne organy. Byłaby to duża oszczędność pieniędzy i czasu, ale do tego potrzebna jest zmiana ustawy transplantacyjnej.

Rozwój hamuje także złe finansowanie. Mamy procedury dobrze wycenione, jak np. przeszczepienie trzustki albo wątroby, ale też finansowane znacznie gorzej, jak przeszczepienie nerki, a zwłaszcza pobranie nerki od dawcy żywego. To procedura niedoszacowana w 50 proc. Trudno mówić o rozwoju programu przeszczepiania nerki od dawcy żywego, kiedy generuje on straty dla szpitala. Przy 2-3 takich zabiegach w roku problem jest niewielki,

ale przy 10-20 straty idą w setki tysięcy złotych. Żaden dyrektor szpitala na to nie pozwoli.

Dr hab. Marek Pacholczyk, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM: Szukanie oszczędności w części procedur transplantacyjnych skończy się zespołem krótkiej koldry, o której wspomniał prof. Zieniewicz. Raz będzie trochę lepiej w nerkach, przeciągniemy do trzustki, a wtedy znowu zabraknie w nerkach. Należy ustalić niezbędne i rzeczywiste koszty minimalne wszystkich procedur transplantacyjnych.

Prof. Sławomir Nazarewski, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM: Nawet jeśli archaiczny, wspomniany przez moich przedmówców, system zmienimy na nowy, to będzie nam łatwiej pracować, ale nie zwiększymy w ten sposób liczby narządów do przeszczepienia. W wypowiedziach pana prof. Danielewicz i prof. Chmury padło, że należy edukować. Zgadzam się z tym. Przy czym podnoszenie świadomości jest potrzebne zarówno w całym naszym społeczeństwie, jak i w samym środowisku medycznym m.in. po to, żeby lekarze pracujący w ośrodkach, w których potencjał donacyjny nie jest wykorzystany, mogli zgłaszać potencjalnych dawców bez obawy o własne zdrowie i życie, i bez obawy o ostracyzm środowiska, w którym żyją oni i ich rodziny.

Prof. Andrzej Horban, krajowy konsultant w dziedzinie Chorób Zakaźnych, Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych WUM: W przypadku pacjentów z chorobami zakaźnymi problemem dla transplantologów jest utrzymanie ich w stanie bez replikacji wirusa zarówno przed przeszczepieniem, jak i po transplantacji.



Wymaga to współpracy wielu ośrodków, co w Polsce nie do końca się udaje. Program terapii bezinterferonowej, z zastosowaniem nowych leków sofosbuviru i daclatasvirusofos, zakłada, że pierwszeństwo leczenia mają pacjenci z zaawansowanym włóknieniem wątroby. My nie wiemy dokładnie, ilu ich jest, ale założmy, że jest ich około 2 tys., co nie powinno jednak być przeszkodą dla leczenia także innych grup chorych, zakażonych wirusem C.

Prof. Zieniewicz: Wymieniona grupa pacjentów nie może „konkurować” o leczenie z kwalifikowanymi do transplantacji. Przewlekłe zapalenie wirusem C nie wystarczy, by były spełnione kryteria wpisania pacjenta na listę oczekujących do przeszczepu. Z naszego – transplantologów – punktu widzenia, państwa rola, jako specjalistów od leczenia chorób zakaźnych, zwłaszcza jeśli chodzi o biorców HCV dodatnich, to leczenie przed, ale przede wszystkim po transplantacji. Ponieważ w przypadku tego wirusa, co wiemy wszyscy, nawrót zakażenia jest nieuchronny i prowadzi zawsze do niewydolności przeszczepionej wątroby i konieczności retransplantacji, a więc poniesienia po raz drugi wszystkich kosztów z tym związanych. Bezcenna jest więc nowa możliwość wdrożenia skutecznego leczenia w okresie okołotransplantacyjnym, aby nowa wątroba nie została zainfekowana wirusem.

Prof. Horban: Chciałbym się upomnieć o sierocą chorobę, czyli HBV. Pacjenci robią się coraz starsi, a proces chorobowy postępuje.

Prof. Zieniewicz: W ostatnich latach notujemy wyraźny spadek liczby wskazań do przeszczepienia z powodu HBV, wyjąwszy znaną i interesującą nas

grupę najczęstszego powikłania przewlekłego zapalenia i marskości wątroby, niezależnie od przyczyny, czyli pierwotnego raka wątrobowokomórkowego. Ta grupa chorych bardzo dynamicznie rośnie, mimo że stosujemy kwalifikację o dość restrykcyjnie określonych kryteriach. W najbliższej przyszłości będzie to problem nie tylko dla lekarzy, ale dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Prof. Horban: Musimy zacząć zwracać na to uwagę.

Prof. Magdalena Durlik: Jaki odsetek chorych, którzy dotychczas byli leczeni klasyczną terapią interferonową, ma w Polsce szansę przesunąć się na leczenie bezinterferonowe? Rozumiem, że nie wszyscy, bo koszty są bardzo duże.

Prof. Horban: Wszyscy. Jeżeli za wyleczenie jednego pacjenta interferonem płaciliśmy 60 tys. zł, a odsetek wyleczeń sięgał 30 proc., to w sumie wydawaliśmy 150 tys. zł na jedno wyleczenie. Nowa kuracja kosztuje około 60 tys. zł. Jest skuteczna i przez to tańsza.

Prof. Danielewicz: Mówimy dużo o postępie w obszarze medycyny, jeśli chodzi np. o leczenie wirusów hepatotropowych, podobnie jest w kardiologii inwazyjnej czy kardiochirurgii. Jednak przeszczepienie narządów, zwłaszcza przeszczepienie serca, w niektórych przypadkach nadal pozostaje jedynym rozwiązaniem. Dlatego nie można zapominać o wcześniejszej kwalifikacji pacjentów. Dysproporcja pomiędzy listą osób oczekujących na serce, a tych, którzy je otrzymują, wciąż jest najdłuższa, stąd należy uczynić wszystko, aby zwiększyć liczbę przeszczepień tego narządu, która w ostatnich latach utrzymuje się wciąż na niskim, niewystarczającym poziomie ok. 80 przeszczepień na rok. ■

Badanie opinii środowiska lekarskiego

„Jak oceniamy nasze relacje z pacjentami i współpracownikami?”

**Romuald
Krajewski**

Kierownik
Ośrodka Studiów,
Analiz i Informacji
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Relacje pacjent-lekarz są stałym przedmiotem zainteresowania opinii publicznej. W corocznych raportach Ośrodka Studiów Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawiamy najważniejsze wyniki badań opinii społecznej, które częściowo dotyczą także tych relacji.

Znacznie mniej wiemy o ich ocenie przez lekarzy i lekarzy dentystów. Dlatego w okresie lipiec-wrzesień 2015 r. Ośrodek przeprowadził badanie opinii naszego środowiska o różnych aspektach codziennych kontaktów z pacjentami. Bardzo dziękujemy Koleżankom i Kolegom za liczny udział w badaniu (1725 osób).

Staraliśmy się uzyskać opinię o korzystaniu przez pacjentów z różnych źródeł informacji o problemach zdrowotnych i o wpływie tych informacji na leczenie, o zdarzeniach mających wpływ na zaufanie pacjentów do lekarzy i o wpływie sposobu finansowania świadczeń na relacje z pacjentami. Pytaliśmy Koleżanki i Kolegów o opinię wynikającą z ich własnego doświadczenia.

Jako zdecydowanie najczęstsze źródło informacji o problemach zdrowotnych, z którego korzystają ich pacjenci, 90% badanych wskazało internet. Na drugim miejscu znaleźli się znajomi i rodzina (76%). Duże znaczenie respondenci przypisują też telewizji (39%). Na 4. miejscu znaleźli się inni lekarze, do których chorzy zwracali się przed zgłoszeniem się do respondentów.

Przeważa opinia, że wiedza pacjentów o ich problemie zdrowotnym pomaga w leczeniu (57,4%). Tylko 2,7% respondentów sądzi, że zdecydowanie utrudnia ona leczenie (Ryc. 1). Prawie 90% badanych podaje, że ich pacjenci sugerują im rozpoznanie i metody leczenia, a połowa podaje, że zasięgają opinii innych lekarzy. Zdarza się to jednak rzadko i średnio dotyczy około 1 na 10 pacjentów. Około 1/4 respondentów uważa, że zasięganie opinii innego lekarza jest przejawem braku zaufania, ale 70% sądzi, że raczej albo zdecydowanie tak nie jest.

Znaczna część uczestników badania wskazała na przejawy braku zaufania czy niezadowolonia pacjentów. Wprawdzie 1/4 nie miała do czynienia z zastrzeżeniami zgłaszanymi bezpośrednio do nich, a prawie połowa podaje, że zdarza się to raz na rok lub rzadziej, ale co 10. zdarza się

to raz na kwartał lub częściej. 20% miało już do czynienia ze skargami na swoje postępowanie do administracji, rzeczników, sądów. Rocznie skargi dotyczyły 7,4% ogółu respondentów. Prawie 1/3 podaje, że liczba skarg zwiększa się (17% – że zdecydowanie), a tylko 7%, że się zmniejsza.

Prawie połowa respondentów w ostatnim roku doświadczyła agresji ze strony pacjentów lub ich bliskich. 93% przypadków agresji stanowi agresja słowna, a 7% to także agresja fizyczna. Ogólnie, liczba zgłaszających agresję w tym badaniu (48,3%) jest mniejsza niż w badaniu z 2013 roku (67%).

Wyniki większości badań opinii społecznej w Polsce wskazują, że zaufanie do lekarzy maleje. Zapytaliśmy o opinię o zmianach zaufania ich pacjentów. Prawie połowa (49,2%) uważa, że w ciągu ostatnich 5 lat zaufanie zwiększa się, a 35,5%, że jest takie samo. Tylko 10,2% sądzi, że zaufanie pacjentów zmniejszyło się (Ryc. 2). To trochę zaskakujący wynik, ale jednocześnie jest on zgodny z wnioskami z licznych badań wskazujących, że zaufanie i zadowolenie pacjentów, czyli osób korzystających z ochrony zdrowia, jest większe niż osób, które znają ją tylko z relacji.

Praca w ochronie zdrowia to liczne relacje z pacjentami i ze współpracownikami. Prawie połowa respondentów zgłasza trudności w tych relacjach. 23,4% ma problemy w obu relacjach i około 1/3 z nich wskazuje, że problemy ze współpracownikami są większe, a 1/3 ma większe problemy z pacjentami.

Nieco ponad połowa respondentów uważa, że relacje z pacjentami nie zależą od sposobu finansowania świadczeń. 36% wskazało, że są różnice i najczęściej (25%), że relacje są lepsze kiedy pacjent sam płaci za leczenie. 5% uważa, że są lepsze, kiedy pacjent ma dodatkowe ubezpieczenie, a kolejne 5%, że wówczas, gdy płaci NFZ.

Ponieważ na ocenę relacji może między innymi wpływać czas poświęcany pacjentom, poprosiliśmy o ocenę czasu poświęcanego bezpośrednio

pacjentowi oraz na dokumentację w ambulatorium oraz w szpitalu. Łączny czas, jaki w ocenie lekarzy zajmuje przeciętnie wizyta pacjenta oraz opieka nad pacjentem hospitalizowanym zależnie od sposobu finansowania leczenia, przedstawia. W przychodniach łączny czas wizyty jest bardzo podobny, niezależnie od sposobu finansowania. W szpitalach z kolei prawie identyczny jest czas na bezpośredni kontakt, ale dokumentacja na potrzeby płatnika zajmuje dużo więcej czasu. Jest to zgodne z opinią wyrażoną w badaniu OSAI z 2013 r., iż obciążenie biurokracją jest w szpitalach zdecydowanie największe.

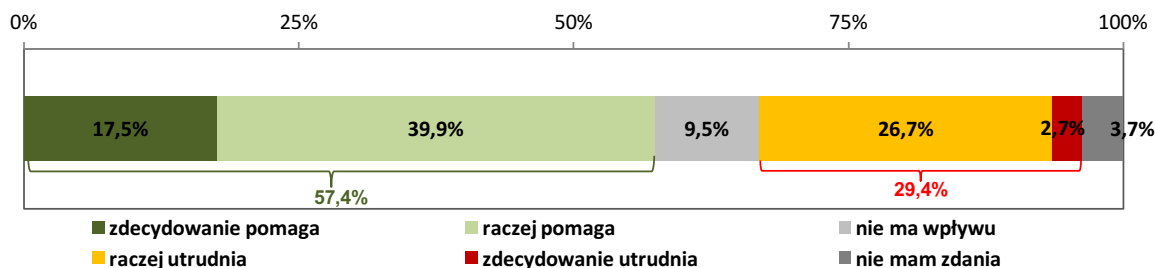
Lekarze i lekarze dentyści mają do czynienia z coraz lepiej poinformowanymi pacjentami, którzy poszukują porad i informacji z różnych źródeł. Środowisko w większości ocenia to pozytywnie i uważa, że zaufanie pacjentów do lekarzy jest coraz większe. Rośnie jednak liczba skarg i 22% respondentów podało, że przynajmniej u 1 na 10 pacjentów stosują praktyki defensywne, znane z krajów o wysokim ryzyku roszczeń.

Jak w przypadku większości zagadnień związanych z ochroną zdrowia, rzeczywistość jest bardzo złożona. Opinie wyrażone w tym badaniu dobrze odzwierciedlają zmiany zachodzące w relacjach pacjent-lekarz. Wskazują też, że dla niewielkiej, ale istotnej części środowiska zmiany te mogą stanowić problem. Samorząd

lekarski prowadzi liczne szkolenia ułatwiające porozumiewanie się i współpracę z pacjentami, i stale staramy się, aby było ich znacznie więcej. Powinniśmy też zwracać większą uwagę na zasygnalizowane w tym badaniu problemy w relacjach ze współpracownikami. Ochrona zdrowia jest pełna stresu, trudnych sytuacji, wymagania są bardzo duże, zaczynając już od studiów. Tu również mamy dużo do zrobienia, jeżeli chcemy, by lekarze pozostawali w kraju i chcieli długo oraz efektywnie pracować.

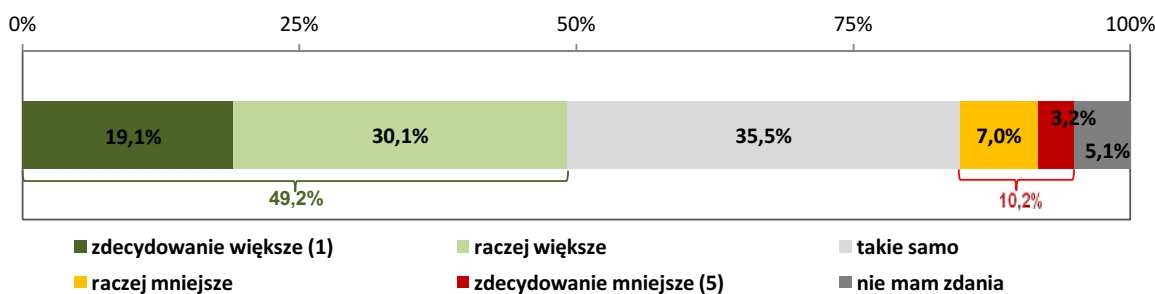
Koleżanki i Kolegów otrzymujących zaproszenie do udziału w badaniu prowadzonym przez nasz samorząd bardzo prosimy o poświęcenie chwili wolnego czasu na udzielenie odpowiedzi na pytania. Wyniki badań prowadzonych przez nasz samorząd są niezwykle przydatne w dyskusjach i przy formułowaniu propozycji naszego środowiska. Im więcej osób weźmie udział w badaniu, tym mocniejsze są wnioski i silniejsze argumenty. Tym skuteczniej możemy przeciwstawić się demagogom usiłującym tworzyć opinię na podstawie pojedynczych zdarzeń czy własnego widzimisię. Zapotrzebowanie na poznanie wiarygodnej opinii o problemach i oczekiwaniach naszego środowiska stale rośnie i rośnie też świadomość decydentów, że ta opinia i oczekiwania muszą być traktowane poważnie. Starajmy się więc wspólnie, by były jak najlepiej sformułowane i uzasadnione. ■

Ryc. 1. Czy wiedza pacjentów o chorobie i leczeniu pomaga w ich leczeniu?



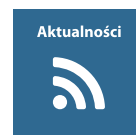
Podstawa procentowania: Wszyscy, N=1725.

Ryc. 2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat, biorąc pod uwagę wszystkie miejsca pracy, zaufanie pacjentów do Pani/Pana jest...



Podstawa procentowania: Wszyscy, N=1725.

Tekst z pełną infografiką na www.gazetalekarska.pl.





**Maria
Domagała**

Prawa pacjenta – do informacji, wyboru, skargi (część 2)

Aby pacjent mógł w pełni korzystać ze swego podstawowego prawa, czyli decydowania o sobie samym, potrzebuje informacji o swoim zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej, musi mieć możliwość wyboru lekarza, miejsca leczenia, a także – gdy dozna szkody – złożenia zażalenia i uzyskania rekompensaty.

Prawo do informacji

Niemieckim pacjentom szeroką informację o zdrowiu, prawach, funkcjonowaniu placówek, warunkach w różnych kasach chorych, korzyściach ubezpieczenia prywatnego itd. przekazuje się poprzez resortowe materiały informacyjne, internet, tradycyjne media oraz robią to sami świadczeniodawcy. Porady i informacje oferują obywatelskie biura doradztwa w landach, organizacje zawodowe i pacjenckie, rzecznicy przy kasach.

W **Norwegii** po publicznym systemie ochrony zdrowia od 2011 r. prowadzi portal helsenorge.no; wybrane informacje podaje w 7 językach. Pacjenci mają dostęp online do indywidualnych kont z danymi, np. o opłatach, e-receptach, szczepieniach. Telefonicznie i online działa usługa „wybór szpitala w Norwegii” prowadzona przez ministerstwo zdrowia wspólnie z władzami regionalnymi (patrz „GL” 2/2016).

Władze zdrowotne **Hiszpanii** zaopatrują obywateli w przewodniki o prawach, usługach i procedurach; ta informacja jest też w internecie. Hiszpanie mają zaktualizowane podstawowe dane o swoim zdrowiu w elektronicznych kartach.

We **Francji** nie ma standardu upowszechniania informacji dla pacjenta, ale jest ona szeroko dostępna. Dane o szpitalach są na stronie Narodowego Urzędu Zdrowia, lekarze informują o usługach, posiadanych atestach i certyfikatach, źródłem wiedzy są też do roczne rankingi w gazetach.

W **Anglii** istnieje ustawowy obowiązek informowania o usługach zdrowotnych. Instytucje NHS na żądanie robią to w różnych formach (np. dużym drukiem, w różnych językach, braille’u). Strona NHS Choice (nhs.uk) od 2007 r. informuje o dostępie, uprawnieniach, procedurach leczniczych, ułatwia znalezienie placówki, lekarza. NHS Direct to telefoniczna infolinia, stale aktualizowane poradniki na stronie nhsdirect.nhs.uk, a także kilkaset punktów informacyjnych w aptekach, bibliotekach, supermarketach w całym kraju.

Słowackie prawo gwarantuje obywatelom dostęp do informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej; pacjent może żądać od lekarza wszelkich informacji potrzebnych do wyrażenia świadomej zgody. Fundusze ubezpieczenia zdrowotnego ujawniają dane o refundowanych usługach i wykazy świadczeniodawców, ci zaś

muszą informować pacjenta, czy usługi i leki wymagają współpłacenia. Mało wiadomo o jakości usług, nie ma instytucji monitorującej dostęp do informacji; tę lukę starają się wypełnić organizacje pacjenckie.

Również na **Węgrzech** świadczeniodawca udziela pacjentowi szczegółowej informacji o jego stanie zdrowia, która ma być zrozumiała, uwzględniać wiek, poziom wykształcenia, jeśli trzeba – być przetłumaczona. Pacjent ma wgląd do dokumentacji, może otrzymać jej kopię (ustawa z 1997 r.). Jednak informacja publiczna o systemie jest niedostateczna.

Polscy pacjenci także mają prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia (ustawa z 2009 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Informacje przekazuje głównie personel medyczny, a także RPP, organizacje pacjenckie i in. O systemie i ubezpieczeniach informują strony internetowe Ministerstwa Zdrowia i NFZ (Vademecum Pacjenta).

Prawo do wyboru

Niemieccy pacjenci mogą wybierać lekarza wśród profesjonalistów i placówek akredytowanych przez SHI (98 proc. lekarzy lecznictwa otwartego, 99 proc. szpitali). Mają też swobodę wyboru kasy chorych oraz typu opieki długoterminowej, a przy odpowiednio wysokich dochodach mogą wybrać ubezpieczenie prywatne zamiast powszechnego. We **Francji** pacjent ma szerokie możliwości wyboru, choć bywa on ograniczony, np. na obszarach wiejskich. W **Norwegii** na każdym poziomie można wybierać lekarza lub szpital. Ze skierowaniem od GP (konieczne) może skorzystać z usługi dowolnego specjalisty publicznego lub prywatnego i dowolnego szpitala, też prywatnego, w całym kraju. Pacjent uczestniczy w wyborze metody leczenia. W **Hiszpanii** swoboda wyboru specjalisty lub szpitala jest mniejsza niż GP, zaś w POZ wybór jest możliwy w obrębie jednostki terytorialnej. W Madrycie pacjenci mają swobodny dostęp do usług zdrowotnych każdego poziomu.

Pacjent w **Anglii** może wybrać GP i szpital spośród szpitali publicznych i prywatnych, decydować o terminie i wszystko ustalać drogą elektroniczną; zazwyczaj robią to w jego imieniu GP lub zawodowi doradcy medyczni. Około 66 proc. pacjentów szuka placówki innej niż wskazana przez lekarza – w nadziei, że lepiej spełni ich oczekiwania.

Każdy **Słowak** może wybrać i instytucję ubezpieczeniową, i przychodnię. Ubezpieczalnię może zmieniać raz na rok, lekarza POZ raz na pół roku. Świadczeniodawcy muszą respektować wybór pacjenta i informować o innych opcjach leczenia. Pacjent ma prawo w każdej chwili wycofać zgodę na interwencję.

Na **Węgrzech** jest jeden fundusz zdrowia, ale pacjenci mogą swobodnie wybierać lekarza rodzinnego (zmiana – raz na rok) i specjalistów spośród tych, do których nie trzeba mieć skierowania. Także **Polacy** mają tylko NFZ; od lat dyskutuje się o ubezpieczeniach prywatnych – bez rezultatu. Koszyk świadczeń określa ustawa, ale można wybierać świadczeniodawców w POZ, a ze skierowaniem – specjalistę i szpital. Pacjenci prawo wyboru realizują, wybierając placówkę łatwo dostępną, gdzie oczekiwanie jest najkrótsze.



Prawo do zażalenia i rekompensaty

Procedury rozpatrywania skarg pacjentów w szpitalach wprowadzono w **Niemczech** ustawą w 2013 r., wdrożyły je też placówki innych typów. Skargi na złą praktykę rozpatrują specjalne sekcje samorządów zawodowych, kas chorych i rzecznicy praw pacjentów. Aby otrzymać odszkodowanie, pacjent musi dowieść związku szkody i zaniedbania. Profesjonaliści i instytucje ochrony zdrowia muszą być ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnoprawnej.

W **Norwegii** pacjenci najpierw wnoszą skargę do instytucji, której usługę kwestionują, a jeśli to nieskuteczne – do krajowej rady nadzoru zdrowotnego lub do sądów powszechnych. W każdym okręgu rzecznik praw pacjenta zapewnia doradztwo i ocenia, czy są podstawy do podjęcia dochodzenia. System kompensacji szkód pacjentów obejmuje wszystkie działy publicznej ochrony zdrowia, skargi pacjentów są zwolnione od odpłat. System i odszkodowania finansują władze i szpitale.

W **Hiszpanii** prawo do zażalenia gwarantuje ustawa o opiece zdrowotnej. Władze zdrowotne prowincji opracowują przewodniki o postępowaniu odwoławczym.

Ochroną pacjenta zajmują się sekcje skarg i zażeń w różnych instytucjach albo rzecznicy praw pacjenta (są w większości prowincji). Placówki ubezpieczają pracowników od odpowiedzialności cywilnej.

W szpitalach **francuskich** pierwszy krok to postępowanie polubowne z udziałem szpitalnego mediatora. Na lekarza prywatnego pacjent może wnieść skargę w sądzie zawodowym albo powszechnym. Sprawy medyczne przed sądem mają uproszczoną procedurę.

W **Anglii** NHS ma zapewnić bezpieczne procedury medyczne i odpowiada za szkody wynikłe z zaniedbań pracowników. Niezadowolony pacjent składa skargę do pracownika placówki albo do koordynatora ds. pacjentów; może się odwołać do rzecznika. Na zaniedbanie lub błąd może wnieść skargę sądową. Osobom poszkodowanym niezależny serwis oferuje bezpłatne wsparcie.

Także pacjent **słowacki** najpierw składa zażalenie w placówce, gdzie go źle obsłużono. Następnie może się zwrócić do MZ, władz lokalnych, izb zawodowych lub urzędu nadzoru ochrony zdrowia i np. zażądać odszkodowania. Za łamanie praw pacjenta urząd nadzoru może nałożyć sankcje. Pacjent może wnieść sprawę do sądu, gdzie musi dowieść związku szkody i błędu, uiszcza też opłatę sądową. Świadczeniodawcy muszą być ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej.

Podobnie jest w innych krajach naszego regionu.

Prawa niepełnosprawnych

W **Anglii** obowiązuje ustawa o niedyskryminacji niepełnosprawnych (2005) – nakazuje zmienić politykę, praktykę, procedury i fizyczne elementy tak, aby usunąć wszelkie bariery. Na straży równego traktowania stoi komisja praw niepełnosprawnych. Departament zdrowia przygotował podręcznik, gdzie jest mowa zarówno o sposobie oznakowania, informowania i stosowania pomocnej technologii, jak i o przygotowaniu personelu i zatrudnieniu wyszkolonych asystentów niepełnosprawnych.

Kryteria dostępności dla niepełnosprawnych obowiązują w **Hiszpanii** już od 1989 r. Przystosowanie dla nich obiektów ochrony zdrowia jest jednym z kryteriów jakości; minimalne normy zawiera przewodnik dla szpitali i ośrodków zdrowia krajowej agencji ds. jakości ochrony zdrowia. Hiszpania stosuje się do wytycznych europejskich, np. na lekach podana jest informacja w braille'u. Podobnie prawo **francuskie** nakazuje, aby wszystkie budynki publiczne (a w nich np. toalety) były dostępne dla osób na wózkach. Obiekty ochrony zdrowia co 4 lata poddawane są ocenie pod tym kątem.

W **Słowacji** placówki ochrony zdrowia mają obowiązek usuwać bariery architektoniczne, jednak organizacje pacjentów twierdzą, że nie jest to konsekwentnie realizowane. Coraz częściej jednak przy budowaniu nowych obiektów publicznych brane są pod uwagę opinie pacjentów niepełnosprawnych.

Polska ratyfikowała Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych w 2012 r., jednak pacjenci z niepełnosprawnością natrafiają na liczne bariery. Niemniej obiekty ochrony zdrowia na ogół dbają o ułatwienia dla osób niepełnosprawnych. ■

Na podstawie: Health System Review: France, Germany, Hungary, Norway, Poland, Slovakia, Spain, United Kingdom.



Joanna
Sokołowska

Kwestia światła

„Wszyscyśmy z płócien Rembrandta: To tylko kwestia Światła,” powtarzam sobie za moim ulubionym wieszczem. Powtarzam to sobie ku przestrodze i z obawy, że z dnia na dzień coraz nam bliżej do dwuwymiarowych telewizyjnych wizerunków, niż do subtelnie malowanych światłocieniem portretów – naszych pacjentów i nas samych.

To, co kiedyś było pieczołowicie zbieranym lekarskim wywiadem, staje się dziennikarską „setką” – zwięzłym materiałem informacyjnym. Wnikliwe badanie lekarskie ograniczamy do „migawki” z wybranego, wskazanego przez pacjenta organu. Najważniejszy jest bowiem czas, którego mamy coraz mniej. I jeszcze liczy się „news” – dawniej zwany rozpoznaniem. I konfrontacja, bo przecież zawsze są jacyś „my” i „oni”, zwolennicy i przeciwnicy. Pacjenci i lekarze. W świetle jupiterów nie ma miejsca na żadne chiaroscuro.

Nikogo nie dziwi matka wchodząca do gabinetu tak, jakby zdobywała barykadę. Wygląda trochę jak Mariana z obrazu Delacroix. Jedną ręką ciągnie za sobą nieco rozsierzonego sytuacją potomka, drugą – wymachuje walecznie plikiem wyników badań. Rzuca do wyłowionego z odmetów torebki telefonu: „Jestem w gabinecie!” – to meldunek z pola walki. Gdy szaniec lekarskiego biurka zostaje zdobyty, wygłasza manifest, zaczynający się od zdania: „Byłam już wszędzie!”. Potem następuje opowieść, której bohaterami drugiego planu są koledzy lekarze różnych specjalności, wymienieni z nazwiska,

FOTO: Adobe Stock

List do redakcji

**Maciej
Krzanowski**

dr n.med.,
kardiolog

7 cm w 21 dni

I ponad 11 mld zł wydanych przez Polaków w 2014 r. na suplementy diety. Na „oczyszczacze”, „odtruwacze”, zieloną kawę, po której można błyskawicznie zeschłupić, a ostatnio na lewoskrętną witaminę C (nb. tylko taka jest produkowana). Wg prof. Anuszewskiej z Narodowego Instytutu Leków, połowa tych suplementów nie spełnia ich definicji. Pytanie, czy na proceder nie ma rady, czy ktoś nie powinien powiedzieć ... „dosyć” i kto tym kimś powinien być?

Suplement diety to „środek spożywczy, którego celem jest uzupełnianie normalnej diety”. Nie jest, niestety, przestrzegana ta definicja, bo wpuszczane są na listy suplementów też ekstrakty roślinne o właściwościach leczniczych, jak np. Waleriana, a te przecież do zwykłej diety nie należą. I nie jest ostrą granicą między suplementem a lekiem. Na pewno wprowadzenie na rynek suplementu diety jest nieporównanie łatwiejsze, niż to ma miejsce z lekiem i decyduje o tym Państwowa Inspekcja Sanitarna, a nie Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych. Ale, jak pisze Anuszevska, „Ustawodawca polski już

w definicji suplementu zaznaczył, że nie może to być produkt ze wskazaniami leczniczymi”.

A tymczasem...? Proszę sięgnąć pamięcią do wykładów z biochemii i przypomnieć sobie, jak powstaje mocznik. W cyklu metabolicznym 3 aminokwasów (ornityny, cytruliny i argininy). Praktyczny rezultat tej wiedzy to podawanie ornityny i asparginianu ciężko chorym ludziom z niewydolnością wątroby dla pomniejszenia ich hiperamonemii. Jednocześnie asparginian ornityny „chodzi” na naszym rynku w kilkanaście razy niższych dawkach niż lek, jako suplement diety. Przypomnę, że ornityna jest aminokwasem endogennym i nie ma potrzeby ustalania dziennych wymogów jej spożycia. Ale ornitynom-suplementom (kilka produktów na rynku) towarzyszą w internecie hasła: „usuwać toksyny, ciesz się życiem”, „suplement diety stanowiący doskonałe wsparcie dla Twojej wątroby”. A że jest coś na rzeczy z tym wpływem ornityny na wątrobę, producenci wykorzystują to w reklamie. Informując również, że ich produkt usuwa uczucie dyskomfortu po spożyciu „ciężko strawnych

choć bez należącego szacunku. Kowalski zrobił usg. Wiśniewski zlecił badania. Malinowska leczyła farmakologicznie. Nowak zalecił fizjoterapię, a zaprzyjaźniony farmaceuta polecił reklamowany suplement diety. Jeśli w tym znamienitym, choć niedocenionym, gronie znajdzie się praktykujący w okolicy bioenergoterapeuta, informacja o nim jest przekazywana w charakterze testu na empatię. Dobry lekarz zrozumie nawet błędzącego pacjenta, prawda? Klasyczny podmiot liryczny takiej opowieści, to Jaś, który „nie chce jeść obiadku”. Jaś od wielu tygodni (ba! miesięcy) nie je nic. I nikt na to nie umie znaleźć lekarstwa. Wszystkie wyniki badań są wprawdzie prawidłowe, a chłopiec rośnie (choć mógłby być wyższy, nie taki chudziutki i bladziutki). Alergolog wykluczył alergię, laryngolog – przerost migdałka, a gastrolog – celiakię. Wykonano kilka posiewów, badań serologicznych w poszukiwaniu pasożytów, test na boreliozę i analizę pierwiastkową włosów. Jaś jeść nie lubi. Jeszcze bardziej nie lubi lekarzy, którzy utwierdzają jego troskliwą mamę w przekonaniu, że coś z nim jest nie w porządku. A Mama? Pewnie nawet wołałaby, żeby ktoś wreszcie znalazł Jasiowi jakąś przypadłość – dałoby się lekarstwo i po kłopotach. W sumie lekarz też wołałby to ostatnie, szybkie rozwiązanie...

Subtelna próba przerwania takiego monologu mamy lub sugestia zbadania samego Jasia, kończy się gniewnym fuknięciem – wszak wszystkie wyniki leżą na biurku w opasłej teczce – wystarczy obejrzeć i wydać opinię. Niejeden już wprawdzie próbował, ale teraz twoja szansa, Sokołowska! Bez zbędnych pytań i bez niepotrzebnej straty czasu.

Znacie to uczucie, że właśnie zostaliście wciążgnięci na jakąś listę i towarzyszącą mu pewność, że ta lista pozostanie niezamknięta? Pewnie przytaknęli nie tylko pediatrzy...

W zależności od sytuacji epidemiologicznej panującej aktualnie w poczekalni przychodni, zasobów cierpliwości oraz poczucia misji (to ostatnie podobno lepiej zweryfikować u kolegi specjalizującego się w chorobach duszy), możemy zlecić Jasiowi kolejne badanie lub nakłonić jego mamę do zmiany dotychczasowych nawyków. W trakcie zimowego okresu grypy i po godzinie 17.00 w piątek cierpliwość i powołanie, nawet najbardziej wrażliwych medyków, wyraźnie pikują, w dół... Skierowanie do kolejnego specjalisty, choć wątpliwe etycznie, wydaje się wówczas ostatnią deską ratunku (oczywiście dla lekarza, nie dla pacjenta). Jasiowi i jego mamie trzeba tylko (aż!) poświęcić czas... Czas to jednak to, czego brakuje najbardziej – i mamie Jasia, i wyzwanemu na pojedynek z niejadkiem lekarzowi.

Pacjent, lekarz i czas – ta scena rozgrywa się codziennie w setkach gabinetów lekarskich. I tak, jak światłocień stwarza głębię i nastrój na płótnach pana van Rijna, tak czas jest konieczny do tego, by leczenie stało się sztuką, a nie tylko wymianą informacji. To z braku czasu, zamiast portretu, powstaje szkic. Z braku czasu porada lekarska staje się „świadczaniem medycznym”. Zamiast badania – zajrzenie do gardła, zamiast wysłuchania – choćby jak najdokładniejsze, ale jednak tylko osłuchanie. Zamiast wyleczenia – w najlepszym wypadku recepta na usmierzający dolegliwość lek. Zauważyli to sprytni uzdrowiciele. Ich sukces nie polega przecież na skuteczności. Na swoje czary-mary poświęcają po prostu dużo więcej czasu niż nasze, zagwarantowane pacjentowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, śmieszne 10 minut.

A gdyby tak zapomnieć o kolejce zniecierpliwionych pacjentów po drugiej stronie drzwi gabinetu? Gdyby wyłączyć telefony (swoje także), zlekceważyć nakazane przez szefów liczenie punktów, odłożyć na bok sprawozdawczość i statystykę? Czy tylko mnie wydaje się to już kompletnie niemożliwe? ■

pokarmów”. Widzimy na ekranie TV, jak pan radzi pani, aby po obfitym obiedzie zażyła tabletkę preparatu z ornityną. W rezultacie, w przekonaniu, że leczą sobie wątrobę, zażywają ornitynę tysiące osób przy dolegliwościach powodowanych zapewne kamicą żółciową, nadwrażliwym żołądkiem czy spastycznością grubego jelita. Jeśli czują po tym ulgę, to albo jest to efekt placebo, albo jakieś działanie nieznane, niezwiązane z udziałem ornityny w cyklu mocznikowym. Tak czy siak, nie ma reklama wskazań dla ornityny do usuwania uczucia pełności w nadbrzuszu, nie ma nic wspólnego z medycyną opartą na faktach. Przykład z ornityną proszę traktować jako jedno z wielu powszechnych dziś zjawisk. Na półkach aptek znajduje się multum preparatów o nieuzasadnionych wskazaniach, po części wręcz oszukańczych.

To nie jest tylko nasz problem. Parlament Europejski zakazał posługiwania się producentom suplementów 1600 sloganami odnoszącymi się do zdrowia. Za uzasadnione uznano jedynie te informacje, które są podparte badaniami naukowymi.

Liczba instytucji zajmujących się w Polsce suplementami diety jest imponująca, czternaście. I chyba sprawdza się przysłowie, „gdzie kucharek sześć...”.

Nie dostrzegam zdecydowanych działań, aby ustawowe przepisy o suplementach diety były w Polsce przestrzegane. Ostatnio Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wystosował list do producentów suplementów zawierający uwagę, że ich reklamy nie powinny zawierać treści, które:

- „- przypisują suplementom diety właściwości lecznicze,
- przedstawiają stan faktyczny rzeczy w sposób, który może wprowadzać konsumenta w błąd,
- sugerują, że suplementy diety stanowią niezbędny element codziennej diety, będący remedium na liczne dolegliwości i potrzeby,
- obiecują szybkie osiągnięcie celu,
- wykorzystują niewiedzę, nieświadomość, brak doświadczenia klientów, nadużywają zaufania odbiorców” etc.

Czy list ten przyniesie skutek? Wątpię. O zbyt duże pieniądze tu chodzi. Inną taktykę stosuje się w USA. Przed kilku laty firma D... musiała zapłacić 21 mln dolarów kary za wprowadzanie klientów w błąd informacją, że bakterie zawarte w jej jogurtach podnoszą odporność organizmu.

Problem na pewno należy do trudnych. Ale to niewystarczający powód, żeby rezygnować z jego załatwienia. ■



Sławomir Pietras

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Bogowie umierają młodo

Nie wszyscy. Myślę tu przede wszystkim o artystach, których sztuka, talent i dar wzbudzania zachwytów nosiły cechy boskości. Młodo umarł Schubert (31), Mozart (35), van Gogh (37), Mendelssohn (38), Bizet (38), Caravaggio (39), Chopin (39), Słowacki (40), Caruso (48). Ale już nie Strawiński (89), Verdi (88), Goethe (83), Farinelli (82), Karajan (81), Battistini (72), Visconti (70), Szalapin (65), Niżyński (61).

Najwcześniej z nich pożegnał się z tym światem Rudolf Valentino. Był bogiem kina niemego. W roku 1926, gdy miał zaledwie 31 lat, przeszedł w Nowym Jorku operację wyrostka robaczkowego. Po paru dniach wywiązało się ropne zapalenie płuc, spowodowane przechłodzeniem płuc przez eter użyty do znieczulenia. Tę informację przytaczam z myślą o najmłodszych adeptach medycyny, jako refleksję o postępie, jaki zrobiła ta profesja od tamtych czasów.

Sierpniowego ranka, zapadając w śpiączkę, zdążył poprosić pielęgniarkę zaciągającą szpitalne zasłony: „Proszę pozwolić słońcu wejść. Chcę odejść do królestwa ciemności w pełnym świetle!”. Jakież to patetyczne i teatralne. W cztery godziny później już nie żył.

Wiadomość ta uderzyła jak grom z jasnego nieba w publiczność na całym świecie. Wokół boskiego nieboszczyka natychmiast rozpoczęły się zamieszki. Aby w zakładzie pogrzebowym ubrać go w smoking i przystroić biżuterią, ciało ze szpitala transportowano dla niepoznaki w wiklinowym koszu na bieliznę. Eksportacja trwała aż trzy dni. Przed trumną przeszło dwieście siedemdziesiąt tysięcy ludzi, czego pilnowało aż 150 policjantów.

W dzień pogrzebu wokół hollywoodzkiego kościoła Saint Malachy ludzie wybijali szyby w sklepach, przewracali samochody, deptali się wzajemnie. Ponad setka dzieci zagubiła się w tłumie. Wnętrze kościoła zostało niemal doszczętnie ogołocone z wyposażenia, które wielbiciel kinowego bóstwa rozdrapali na pamiątkę. Około sto osób na całym świecie próbowało popełnić samobójstwo. Udało się to tylko trzynastu, w tym matce trojga dzieci, spłodzonych zresztą z zupełnie kimś innym.

Na kondukt żałobny krążący samolot sypał płaki róż. Po dotarciu do cmentarza okazało się, że nie ma kto pokryć kosztów pochówku. Nie chciały tego dokonać dwie byłe żony Rudiego, ponieważ zostały pominięte w testamentie. Jego brat Alberto twierdził, że jest bez grosza. Nie kwapił się do tego również George Ullmann – impresario Valentino – twierdząc, że nagła śmierć gwiazdy pozbawiła go spodziewanych dochodów.

Aktualną narzeczoną boskiego nieboszczyka była nasza rodaczka Pola Negri, która szczerze owinięta czarnymi welonami nie odstępowała od trumny. Ale tylko do czasu, gdy otaczały ją tłumy żałobników w obecności reporterów i prasy. Później, już w kameralnym gronie odkrywała oblicze i dla wytchnienia chętnie oddawała się beztroskim konwersacjom przy katafalku. Ale za pogrzeb również płacić nie chciała.

Ogłoszono więc w pismach subskrypcję, która przyniosła zaledwie zawstydzające 200 dolarów, a w odpowiedzi na 2000 rozesłanych listów przysłano tylko 20 skromnych czeków. Wreszcie po miesiącu opuszczone przez wszystkich najmłodsze bóstwo tłumów Rodolfo Guglielmi Valentino (bo tak się właściwie nazywał), aktor amerykański włoskiego pochodzenia został pochowany w murze cmentarza na koszt rodaka, skromnego kamerzysty Balbiniego, który był jego prawdziwym przyjacielem.

Myśląc o związkach medycyny ze sztuką, zastanawiam się, jak można nazwać ludzką chorobę, która w ciągu miesiąca z człowieka uwielbianego i adorowanego czyni przedmiot porzucony i zapomniany pod murami cmentarza tylko dlatego, że pamięć o nim kosztuje kilka dolarów. ■

List do redakcji

Lekarz

(imię i nazwisko
do wiadomości
redakcji)

Wyprzedziła mnie Pani Doktor

Chcę nawiązać do listu Koleżanki Pani Lekarz Dentysty („Szanujmy się wzajemnie” z „GL” 03/2015).

Szanowna Pani Doktor, ubiegła mnie Pani, ponieważ napisała Pani to wszystko, co myślę, dlatego pod Pani listem gorąco podpisuję się. Pragnę tylko dodać od siebie kilka szczegółów.

Praktykuję już ponad 20 lat. W miejscu, w którym pracuję, lekarze są bardzo życzliwi, pracownik służby zdrowia nie czeka w kolejce do lekarza na umówioną wcześniej wizytę. Niestety, korzystając z leczenia w innych miastach, zwłaszcza w dużych

ośrodkach klinicznych, jestem często traktowany tak jak Pani Doktor, a czas oczekiwania na rejestrację, a potem wizytę u lekarza znacznie przekracza dwie godziny, czasem to pół dnia, a nawet więcej.

Ja zawsze pracowników medycznych (lekarzy szczególnie) przyjmuję bez kolejki. Uważam, że pracownicy zawodów medycznych, pracujący w ochronie zdrowia (nie lubię wyrażenia służba zdrowia, bo jak kiedyś mówił, gdy byłem na studiach, znany przedwojenny profesor, służba to jest na folwarku, dlatego tak nas traktują i tak płacą)

Rwący nurt potylicy

„Umysł ścisły, dusza humanisty” – tak o jednej z naszych szkolnych koleżanek mawiała polonistka. Pogranicze, styk, połączenie światów teoretycznie sobie obcych, od zawsze wzbudzały moje zainteresowanie. Koleżanka też wzbudzała.

Poezja dociera do mnie najpełniej, kiedy widzę jej związek z prozą życia. Może dlatego staram się uparcie „poetyzować” coś, co tak naprawdę jest kwintesencją codzienności. Niedawno prowadziłem uroczystość uruchomienia nowej serwerowni na jednej z warszawskich uczelni. W scyfryzowanych czasach... O! Mam początek kolejnego wiersza, który może być wykorzystywany jako ćwiczenie logopedyczne dla obcokrajowców uczących się języka polskiego albo adeptów sztuki aktorskiej! „W scyfryzowanych czasach/ Scalona scysja aż syczy/ Ha! Husky po chaszczach hasa/ Smagając smętnie sens smyczy”. A i studentom medycyny może się taki wierszyk przydać. Tyle, że zamiast sponiewieranego przez polonistów pytania: „Co poeta miał na myśli?”, mogą spróbować odpowiedzieć na: „Co poecie dolegało?”. Ale wracając do otwarcia serwerowni. W scyfryzowanych czasach niewiele jest zjawisk bardziej przyziemnych. Tym bardziej mnie korci, żeby przynajmniej próbować zahaczyć serwerownię o poezję. Nie przypuszczam, że będą kiedyś powstawały prace naukowe typu: „Wątek serwerowni w polskiej literaturze I poł. XXI wieku”. Nie chodzi o to, żeby powstało ich dużo. Ale poezja powinna opisywać cały świat, bez wyjątków, więc przynajmniej jeden wiersz o serwerowni powinien powstać. Spróbowałem: „Kocham cię tak niewymownie/ Że ci kupię serwerownię/ Jeśli tylko pragniesz – powiedz/ Dokupimy stado owiec/ Traktor, siewnik i śrutownik/ Akordeon, bas i skrzypki/ I będziemy w serwerowni/ Wytwarzać oscypki...”.

Łatwiej się żyje ze świadomością, że nie ja jeden cierpię na taką przypadłość. Na stronie 109 książki „Nic zwyczajnego – O Wiśławie Szymborskiej”, Michał Rusinek, sekretarz poetki, pisze: „Bardzo lubiła Poświatowską, nie bardzo

– jej poetykę. A w każdym razie coś, co nazywała rozpoetyzowaniem. Kiedyś Poświatowska pokazała jej wiersz, w którym pojawia się fraza: całuję źródło jego szyi. [Szyborska] spytała, czy nie lepiej napisać po prostu: obojczyk?

– Różnica między nami polegała na tym – mówiła – że Halina całowała źródła szyi, a ja – obojczyki”.

Od razu pomyślałem o czytelnikach „Gazety Lekarskiej”. Przecież Państwo w swojej pracy ciągle macie do czynienia z obojczykami, łopatkami, mostkami i wieloma innymi częściami człowieka. Co stoi na przeszkodzie, żeby je trochę „upoetyzować”? Gdyby tak wierszem spisywać wywiady albo obserwacje: „Na rzece pleców smuga modra/ Która w czerwoność się zamienia/ Spływając aż od źródła biodra/ Przez fale grzbietu i ramienia/ Przez całe udo sina szarża/ Głębina mostku jakaś czulsza/ W dodatku pacjent się uskarża/ Że w ujściu lędźwi rwie go kulsza”. Uważam, że pacjent powinien mieć prawo wyboru poetyki procesu leczenia. Do tyśiąca różnych kodów obowiązujących w służbie zdrowia należy dołączyć jeszcze jeden, złożony z inicjałów poetek – Haliny Poświatowskiej albo Wiśławy Szyborskiej. I wtedy, jeżeli przy nazwisku lekarza znajdujemy kod „HP”, możemy się spodziewać, że w dokumentacji pojawi się raczej „źródło szyi”, jeżeli „WS” – „obojczyk”.

PS. Byłem tak dumny ze swojego pomysłu, że postanowiłem podzielić się nim z kolegą lekarzem. Zadzwoniłem. Zamiast wyczekiwanego „Genialne!”, usłyszałem:

– Ale ty wiesz, że Hp to *Helicobacter pylori*, a WS to Weiss System?

Zdruzgotany natychmiast przerwałem rozmowę. Medycyna. Jednak jest coś bardziej przyziemnego od serwerowni. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

powinni być traktowani tak jak wcześniej, czyli przyjmowani poza kolejnością. Uważam, że portier, kucharka ze szpitala to jednak nie jest zawód medyczny i to ich nie dotyczy.

Wszyscy mają przywileje, my tylko obowiązki. Też zadam to pytanie: jakim prawem NFZ pozbawił nas tego nic niekosztującego państwo polskie przywileju? Dlaczego w porę nie zareagowała NIL? Może dlatego, że Państwo z Izby Lekarskiej jesteście znani, macie dużo znajomych i wszyscy przyjmą Was bez kolejki? Ja nie domagam się wizyt u specjalisty w ramach NFZ bez kolejki, są zapisy i muszę to zaakceptować, nie zważając na to, co myślę. Ja się domagam, aby w wytycznych NFZ

(kto może być przyjęty bez kolejki na umówioną wcześniej wizytę), obok kombatanta, Honorowego Dawcy Krwi, widniał pracownik medyczny. O to powinien walczyć Pan Prezes Hamankiewicz, a ostatecznie zapis zaakceptować i zmienić korzystnie dla nas nowy Pan Minister, niedawno jeszcze nasz kolega.

Proszę zobaczyć, co się dzieje, gdy górnikom chce się wypłacić 14. pensję w dwóch ratach. U nas nie ma 13. pensji, 14. pensji, kiepskie pensje, a z tego kiepskie emerytury, dlatego emeryci tak długo pracują, mimo różnych swoich chorób. Często lekarz jest bardziej chory niż pacjent, który się u niego leczy. ■



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Z nudy

Mówią, że nuda to jeden z najgorszych stanów, takie szare wielkie nic. A ja czasem nudzić się lubię, bo z nudy przychodzą do głowy najśmielsze pomysły, z niej rodzą się zaskakujące rozwiązania. Manieryzm, ten dziwny styl, który opanował sztukę gdzieś około lat 30. XVI w., to jeden z najlepszych dowodów na to, że warto się nudzić.

Patrząc na schody biblioteki Laurenziana, wylewające się na wchodzącego nieopanowanym niemal potokiem, na westybul, z jego dziwacznym rozwiązaniem ścian, lubię myśleć, że Michał Anioł właśnie się nudził. Za dużo już mu było symetrii, złotych środków i postanowił po prostu trochę się pobawić. Bo manieryzm to w pewnym sensie zabawa, to odwrócenie reguł, zrobienie wbrew. Nierzadko w malarstwie tego okresu widzi się celowo namalowaną prawą dłoń kończącą lewą rękę, wszystko nagle dzieje się na opak. Czasem to tylko powierzchowna zabawa formą, ale czasem coś czai się za tymi artystycznymi sztuczkami.

Bronzino, uczeń sławnego manierysty Pontormo, to manierysta przyczajony. Nie ma w jego obrazach szalonego rytmu, rozbuchanych do granic emocji. Jego portrety są ciche i skupione. Nieznaczące wydłużenie ciał, przeskalowane

szyje i tułowia dają znać, że odrobił lekcję swego mistrza, ale i przetworzył ją na własny plastyczny język. Bronzino daleki jest od epatowania manierystycznymi atrybutami. Jego „Portret młodego mężczyzny” na pierwszy rzut oka nie wydaje się w żaden sposób udziwniony. Oto postać młodego człowieka we wnętrzu. Sam portretowany ubrany jest w czarną bluzę z plisami. Jedną rękę oparł pewnie na biodrze, w drugiej trzyma książkę. Patrzy na widza, jakby lekko z góry. Alabastrowa cera bez skazy nadaje jego twarzy wyraz maski. Stoi i patrzy, dość śmiało, ale nie nawiązuje żadnego bliższego kontaktu z widzem. Nie wiadomo o nim nic, nie określa go ani wnętrze, ani książka, którą trzyma zamkniętą, jego historii nie dopowiadają atrybuty czy strój. To człowiek zagadka.

Coś niepokoi w tej postaci, być może jest na coś chora? Jeśli tak, to na co? ■



a

Obraz: Bronzino, *Portret młodego mężczyzny*, około 1530

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 15 kwietnia 2016 r.

W temacie maila należy wpisać GL04.
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” 03/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Marta Kwas z Kielc
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 03/2016

Obraz oryginalny: a

Diagnoza:

Paul Klee cierpiał na sklerodermę (twardzinę). W ostatecznym stadium choroba ograniczyła jego zdolności motoryczne, a także spowodowała trudności z polykaniem. Klee zmarł w 1940 w sanatorium w Locarno-Muralto.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zamiana grubych linii na cienkie.

Wcześniejsze prace Klee charakteryzuje użycie cienkich, eterycznych linii. Grube, czarne kreski pojawiają się w jego twórczości w drugiej połowie lat trzydziestych, a ich obecność świadczyć może o postępującej chorobie utrudniającej artyście operowanie bardziej finezyjnymi kształtami.

2. Dodanie gwiazdy nad głową anioła.

Postacie aniołów pojawiają się w twórczości Klee dość często. Jednym z popularnych przedstawień jest jego „Gwiezdny Anioł” (Engel vom Stern), nad którego głową pojawia się gwiazda, zatem jej obecność i w tym przypadku nie byłaby nieuzasadniona.

3. Zmiana kształtu czarnych linii tak, że tworzą słowo TOD (niem. śmierć).

W jednym z ostatnich dzieł Klee, „Tod und Feuer” (Śmierć i ogień), grube czarne linie układają się w słowo TOD. Niektórzy badacze twierdzą, że obraz ten miał zapowiadać zbliżające się odejście artysty.

4. Zmiana kształtu plam kolorów na bardzo regularne kwadraty.

Wraz z postępującą chorobą Klee odchodzi od onirycznego, subtelnie rozmytego tła w swoich obrazach. W tych pochodzących z lat trzydziestych stosuje nawet bardzo regularne, wręcz geometryczne plamy barwne. Prawdziwe tło użyte do tego obrazu jest ciekawym połączeniem tych patchworkowych propozycji i wcześniejszych lirycznych kolorystycznych przenikań.



Obraz: Paul Klee, *Engel, übevoll*, 1939



**Karolina
Kociszewska**

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

Samotność Minotaura

Przeklęta samotnia! Ileż szamotaniny od momentu, kiedy zrozumiałem, iż jestem więźniem. Więźniem labiryntu, w którym tkwię i będę tkwił. Ma dusza i me ciało nigdy się nie poddały, stąd moja udręka.

Ocieram się o chropowate ściany przeklętej budowl. Jakże często świadomie ranię swe ciało, a gdy zaczynam krwawić, wtedy o dziwo, nadochodzi krótkotrwała ulga dla mojej umęczonej duszy. Nie myślę o więzieniu, zajmuję się swoim bólem i cierpieniem fizycznym. Wtedy błogosławię przeklętego twórcę diabelskiego labiryntu za to, że mnie w nim umieścił, a także za to, że nie dociera tutaj nawet smuga światła, nie ogląda mnie żadna żywa istota.

O, gdybym musiał choćby w kawałku zwierciadła oglądać swe oblicze i odczytywać strasliwą odrazę, malującą się na twarzach tych, którzy by na mnie spojrzeli, to nie miałbym siły, by dotrzeć kolejnego poranka. O dzięki Ci twórcu labiryntu żeś mi tego oszczędził. Skoro tylko ujrzawsze narodzonego potwora, słusznieś uczynił, ale jak przewrotnie wymyśliłeś dla niego labirynt. Nie strzeżone cele ani podziemne piwnice oddzielone od świata wieloma bramami, ale właśnie labirynt, droga, wyjście bez wyjścia. Ten labirynt to dzieło szatana, który co dnia od momentu mych narodzin daje mi nadzieję wyjścia, lecz on także każdego dnia mego przeklętego żywota uzmysławia mi, że z labiryntu nie ma dla mnie żadnej ucieczki.

Labirynt duszy! Co było wcześniej? Czy to prześlenné więzienie ukształtowało moją duszę w labiryncie? Czy też było odwrotnie – zostałem poczęty z „genem labiryntu”? Chyba jednak przeklęte znamię samotności powstało we mnie wcześniej, niżli ukształtowało się moje ohydne ciało. Tak, z całą pewnością tak było. Dlatego też, kiedy ocknąłem się w mojej przeklętej samotni, pozostawiony sam sobie, nie kwiliłem, nie wołałem żadnej żywej istoty. Pogodziłem się z mym losem. Przecież gdyby było inaczej, to niechybnie wpadłbym w szaleństwo. Dochodzą mnie odgłosy życia, stłamszone krzyki, śmiech, płacz – przecież nie pragnę być wśród ludzi. Nawet towarzyszy mi radość, że to jest poza mną. Los oszczędził mi tęsknoty za miłością, bliskością drugiej osoby, obawy przed jej utratą. Prawdę mówiąc, choć uwieczniony, jestem wolny. Moja samotność jest wolnością.

O, jakże ludzie są skrupowani przeróżnymi więzami, o, jak męczą się za życia, dręcząc swe dusze cierpieniem. A ja, ja nikogo nie dręcę, bo nikogo nie potrzebowałem i nie potrzebuję. Zamknięty i odizolowany od świata, moim labiryntem nie zadęcam i nie krzywdzę bliskich. Oni zaś nie zadęcają się troską o mnie. Ja dla ludzi nie istnieję, więc nie czynię im zła, a oni nie krzywdzą mnie. Skrzywdzić mogą tylko istoty kochane, zranić można tylko tych, których kochamy. O, bogowie, dzięki Wam za mój labirynt – za moją samotność.

Spokój! O tak, mam spokój i wolność od ludzi, od uczuć, od namiętności. O, bogowie, ja nie opuszczę swego labiryntu! Moim przeznaczeniem jest trwać w tej nieskończoności aż do końca mego nędznego żywota.

Kiedy przybywa na Kretę czternastu młodych, roześmianych, cieszących się życiem Ateńczyków, czuję przypływ satysfakcji, że nie tylko mnie tak okrutnie doświadczali bogowie. Słyszę trzask wrót zamykanych za moimi ofiarami, ich przerażone głosy i zalewa mnie fala spokoju. Wiem, że prędzej czy później dostaną się w me posiadanie i będą całkowicie ode mnie zależni. Wreszcie to ja będę mógł zdecydować o życiu lub śmierci żywej istoty. Ciężko mi żyć z przeświadczeniem, że moi rodziciele – Minos i Pazyfae, zostali pokarani tak nędznym jak ja stworzeniem. Jednak, gdy czuję smak ludzkiej krwi i przegryzam ludzkie mięso, wszystkie te myśli opuszczają mój umysł. O, bogowie, właśnie wówczas łaknę ich, pożeram nie tylko ludzkie istoty, ale ich dusze, ich marzenia, uczucia. Wtedy czuję, choć krótko, prawdziwą sytość. Nie jestem już sam, mam w sobie wiele ciał i dusz. Wtedy nie skowyczy moje serce. Nie błagam Was bogowie o bliską istotę, nie przeklinam swej samotności. Ogarnia mnie błogie szczęście. Jednak trwa krótko. Iluzja kończy się wraz z ostatnim kęsem drgających w konwulsjach ciał. Od tego momentu już nic mnie nie cieszy. I znowu zaczynam nasłuchiwać odgłosów ludzkiego bytowania. Jestem u kresu, przekleństwo moje mnie już nie opuści. Usłyszcie to wreszcie ode mnie – jestem przeklęty, bo jestem samotny. To jest najśrodsza kara, na którą nie zasługuje nawet największy zbrodniarz. Uczynicie mi łaskę, potraktujcie jak zbrodniarza, ześlijcie mi śmierć. Zasypcie mój labirynt! Błagam!!!

Czyż postać Minotaura w swej samotności, szamotaninie emocji, niezrozumieniu nie przywodzi na myśl osoby cierpiącej na schizofrenię? Czyż labirynt, o którego ściany bezradnie ociera się mitologiczny potwór nie przypomina zamkniętego świata, jawiącego się jako mieszanina zawitych uliczek, samotna droga bez końca, niemożność ucieczki i wyjścia, jaki tworzy się w duszy i psychice chorego? Jakże trafnie już starożytni potrafili oddać niemoc i udrękę istoty zamkniętej, odciętej od świata, z jednej strony literalnie oddzielonej murami labiryntu, z drugiej zaś symbolicznie – mimo pozornej wolności ograniczonej barierami, które sama sobie stwarza. Minotaur przywykł do swej przeklętej samotni, odrzucony ze względu na swą strasliwą, odpychającą fizyczność. Schizofrenik, czując odmienność swej psychiki, obcość myśli, rozbieżność przekonań, tworzy niewidzialną, niezdefiniowaną, ale wciąż nieprzekraczalną barierę ze światem zewnętrznym. [...] ■

Pełna treść
w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



W „GL” 03/2016 błędnie podano tytuły wierszy Katarzyny Jaśkiewicz. Autorkę przepraszamy, a naszych Czytelników zapraszamy do działu Kultura na www.gazetalekarska.pl do przeczytania raz jeszcze utworów, tym razem z poprawnie przypisanymi tytułami.

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej



W dniach 30.08-6.09.2015 roku w Sobieszewie nad Zatoką Gdańską odbył się II Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla lekarzy. W czasie pleneru jego 12 uczestników pogłębiało swoją wiedzę z zakresu kompozycji, technik wykonywania i wypalania prac ceramicznych, które zaprezentowano na kończącym plener wernisażu.

W tym roku kolejny raz zapraszam w imieniu OIL w Gdańsku do udziału w plenerze, który odbędzie się w Gdańsku Sobieszewie w dniach 28.08.2016-4.09.2016 roku.

Koszt uczestnictwa wynosi 650 zł, obejmuje noclegi ze śniadaniem i materiały plastyczne.

Powyższą kwotę należy wpłacić na konto nr: 78 1140 2017 0000 4202 0490 8028 z dopiskiem „Plener ceramiczny” do dnia 1.06.2016 r.

Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń. Zapisy wyłącznie u organizatora Beaty Sałek tel. 58 3239472 po godz. 21.00.

XIV Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

Termin zgłaszania prac upływa 9 maja. Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. Każdy musi być opatrzony danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania.

Od jednego autora przyjmowane są dwie prace.

Wernisaż wystawy odbędzie się 22 maja o godz. 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi i potrwa 29 maja.

Kontakt: Iwona Szelewa,
tel. (42) 683 17 01,
faks (42) 683 13 78;
biuro@oil.lodz.pl.

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ



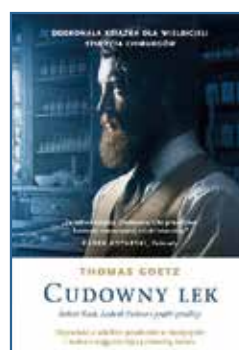
Kwalifikowana pierwsza pomoc
Katarzyna Barcentewicz,
Przemysław Barcentewicz,
Robert Brzozowski
Redakcja: Andrzej Kopta,
Jakub Mierzejewski, Gabriela Kołodziej
Szczegółowe i spójne opracowanie dla jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.



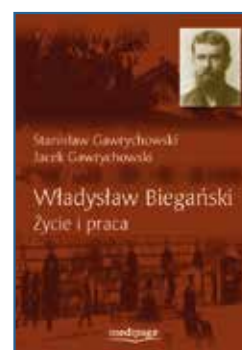
Żywność człowieka a zdrowie publiczne. Tom 3
Redakcja: Jan Gawęcki,
Wojciech Roszkowski
O wpływie żywienia na zdrowie ludzkie. Omówiono m.in. aspekty epidemiologiczne i sposoby racjonalizacji żywienia ludzi. Dodatkowo – prezentacja dotycząca ochrony przed wieloma zagrożeniami.



Fantastyczne laboratorium doktora Weigla. Lwowski uczeń, tyfus i walka z Niemcami
Arthur Allen
Książka opowiada o pracy nad szczepionką na tyfus polskiego biologa Rudolfa Weigla i immunologa żydowskiego pochodzenia Ludwika Flecka w okupowanym Lwowie.



Cudowny lek. Robert Koch, Ludwik Pasteur i prątki gruźlicy
Thomas Goetz
Opowieść o tym, jak świat nauki starał się pokonać najgroźniejszą chorobę XIX wieku. Poszukiwania, wyścig pomiędzy wybitnymi naukowcami i nadzieja ludzkości, że w końcu walka zostanie wygrana.



Władysław Biegański. Życie i praca
Stanisław Gawrychowski,
Jacek Gawrychowski
Biografia wielkiego lekarza, filozofa i deontologa. Postać, która w czasach odhumanizowania medycyny przypomina, co w działalności lekarskiej powinno pozostać najważniejsze.

XV Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Częstochowie

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie organizuje turniej, który odbędzie się w dniach **6-8 maja**, na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry. Organizatorami z ramienia OIL są: Lesław Rudziński, tel. 601 91 33-81 oraz Rita Idziak, tel. 692 397 518, faks: (34) 365 41 20, (34) 368 18 88.

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej i I Mistrzostwa Polski Lekarzy OLDBOYS (45+) w Częstochowie

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na zawody, które odbędą się w dniach **11-12 czerwca**, na Miejskim Stadionie „RKS Raków” przy ul. Limanowskiego 83 w Częstochowie.

Kontakt do organizatorów: Piotr Janik, tel. 602 380 957; Przemysław Klimas, tel. 604 792 574; Rita Idziak, tel. (34) 368-18-88, 692397518, faks: (34) 365 41 20, e-mail: czesochowa@hipokrates.org.

Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



III MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY W PÓŁMARATONIE

w ramach

IV Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76

**19.06.2016
RADOM**

Informacja o biegu, regulamin, zapisy na stronach:
polmaratonradom.pl, datasport.pl

Organizator: Delegatura Radomska OIL w Warszawie

Kontakt: Dariusz Orczykowski

tel. 603589632, e-mail: timdor@poczta.onet.pl

ZAPRASZAMY!!!

XXVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie – Lexus Cup 2016

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi przy współudziale Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy zaprasza na zawody, które odbędą się w Łodzi w dniach **26-29 maja** na kortach Miejskiego Klubu Tenisowego w Łodzi, ul. Stefana Żeromskiego 117. Program, regulamin oraz informacje o zapisach będą dostępne na www.oil.lodz.pl w dziale Wydarzenia sportowe i kulturalne.

Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy lekarzy w Częstochowie

Odbywać się będzie w dniach **4-5 czerwca** w Hucisku we Włodowicach. Pierwszego dnia rajd rowerowy – dwie trasy 20 i 50 km. Drugiego – spływ kajakowy albo zwiedzanie Jasnej Góry. Potwierdzenie udziału i wpłaty należy przesłać faksem na nr +48 34 365 41 20 wew. 300 do dnia 10 maja. Szczegółowe informacje: Tomasz Klimza, tel. 691 48 83 83 lub w biurze OIL w Częstochowie +48 3436818 88

II Piotrkowski Nocny Półmaraton Wielu Kultur

Otwarte Mistrzostwa Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi w Półmaratonie

Piotrków Trybunalski, **24.06.2016**

Więcej informacji i zapisy:

www.polmaratonpiotrkowski.pl

Serdecznie zapraszamy!

Patronat honorowy:

Prezydent Miasta Piotrkowa Trybunalskiego

Rejs „ESKULAP” na żaglowcu Pogoria

Sail Training Association Poland, wraz z Fundacją Instytutu Kardiologii, zapraszają lekarzy wszystkich specjalności w dniach **20-27 sierpnia** na atrakcyjny rejs z Nicei do Rzymu (Fiumicino), pod honorowym patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej. Szczegóły rejsu na stronie www.pogoria.pl, zapisy: Piotr Nowakowski, piotr@pogoria.pl, tel. 505 425 054.

Zima, zima i po zimie

To już kolejna bezmroźna, bezśnieżna zima, z chmurami, deszczem, wiatrem, przy królującym na Pacyfiku El Nino. Na szczęście ze złą aurą wygrała myśl ludzka. Zawody narciarskie, i to nie tylko w Polsce, ale i w całych Alpach, przebiegały na sztucznym śniegu.

Na pierwszy ogień wysunął się Międzynarodowy Puchar Polski Lekarzy i Farmaceutów w narciarstwie alpejskim i klasycznym w Szczyrku, organizowany przez Sport-Klinię w Żorach. Impreza udała się mimo silnego wiatru, który zatrzymywał zawodników w czasie slalomu giganta, stąd tylko jeden przejazd. Potem Mistrzostwa Beskidzkiej Izby Lekarskiej na Stożku w Wiśle. Następne zawody to impreza główna, czyli XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Miało być na górze Dzikowiec w Boguszowie-Gorcach, jednak tu aura zwyciężyła i przegoniła narciarzy do Pecy pod Śnieżką po czeskiej stronie. Wielkie ukłony dla organizatora Wacka Warzechy, który zrobił wszystko, aby się udało. W ostatniej chwili przeniesione miejsce zawodów. Profesjonalne ustawienie slalomu giganta i slalomu z udziałem trenerów z najwyższej półki z pucharu świata w postaci braci Stanek (trenują z Neurouterem). Wreszcie wspaniała kolacja pożegnalna z rozdaniem nagród dla zwycięzców i nie tylko. Niestety zabrakło tylko frekwencji. W szranki na najważniejszej narciarskiej imprezie sezonu stanęło około 30 zawodników. Pamiętam imprezy, gdzie liczba narciarzy racerów przekraczała 150. Na szczęście przyjechali



koledzy z prawie wszystkich izb lekarskich od Szczecina, przez Poznań, Łódź, Warszawę, Wrocław, Kraków i Rzeszów. Pojawili się nowi mistrzowie z Poznania. Żal, że mając tak blisko tak słabo reprezentowana była Śląska Izba Lekarska. Izba, której zawodnicy do tej pory wiedli prym i to zarówno jakościowy, jak i ilościowy. Na szczęście nie zabrakło ustępującego Mistrza Polski Wojtka Gwoździa, który w czasie ceremonii zakończenia zawodów przekazał puchar Mistrzowi 2016 roku, Markowi Skrzypczyńskiemu. Wśród pań triumfowała Małgorzata Salamonowicz, w klasyfikacji okręgowych izb lekarskich Dolnośląska IL. Kolejne, XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, zorganizuje OIL w Krakowie. Tego trudnego organizacyjnie zadania podjął się kolega Jarosław Paja, za co mu serdecznie dziękujemy.

Grzegorz Siteń

Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Autorytety

Przy stole mówi się dużo głupstw. Wygłaszaniu niezobowiązujących opinii sprzyja dobre jedzenie, serwowane trunki, hałas, ochota zaimponowania poglądami radykalnymi, czasem wręcz rewolucyjnymi. Przy stole wszyscy Polacy znają się na medycynie i trenowaniu reprezentacji piłkarzy nożnych. W ostatnich miesiącach jesteśmy również niedościgłymi interpretatorami prawa.

Podczas każdej ucztę znajdzie się biesiadnik, który wypowie kilka pikantnych zdań na temat lekarzy, kolejek do specjalistów, szpitalnego jedzenia i szczepień ochronnych, które promują koncerny farmaceutyczne na zgubę narodu, a może nawet suwerena. Trzeba mieć wiele samozaparcia, by nie ulec prowokacji i spokojnie odpowiedzieć na zarzuty, wyjaśniając, co należałoby poprawić, jak poruszać się w systemie. W przypadku wywołanych w rozmowie szczepień chętnie powołujemy się na badania, statystyki, pojęcie zdrowia publicznego oraz autorytety. Jestem uczniem moich Mistrzów. Słucham, czytam, realizuję – nie ślepo, nie bezkrytycznie, ale w najlepszej wierze, że zalecenia służą dobru mojego podopiecznego.

Podczas każdej ucztę znajdzie się biesiadnik, który lepiej strzela gole od Lewandowskiego, a polscy futboliści nie zdobywają mistrzostw wszelkich, wyłącznie dlatego, że władze PZPN nie słuchają i co gorsza nie obsadzają posad selekcjonerów biesiadnikami strzelającymi gole przed telewizorem. I tak po zielonej trawie piłka goni, a każdy kibic w marzeniach przykładą nogę do najważniejszego strzału, na który nie ma żadnego wpływu.

Podczas każdej ucztę znajdzie się biesiadnik znający się na szkolnictwie. Nauczyciele niewiele mają w takiej debacie do powiedzenia, bo każdy, kto ma dzieci i sam był uczniem, lubi poopowiadać, jakich to teraz rzeczy od biednych sześciolatków wymagają i ile to trzeba czytać, pisać i liczyć, marnując przy tym kawał dzieciństwa. W przekrzykiwaniu się między jednym a drugim gorącym daniem, nie mają znaczenia postęp techniczny, zmieniające się spojrzenie na różnego rodzaju umiejętności praktyczne, długofalowe podejście do wyboru drogi zawodowej i możliwości szybkiego przekwalifikowywania się na rynku pracy. Nikt nawet się nie zająknie, że powrotu do dawnych metod edukacyjnych nie da się przeprowadzić. Powołujemy się na autorytet naszych

wychowawców i zbyt często wydajemy pochopne opinie na temat współczesnych nauczycieli. Wcale nie szeptając.

Podczas każdej ucztę znajdą się biesiadnicy świętsi od papieża, mądrzejsi od filozofów, zabawniejsi od nadwornych satyryków kłaniających się władzy w pas i bardziej dramatyczni niż cały zespół Starego Teatru Narodowego w Krakowie. Sucha nitka nie pozostaje na nikim. Przy stole autorytety upadają.

Kodeks Etyki Lekarskiej zabrania mi nie szanować nauczycieli zawodu. Mogę się z nimi spierać, przeprowadzać nowe dowody w eksperymencie, stawiać śmiało tezy, bronić prawa do błędu. Ale nie mogę podnosić ręki. Nie wyobrażam sobie, żeby lekarz zakwestionował zdanie wydziału lekarskiego swojej uczelni, jeśli ten wypowiedziałby się jak biegły w sprawie przeciwko praktyce. Znacząca większość z nas zapadłaby się pod ziemię ze wstydu, gdyby taki komunikat ukazał się publicznie. Notowania „bohatera” wśród pacjentów mogłyby na chwilę poszybować w górę, ale ostracyzm środowiska zostałby na długo. Jest granica dyskusji, której przekraczanie może jedynie pogłębić konflikt.

Podczas każdej ucztę znajdzie się domorosły prawnik, a może nawet niedojrzały polityk, który myli wszystkie pojęcia kodeksowe, a mimo to brnie w dyskusję bez znajomości podstaw, utrwalając groteskowe słowa o sprawiedliwości po właściwej stronie niezależnie od decyzji sądu.

Przy stole mówi się dużo głupstw, powtarza te same frazy, ogrywa rolę reformatora. Kiedy trzeba wstać, często kręci się w głowie, a przerywany koszmarami sen pomaga zweryfikować szaleństwo zmian. Czasem wystarczy wytrzeźwieć i rozum wraca.

Brak respektu wobec prawa odczuwamy już niedługo na własnej skórze. Nie obronią nas wówczas żadne autorytety, bo ich już po prostu nie będzie... ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

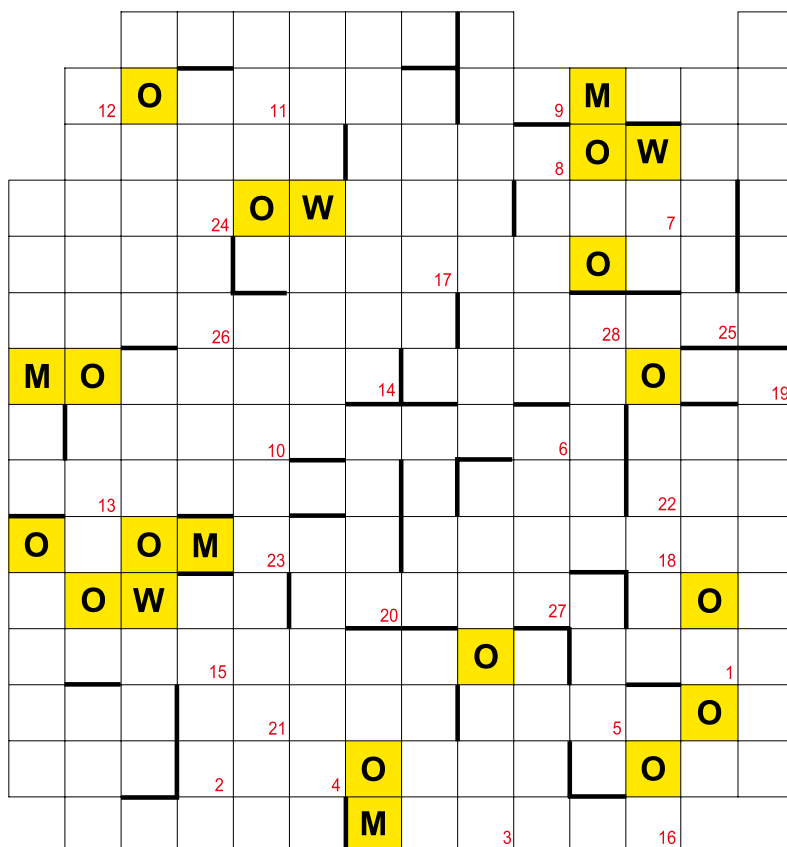


IX Kongres Polonii Medycznej

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



Objaśnienia
67 haseł podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
litery: M, O i W.
Na ponumerowanych
polach ukryto 28 liter
hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest
to myśl zmarłego
w 11.2016 noblisty
Umberto Eco. Należy
je przesłać na karcie
pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 15 kwietnia 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 213
(„GL” nr 02/2016)
Ludzie bardziej wierzą
oczom niż uszom.

Nagrody otrzymują:
Witold Wawrzeczko
(Cieszyn), Justyna Świtała
(Wrocław), Marcin Baut
(Plesna). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* spec od chorób * lider kabaretu Tey * główne plemię Kenii * dający impuls * między stępem a galopem *
administracja diecezji * carcinoma * niska kanapa * stolica Erytrei * Herman von, mistrz krzyżacki * żona radży
* kamień alunowy * kwiaciarnia * wąż z Księgi Dżungli * spec od giełdy * nauka o moralności * arianin * jezioro
źródłowe Nilu Błękitnego * klub Ronaldo (i Lewego?) * lubi, gdy słońce go praży * komórka nerwowa * kościelna
funkcja Kopernika * japońskie Okęcie * Bridget, angielska malarka op-artu * chata Egigwy * pyszna krew z kaszą *
leży na półce * kraj z Kapsztadem * sztuciec do dawkowania syropu * zasłona * minicząstka pierwiastka * wyspa z
Arrecife * mąż Fatimy * lider Budki Suflera * żywica roślinna na lakiery i politury * dziwaczka w buraczkach * zagrała
Annę German * chorwacka wyspa naprzeciw Biogradu * rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy * w Rosji o 89
mm szerszy * jezioro na zach. od Interlaken * płynie w Orenburgu * tkanina z silnie skręconej przędzy * karbamid
* partia w XVIII wieku * łąka górala * surogat, namiastka * dżul na sekundę * kluta lub szarpana * bezansztaksel
* tunel w N. Zelandii, najdłuższy w imperium brytyjskim * pozorowanie, symulacja * zapalenie powierzchni błon
śluzowych * estyma, poważanie * wyspa, na którą Czarniecki rzucił się przez morze * antypoztyw * skrucha,
smutek * kończyzna dolna * żelbet * płynie w Bernie * Elfriede, pisarka austr., autorka „Pianistki” * nóż chirurgiczny
z obosiecznym ostrzem * sina na horyzoncie * niebezpieczny na szosie * chwast zbożowy o purpurowo-liliowych
kwiatach * kraj z Tallinem * od wpustu do odźwiernika

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 900 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

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

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

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

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

Stale współpracują:

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Materiałom 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).