

Gazeta Lekarska

06
2016

07
2016

PISMO IZB LEKARSKICH



26

Stomatologia

FDI Poznań 2016
– teraz albo nigdy?

41

Reportaż

Medyczny świat

52

Ochrona zdrowia na świecie

Ile i za co
dopłaca pacjent

Spis treści

06
2016

07
2016

Gazeta
Lekarska



14



17



20

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Wydarzenie goni wydarzenie
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
6 proc. PKB na zdrowie
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Cukier groźniejszy niż tłuszcz
- 11 **Temat miesiąca:**
XIII Nadzwyczajny Krajowy Zjazd
Lekarzy: Etyka fundamentem pracy
lekarza
- 14 **Temat miesiąca:** Dochować
tajemnicy lekarskiej
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
Nowe zasady akredytacji
doskonalenia zawodowego
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Postęp w genetyce choroby
Parkinsona – droga do celowanego
leczenia przyszłości
- 20 **Samorząd:** O rynku aptecznym
- 22 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Strzelanie w stopę
- 24 **Stomatologia:** Woda
stomatologiczna
- 26 **Stomatologia:** FDI Poznań 2016
– teraz albo nigdy?
- 28 **Prawo i medycyna:** Cześć, dobre
imię, nietykalność cielesna lekarza
jako jego dobra osobiste
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Uiszczanie składek
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Skoordynowane działania
- 34 **Debata:** Uwaga na hemofilię
- 36 **Nauka w skrócie**
- 37 **Biuletyn NRL**
- 41 **Reportaż:** Medyczny świat
- 44 **Praktyka lekarska:**
Ryzyko podróżowania
- 46 **Praktyka lekarska:**
Po igrzyskach pół roku bez seksu?
- 48 **Praktyka lekarska:**
Proces kształcenia
- 50 **Praktyka lekarska:** Lekarze
a choroba alkoholowa (część 2)
- 52 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Ile i za co dopłaca pacjent
- 54 **Indeks korzyści:**
Strajk Siostry Ireny
- 56 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Lekarz na widowni
List do redakcji:
Nie wszystko na sprzedaż
- 57 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Powiedz tkance
- 58 **List do redakcji:**
Zakaz przedstawiania
fałszywych autorytetów
- 60 **Błąd malarski:**
Na zimno
- 62 **Kultura:**
Wena przyszła... po raz piąty!
- 64 **Sport**
- 66 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (61) / J. Wanecki:**
Wele wele wetka
- 74 **Jolka lekarska**

Protest rezydentów

Dlaczego młodzi lekarze
wychodzą na ulicę?
„Wykonaliśmy tytaniczną
pracę, postanawiając wziąć
sprawę w swoje ręce”
– tłumaczy Jarosław
Biliński z Porozumienia
Rezydentów.
Więcej w dziale Wydarzenia
na www.gazetalekarska.pl.

Ranking uczelni

Znamy wyniki Rankingu
Uczelni Medycznych
Perspektywy 2016.
Zwyciężył CM UJ z liczbą
100 punktów, wyprzedzając
WUM o 0,3 punkta. Trzecie
miejsze zajął GUMed
(97,20 pkt).
Więcej w dziale Inicjatywy
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Wydarzenie goni wydarzenie

W ostatnich dniach przyszła mi do głowy myśl, że „Gazeta Lekarska” powinna być tygodnikiem. Liczba różnego typu wydarzeń, ważnych dla lekarzy, o których warto czy wręcz trzeba napisać, oraz ich częstotliwość była bowiem wyjątkowo duża.

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy. Jak wiadomo, Zjazd Nadzwyczajny obraduje wyłącznie w tych sprawach, dla których został zwołany. Tym razem były to problemy związane z etyką lekarską i zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz sprawy dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy. W tej pierwszej kwestii dwa główne tematy to postępowanie lekarza zgodne z jego sumieniem oraz zachowanie tajemnicy lekarskiej. Problemem organizacyjnym były zapisy regulaminu wyborczego naszego samorządu, dotyczące sposobu wyłaniania reprezentacji stomatologów. Temat gorący, towarzyszący szerszej dyskusji na temat autonomii dentystów w ramach izby lekarskiej. W czasie zjazdu wyjaśniano po raz kolejny sprawę pieniędzy przekazanych przez ministra zdrowia samorządowi. Media zrobiły z tego sensację: minister, który wywodzi się z izby lekarskiej, przekazał jej dotację w wysokości 16 mln zł. Nie możemy przebić się do świadomości dziennikarzy i opinii publicznej z oczywistym wyjaśnieniem, że jest to zwrot kosztów poniesionych przez samorząd za wykonywanie czynności administracyjnych przejętych od administracji państwowej. Kosztów przez lata pokrywanych z lekarskich składek.

IX Kongres Polonii Medycznej i II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich. Takie spotkanie organizowane jest co trzy lata. Tym razem lekarze Polonusi z całego świata zjechali do Warszawy. Od czasu, kiedy pre-

zesem Federacji jest prof. Marek Rudnicki z Chicago, kongres ma przede wszystkim charakter wydarzenia naukowego. Polscy lekarze pracujący w wybitnych ośrodkach naukowych, szczególnie w Ameryce Północnej, to często elita medycznej światowej nauki. Z przyjemnością i patriotyczną satysfakcją słuchało się ich doniesień o ważnych odkryciach i dokonaniach. Istotne jest również to, że Koledzy ci zaangażowali się w kształcenie polskich lekarzy, już to zapraszając ich na staże do swoich uczelni i szpitali, już to przyjeżdżając z wykładami do Polski. Trudno nie wspomnieć o wspaniałym koncercie, który przygotowały na otwarcie Kongresu Polska Orkiestra Lekarzy i połączone lekarskie chóry. Pozostanie w pamięci wszystkich uczestników. Szczegółowe relacje z obu tych wydarzeń znajdzie Państwo wewnątrz numeru.

Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodne z Konstytucją ograniczenie dostępności do pytań z egzaminów lekarskich: Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Dzięki temu spełniony będzie w końcu, od dawna zgłaszany przez studentów i młodych lekarzy, postulat, aby w ramach przygotowania do egzaminu mogli bazować na już wykorzystanych pytaniach.

W gościnnym Olsztynie odbyło się doroczne spotkanie redaktorów pism okręgowych izb lekarskich i „Gazety Lekarskiej”. Na razie tylko o nim wspominaemy, więcej napiszę w kolejnym numerze. ■

Migawka



FOTO: Marta Jakubiak

W dniach 10-12 czerwca odbyło się w Olszynie spotkanie redaktorów biuletynów okręgowych izb lekarskich oraz „Gazety Lekarskiej”. Mówiono m.in. o fotografii prasowej, działalności wydawniczej poszczególnych izb oraz o polityce informacyjnej samorządu lekarskiego.

Dokumentacja medyczna nowa, ale stara

Od 23 grudnia 2015 r. obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące zasady prowadzenia dokumentacji medycznej (z 15 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. 2015 r., poz. 2069).

Nie wprowadza ono rewolucyjnych zmian w tym zakresie, a jego wydanie było konieczne ze względu na zmianę przepisów będących podstawą wydania tego aktu wykonawczego. Nowe uregulowania dotyczą:

1. wprowadzenia od 1 stycznia 2016 r. książeczek zdrowia dziecka, które będą wydawane i prowadzone według określonego w rozporządzeniu wzoru,
2. wydawania pacjentowi jednego z egzemplarzy karty informacyjnej z leczenia szpitalnego z przeznaczeniem dla lekarza POZ,
3. zakresu danych objętych skierowaniem na badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne lub leczenie, gdy są one finansowane przez NFZ,
4. dokumentacji zespołów ratownictwa medycznego,
5. dokumentacji wymaganej przy wystawieniu recepty dla siebie i członków rodziny w związku z uzyskaniem prawa do ordynacji leków przez pielęgniarki i położne,
6. okołooperacyjnej karty kontrolnej, która nie musi być wypełniana przy operacjach w trybie natychmiastowym,
7. nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, gdzie prowadzona będzie uproszczona dokumentacja w formie księgi porad.

Nie uległy zmianie zasady udostępniania dokumentacji medycznej, szczególnie wydawania pacjentom jej oryginałów. Są one regulowane ustawowo i z tego względu nie mogły zostać zmienione aktem niższej rangi. Rozstrzygnięcie w tym zakresie wydał tymczasem Naczelny Sąd Administracyjny (wyrok z 19.04.2016 r., II OSK 2361/15). Rozstrzygnął on wątpliwości, czy pacjent jest podmiotem upoważnionym do żądania wydania mu oryginałów dokumentacji i uznał, że nie ma uzasadnienia dla wyłączenia z zakresu pojęcia „podmiot” pojęcia „pacjent”, skoro prawo żądania dokumentacji medycznej jest prawem podmiotowym pacjenta, a przepisy nie zawierają żadnych ograniczeń pojęcia „podmiot” do

podmiotów wliczonych enumeratywnie w art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Sąd wskazał, że obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń jest zapewnienie ochrony dokumentacji medycznej przez pozostawienie jej kopii lub pełnego odpisu (co wprost przewiduje omawiane rozporządzenie w § 78 ust. 2).

Z informacji udzielanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że prowadzone są prace nad zmianą zasad udostępniania dokumentacji, w tym ograniczenia prawa żądania jej oryginałów wyłącznie do organów władzy publicznej. Natomiast postulowane przez samorząd lekarski uregulowania zasad postępowania z pobranymi od pacjenta tkankami mają znaleźć się w rozporządzeniu dotyczącym standardów w patomorfologii.

Wiele kontrowersji związanych jest z tym, kto ma dokonywać wpisów w dokumentacji medycznej. Bywają przypadki, gdy lekarze zmuszani są nawet do własnoręcznego numerowania jej kart. Tymczasem ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 24 ust. 2 wskazuje, że mogą to być osoby wykonujące: zawód medyczny, czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja. Przy rygorystycznej interpretacji przepisów lekarz musi dokonywać tych wpisów w dokumentacji medycznej, które ma opatrzyć swoim podpisem, ale uprawnione wydaje się też stanowisko, że lekarz udzielający świadczenia może tylko złożyć podpis pod wpisem dokonany przez inną uprawnioną osobę, potwierdzając tym treść wpisu. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia z 15.11.2015 osobę dokonującą wpisu oznacza się przez podanie numeru prawa wykonywania zawodu, ale tylko wtedy, gdy osoba takim prawem się legitymuje. Gdy go nie ma, jest identyfikowana przez wskazanie innych danych.

**mec.
Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

6 proc. PKB na zdrowie

Kolejna z naszych batalii zakończona sukcesem. Na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej Trybunał Konstytucyjny stwierdził niezgodność z Konstytucją przepisów ograniczających dostęp do pytań z egzaminów LEK, LDEK i PES.

Przypomnę, że batalia ta rozpoczęła się pod koniec 2012 r., kiedy to po raz pierwszy Naczelna Izba Lekarska wystąpiła do Centrum Egzaminów Medycznych o udostępnienie zadań testowych wraz z kluczem odpowiedzi wykorzystanych podczas Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Bez tej informacji samorząd lekarski nie miał możliwości odniesienia się do opinii lekarzy, którzy zwrócili się do nas o pomoc. Po odmowie CEM-u zwróciłem się do Rzecznika Praw Obywatelskich o wyrażenie stanowiska w przedmiocie dopuszczalności wprowadzenia ograniczenia dostępu do testów z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. RPO stanął po naszej stronie. Ministerstwo Zdrowia stanęło po stronie przeciwnej. Po prawie dwóch latach bezskutecznej korespondencji z Ministerstwem Zdrowia, we wrześniu 2014 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę o skierowaniu sprawy do Trybunału Konstytucyjnego. Wyrok bardzo mnie cieszy, bo pokazuje, że uchwała ostatniego Zjazdu, by nadzór nad szkoleniem prowadził samorząd lekarski, jest w pełni zasadny. Mielśmy rację i gdybyśmy to my prowadzili szkolenia, pytania egzaminacyjne nie byłyby schowane w głębokich czeluściach. A tak niepotrzebnie przez tyle lat utrudniano lekarzom naukę.

Ledwo co Naczelna Izba Lekarska mozolnie wytłumaczyła mediom i politykom, że nie otrzymała w prezencie szesnastu milionów złotych, nadszedł czas na tłumaczenie się, że nie posiadamy jachtu. Aby pomóc ministrowi w odpowiedzi na kolejne interpelacje poselskie, spieszę wyjaśnić, że nie posiadamy samolotów, nie mamy awionetek, nie zakupiliśmy łodzi podwodnych oraz wielu, wielu innych sprzętów. Analizując treść interpelacji dotyczącej izb lekarskich – nie tylko Naczelnej Izby Lekarskiej – zwróciliśmy się do izby Wojskowej i 23 okręgowych izb lekarskich z zapytaniem, czy są właścicielami jachtów. Poza jedną miniaturką jachtu – nota bene bardzo ładną, stojącą na etażerce w gabinecie prezesa jednej z izb – znaleźliśmy dwudziestoletnią łódkę, którą kupiła Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przed trzynastu laty za siedem tysięcy złotych. Obecnie łódka jest całkowicie zamortyzowana, jej wartość księgowa wynosi zero złotych. Jest nieużytkowana. Stan techniczny wskazuje na konieczność albo generalnego jej remontu, albo kasację. Innych jachtów w izbach lekarskich nie znaleziono. Być może posłowie zadali pytanie, gdyż są w posiadaniu jachtów, które chcieliby przekazać

lekarzom. Teraz już wiedzą, że dar mogą przyjąć praktycznie wszystkie izby lekarskie w Polsce.

Nieustannie obserwuję lekarzy, którzy oprócz wypełniania misji wynikających z powołania do zawodu, zajmują się innymi misjami, pozazawodowymi. Powiem nawet więcej – by móc wypełnić zawód lekarza i nie popaść w stan tak powszechnie opisywanego wypalenia zawodowego, dobrze jest poszukać wsparcia w muzyce, sporcie, literaturze. Dumny jestem z tego, że we wszystkich tych dziedzinach lekarze osiągają sukcesy na miarę profesjonalistów. Świadkami tego profesjonalizmu byli wszyscy ci, którzy uczestniczyli w uroczystej ceremonii otwarcia IX Kongresu Polonii Medycznej, gdzie popis artystyczny kunsztu muzycznego dało 200 lekarzy i lekarzy dentystów chórzystów oraz lekarzy muzyków. Głosem solowym śpiewanego „Magnificat” zabyliściła Hanna Zajączkiewicz – lekarz laryngolog, laureatka konkursu wokalnego w Australii; a przy „Pieśni Lekarzy” Anna Kutkowska-Kass – talent w pracy z dziećmi jako lekarz pediatra i na deskach Opery Narodowej, a ostatnio z olbrzymim sukcesem na Festiwalu Ave Maria w Czeladzi.

Dziękuję za list Koledze lekarzowi z Żytniowa, który odniósł się do fragmentu moich słów z poprzedniego numeru „GL”, dotyczącego niskiego PKB na zdrowie. W liście zwrócił mi uwagę, że w każdym swoim wystąpieniu powinienem wskazywać na to, że środki na ochronę zdrowia w Polsce są dramatycznie niewystarczające. I przyznaję mu rację. Bez minimum 6 proc. PKB środków publicznych na zdrowie nie da się dobrze zorganizować ochrony zdrowia. Od tej pory w każdym moim felietonie w „Gazecie Lekarskiej” będzie wezwanie: Pani Premier, Panie Ministrze, środki na ochronę w Polsce są dramatycznie niewystarczające i przypominam, że nie osiągnęliśmy jeszcze publicznych środków 6 proc. PKB na zdrowie. Kiedy tego zdania Kolega u mnie nie znajdzie, to będzie oznaczało, że procent został osiągnięty i możemy zacząć obserwowanie wprowadzania przez rząd rzeczywistej opieki nad zdrowiem społeczeństwa.

Dziękuję wszystkim delegatom, którzy uczestniczyli w Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Podkreślam ogromną rozagę uczestników tego Zjazdu i podjęcie bardzo ważnych decyzji, które pozostaną wskazówkami do działania dla całego samorządu lekarskiego na kolejne miesiące. ■

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Anna Tarkowska i Zbigniew Kuzyszyn,
odznaczeni Srebrnym Krzyżem Zasługi.



Łódka w odpowiedzi
na interpelację poselską.

FOTO 1: Marta Jakubiak FOTO 2: OIL Warszawa

Porozumienie NRL i RPO

Naczelna Rada Lekarska już na kwietniowym posiedzeniu zdecydowała o podpisaniu porozumienia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich dotyczącego włączenia lekarzy w proces opracowywania ekspertyz w zakresie Krajowego Mechanizmu Prewencji. Porozumienie zostało podpisane przez RPO Adama Bodnara i prezesa NRL Macieja Hamankiewicza 10 czerwca 2016 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji polega na wykonywaniu przez Rzecznika Praw Obywatelskich funkcji organu wizytującego ds. zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Wizytacje takie nie byłyby pełne, gdyby nie fachowa pomoc lekarzy. Mechanizm obejmuje szpitale psychiatryczne oraz ośrodki pomocy społecznej w całej Polsce. Sprawa współpracy w zakresie metod wykrywania i dokumentowania przypadków tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania była przedmiotem korespondencji Prezesa NRL i RPO pod koniec ubiegłego roku. Już wówczas Prezes NRL zaznaczał, że inicjatywy w tym zakresie są niezwykle wartościowe oraz potrzebne w kontekście walki o prawa człowieka. Współpracę z RPO podejmą lekarze wyznaczeni przez okręgowe izby lekarskie.

Jawność testów PES, LEK, LDEK

Na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 7 czerwca 2016 r. Trybunał Konstytucyjny stwierdził niezgodność z Konstytucją przepisów ograniczających dostęp do pytań z egzaminów LEK, LDEK i PES. Trybunał podzielił argumentację prawną przedstawioną przez NRL i stwierdził, że zaskarżone przepisy blokujące dostęp do pytań egzaminacyjnych są niezgodne z Kon-

stytucją w zakresie, w jakim dotyczą zestawów egzaminacyjnych z egzaminów, które już się odbyły. Trybunał Konstytucyjny podzielił stanowisko NRL, że pytania egzaminacyjne stanowią informację publiczną i wyjaśnił, że wprowadzając ograniczenie dostępu do tego rodzaju informacji, ustawodawca musi wykazać istnienie szczególnych powodów uzasadniających wprowadzenie ograniczenia. Przed skierowaniem wniosku do Trybunału Konstytucyjnego Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie występowała do Ministra Zdrowia o uchylenie tych przepisów jako niezgodnych z Konstytucją, wskazując, że nie ma żadnego uzasadnienia dla utajniania pytań z egzaminów zdawanych przez lekarzy i lekarzy dentyistów.

Odznaczenia Państwowe

Na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy zostały wręczone odznaczenia państwowe. Anna Stefania Tarkowska oraz Zbigniew Kuzyszyn otrzymali Srebrny Krzyż Zasługi, natomiast Medal Złoty za Długoletnią Służbę otrzymali: Teresa Korta, Mieczysław Jan Orzeł, Andrzej Stanisław Podolecki oraz Jan Stefan Świątkowski.

Meritus Pro Medicis

Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” decyzją podjętą w dniu 21 kwietnia 2016 r. nadała odznaczenie ośmiu osobom: Krzysztofowi Chomiczewskiemu, Marii Jakubowskiej, Marianowi Janowskiemu, Teresie Kortcie, Wiesławowi Łała, Annie Lelli, Jerzemu Matkowskiemu, Włodzimierzowi Nowatorskiemu. Wszystkie odznaczenia łącznie z przyznanymi 3 grudnia 2015 r. (skrining „GL” 12.2015/01.2016) zostały wręczone na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Odznaczenie ustanowiono jedenaście lat temu i od tego czasu przyznawane jest

ono lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego. W roku kalendarzowym może je otrzymać nie więcej niż dziesięć osób.

Sportowiec roku

Sportowcami roku 2015 zostali Anna Michałowska w kategorii kobiet i Robert Lorkowski w kategorii mężczyzn. W kategorii debiut wygrał Krzysztof Derkowski, a w kategorii drużynowej Medyk Zabrze – z kapitanem Damianem Kaweckim na czele.

Prezydium Zjazdu

W skład Prezydium tegorocznego Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy weszli: Przewodniczący: Romuald Krajewski; Zastępcy Przewodniczącego: Andrzej Gałeczki, Marta Klimkowska-Misiak, Grzegorz Krzyżanowski, Anita Pacholec, Andrzej Wojnar, Marcin Andrzej Tatrzński; Sekretarze: Stefan Antosiewicz, Stanisława Barańska, Jacek Kotuła, Jolanta Szczurko, Jacek Tętnowski, Jarosław Zawiliński, Maria Dura.

Izby nie mają jachtów

W jednej z interpelacji poselskich padło pytanie, czy izby lekarskie są właścicielami kilku jachtów o znacznej wartości. Naczelna Izba Lekarska nie jest i nigdy nie była właścicielem jachtu. Zwróciliśmy się z zapytaniem do wszystkich izb w Polsce. Wojskowa Izba Lekarska oraz Okręgowe Izby Lekarskie w: Białymstoku, Bielsku-Białej, Bydgoszczy, Częstochowie, Gdańsku, Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Kielcach, Koszalinie, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Płocku, Poznaniu, Rzeszowie, Tarnowie, Toruniu, Szczecinie, Wrocławiu, Zielonej Górze nie posiadają jachtów. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie posiada dwudziestoletnią łódkę, którą kupiła w roku 2003 za kwotę 7 (siedem) tys. zł, z przeznaczeniem dla Lekarskiego Klubu Żeglarskiego „Bocianie Gniazdo”, działającego w ramach Komisji Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Łódka była wykorzystywana dla celów szkoleniowych i rekreacyjnych rodzin lekarskich. Obecnie jest całkowicie zamortyzowana, a jej wartość księgową wynosi 0 (zero) zł. Stan techniczny łódki wskazuje na konieczność jej generalnego remontu albo kasację. ■

Cukier groźniejszy niż tłuszcz

Sławomir Badurek

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Gdybyśmy, tak jak w „Familiadzie”, zapytali, jaki składnik żywności sprawia, że jest ona niezdrowa, zdecydowana większość wskazałaby na tłuszcz. Nie inaczej byłoby, gdyby test zawęzić do lekarzy.

Jestem o tym przekonany, bo to przecież z naszego środowiska wyszło w świat przesłanie, że co tłuste, to niezdrowe.

Zaczął się od wyodrębnienia, około pół wieku temu, dwóch głównych lipoprotein, transportujących cholesterol we krwi: LDL i HDL. Szybko zauważono, że tłuszcze w diecie podwyższają stężenie LDL. Obserwacje epidemiologów z lat 70. ubiegłego stulecia jasno wskazywały na dodatnią korelację LDL z zawałami serca. Skoro tłuszcz to LDL, a LDL to zawały, wniosek nasuwał się prosty – mniej tłuszczu w diecie to mniej zawałów. Oczywiście wydawała się też inna zależność: mniej kalorii spożywanych w postaci tłuszczu równa się zachowanie prawidłowej masy ciała. I tak zaczęła się wielka wojna, która trwa do dzisiaj.

Z działaniami prowadzonymi na wielu frontach, a skierowanymi przeciwko tłuszczom w naszym pożywieniu, każdy z nas nieraz się spotkał. Zastanawia, dlaczego tak niewiele miejsca poświęca się dyskusji na temat przyczyn spektakularnej porażki, jakiej doznaliśmy, walcząc z tłuszczem. Wprawdzie medycyna naprawcza rozkwita, to jednocześnie, choroby cywilizacyjne, zależne w dużym stopniu od diety, coraz beczelniej grają nam na nosie. Gdyby była to wina nierozgarniętego społeczeństwa, które nie chce słuchać naszych światłych rad, nie mielibyśmy aż tylu specjalistów, którzy mimo wiedzy, popartej nieraz tytułami naukowymi, nie potrafią poradzić sobie nie tylko z BMI pacjentów, ale i własnym.

Felieton to nie esej naukowy, pozwalający skrupulatnie wyważyć szerokie spektrum argumentów. Lapidarna forma wypowiedzi wymusza posługiwanie się zbudowanymi ze słów czytelnymi obrazami. Tym chętniej więc sięgam po obraz filmowy, rozwijając tytułową sugestię, otwierającą – nie tylko w mojej ocenie – drogę do zdrowszego odżywiania znacznie szerzej niż wskazówki koncentrujące się na restrykcjach w zakresie tłuszczów. Wczesną wiosną przez ekrany niektórych kin przemknął australijski fabularyzowany dokument pt. „Cały ten cukier”. Jest to opowieść o zdrowym, szczupłym trzydziestolatku, który postanowił przez dwa miesiące zastąpić część kalorii z tłuszczów i białek pochodzącymi z cukrów. Spożywając tak jak wcześniej 2300 kcal dziennie, zjadał każdego dnia tyle cukrów, ile przeciętny Australijczyk, czyli 40 4-gramowych łyżeczek. W jego diecie nie było słodczy,

czekolady, lodów, jak i popularnych, znanych na całym świecie, napojów orzeźwiających. Starał się wybierać produkty niskotłuszczowe. Chętnie sięgał po jogurty i mleczne napoje, soki owocowe, płatki śniadaniowe i musli, a także gotowe dania, w tym przeznaczone dla dzieci w wieku szkolnym. Na zakończenie swojej przygody z dietą wysokowęglowodanową i niskotłuszczową bohater filmu był o 8,5 kg cięższy, miał 10 centymetrów więcej w pasie, a wcześniej prawidłowe testy laboratoryjne wskazywały na zwiększone stężenie trójglicerydów i transaminaz. Doszły do tego niekorzystne zmiany samopoczucia – stał się drażliwy, miał kłopoty ze snem i mniej niż wcześniej energii życiowej. Opisany pokrótce dokument, do obejrzenia którego gorąco zachęcam, jest oskarżeniem nie tyle wszystkich cukrów, ile fruktozy. To właśnie jej ilość, głównie za sprawą wyprodukowanych przez przemysł spożywczy wysokofruktozowych dodatków do żywności, zwiększyła się w diecie kilkadziesiąt razy, przyczyniając się w znaczący sposób do epidemii otyłości. Wszystko przez metabolizm fruktozy, zamieniający ją w tłuszcz, oblepiający trzewia, a potem tworzący na brzuchu charakterystyczną oponkę. Przemiany metaboliczne fruktozy wiodą też do zwiększenia stężenia kwasu moczowego. Ostatnio zapanowała w medycynie moda na walkę z hiperurykemią. Szkoda, że wyłącznie farmakoterapią. Poza tym „Cały ten cukier” bardzo mocno akcentuje, że kaloria kalorii nierówna. Fakt ten, chociaż łatwo go potwierdzić, wypytując o nawyki żywieniowe niemal każdego otyłego, jakoś nie może przebić się do świadomości zdecydowanej większości lekarzy i dietetyków. Ciągłe obowiązuje kanonem jest skupianie się na ograniczaniu wartości energetycznej diety, co daje najwyżej krótkotrwałe efekty, a w wieku 40+ nawet i o nie bardzo trudno.

Początek lata to bardzo dobra pora na poszerzenie i uaktualnienie swojej wiedzy na temat odżywiania. Pozwoli to już we wrześniu dawać pacjentom skuteczniejsze wskazówki dietetyczne, świecąc samemu dobrym przykładem. Jest na to realna szansa. Bohaterowi „Całego tego cukru” powrót do formy sprzed wysokofruktozowego eksperymentu zajął kilka tygodni. ■



Etyka fundamentem pracy lekarza



Kodeks Etyki Lekarskiej, klauzula sumienia, tajemnica lekarska oraz kształcenie przed- i podyplomowe oraz konieczność zmian w systemie specjalizowania się – to wiodące tematy XIII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się 13-14 maja 2016 r. w Warszawie.

W tym właśnie duchu, duchu poszanowania prawa lekarza do wykonywania przez niego zawodu zgodnie z zasadami etyki, klauzulą sumienia, do zachowania tajemnicy lekarskiej, do kształcenia się w warunkach umożliwiających osiągnięcie wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności zawodowych oraz zapewnienia wysokiej jakości leczenia, przebiegały obrady tego zjazdu, w którym uczestniczyło 442 delegatów z całej Polski, reprezentujących ponad 180-tysięczne grono lekarzy i lekarzy dentystów. Gośćmi byli m.in. minister zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz jego poprzednicy – prof. Marian Zembala i prof. Wojciech Maksymowicz, który funkcję szefa resortu pełnił za rządów premiera Jerzego Buzka.

Pod trzynastką

Liczba trzynastka może się kojarzyć z pechem, fatum, ale też z fartem, powodzeniem lub dobrym losem. Jako, że był to XIII zjazd i rozpoczynał się 13. dnia miesiąca, nawiązując do retoryki tej liczby, Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w 13 punktach-pigułkach przedstawił pakiet spraw najbardziej istotnych dla środowiska lekarskiego, którymi od początku obecnej kadencji zajmowała się Naczelna Rada Lekarska

i jej Prezydium oraz działających przy radzie 13 komisji problemowych oraz 13 zespołów i ośrodków. Pierwszy punkt dotyczył tajemnicy lekarskiej i związanego z tym tematem wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Wyrok, który zapadł 30 lipca 2014 r. po długotrwałych obradach, był znaczący zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy i lekarzy dentystów, gdyż wskazał jednoznacznie, że tajemnica lekarska stanowi fundament dla wykonywania ich zawodu. Stał się też wykładnią prawną, którą każdy lekarz może się posłużyć w swojej codziennej praktyce. Jednak – jak zaznaczył sprawozdający – to nie rozwiązało do końca problemu i Naczelna Rada Lekarska przez cały czas w sprawach dotyczących zachowania tajemnicy lekarskiej musi wykazywać czujność. Okazało się bowiem, że zagrożeniem mogą być nawet kontrole skarbowe. Krzysztof Lubecki, delegat OIL w Zielonej Górze, swoim konsekwentnym działaniem i ze wsparciem zespołu prawnego NIL doprowadził do uchylecia wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w tej sprawie, a tym samym decyzji dyrektora Izby Skarbowej w Zielonej Górze, nakładającego na jednego z lekarzy karę administracyjną za odmowę ujawnienia danych swoich pacjentów jego urzędowi (rozmowę z dr. Krzysztofem Lubeckim publikujemy w dalszej części relacji ▶

Lucyna Krysiak

Relacja na żywo i prawie 130 zdjęć (w pełnej rozdzielczości) z pierwszego dnia obrad i niemal 90 zdjęć z drugiego dnia XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy w dziale Samorząd na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



ze zjazdu). Tajemnica lekarska na co dzień przenika się z etyką wykonywania zawodu lekarza, a etyka z klauzulą sumienia. Komisja Bioetyki Polskiej Akademii Nauk podjęła w tej sprawie stanowisko, z którego wynika, że lekarze nadużywają klauzuli sumienia z zaznaczeniem i pouczeniem, że lekarz jak dobry urzędnik państwowy powinien realizować zadania nałożone na niego przez państwo. Stanowisko NRL w tej sprawie było rozbieżne ze stanowiskiem Komisji Bioetyki PAN, zatem ponownie musiał rozstrzygać Trybunał Konstytucyjny. Do rozprawy doszło w październiku 2015 r. I znów decyzja TK nie tylko potwierdziła punkt widzenia samorządu lekarskiego, ale go umocniła. Trybunał orzekł, że leczenie zgodnie z sumieniem nie jest wymysłem lekarzy, ale ich obowiązkiem, bez konieczności wskazania innego lekarza, który miałby kontynuować działania medyczne, których odmówiono, powołując się na klauzulę sumienia. – Mówimy tu o godności lekarza i wykonywanego przez niego zawodu – podkreślił prezes Hamankiewicz. W bieżącej kadencji przez cały czas toczyła się też walka o poprawę wizerunku środowiska lekarskiego. Jednym z jego przejawów było zwalczanie stosowania przez lekarzy metod terapeutycznych i preparatów o nieuzasadnionej medycznie skuteczności. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie jednoznacznie wskazał, że jest to sprzeczne z wiedzą i sztuką lekarską, a w uzasadnieniu napisał, że Naczelna Rada Lekarska ma wręcz obowiązek przeciwdziałać tego rodzaju praktykom, uczyć środowisko lekarskie, sprawując tym samym nadzór nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza.

To nie dotacja, to refundacja

Ponad dwadzieścia pięć lat temu rząd ustawowo przekazał samorządowi lekarskiemu obowiązki administracyjne wcześniej leżące w gestii urzędów wojewódzkich. Miała być zabezpieczona odpowiednia pula środków finansowych, przekazywanych izbom lekarskim przez Ministerstwo Zdrowia. Tak więc samorząd lekarski w imieniu państwa od lat wydaje prawo wykonywania zawodu, prowadzi rejestry lekarzy i lekarzy dentyistów oraz sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Niestety, z refundacją tych czynności od początku były problemy. Następujący po sobie ministrowie zdrowia nie wywiązali się z obowiązku pełnego refundowania kosztów ponoszonych przez izby z tego tytułu. Ostatnio refundacja nie przekraczała nawet 20 proc., co skończyło się sądem. Dwie izby wygrały procesy i w dużym stopniu odzyskały należne im kwoty. Wygrane procesy potwierdziły, że izbom lekarskim za czynności wykonywane w imieniu administracji państwowej prawnie należą się pieniądze z budżetu. Mając to na uwadze, obecny minister zdrowia tytułem refundacji przyznał na 2016 rok Naczelnej Izbie Lekarskiej 841 599 zł, a izbom okręgowym 5 534 196 zł. Przy czym koszty poniesione przez izby lekarskie w 2015 r. wyniosły ogółem 11 629 387 zł (1 534 344 zł po stronie NIL, 10 095 043 zł po stronie izb okręgowych). Już jego poprzednik dostrzegł problem i znacząco zwiększył kwotę refundacji dla samorządu lekarskiego za realizację zadań administracji państwowej. Ale zwrot długu za poprzednie lata zaproponował obecny minister. W mediach pojawiła się

szkalująca wizerunek lekarzy informacja, że samorząd dostaje z resortu dotacje i to po kumotersku, bowiem obecny jego szef wywodzi się ze struktur samorządowych. – Decyzja o przekazaniu izbom przez Ministerstwo Zdrowia pieniędzy z tytułu refundacji, choć wciąż w niesatysfakcjonującej nas wysokości, pozwoliła uniknąć dalszych procesów sądowych, (izby się z nich wycofały), a także dała nadzieję na dialog w tej sprawie i rozwiązanie problemu raz na zawsze – zaznaczył na zjeździe prezes Hamankiewicz. W latach 2007-2015 łączny dług Ministerstwa Zdrowia w stosunku do Naczelnej Izby Lekarskiej wyniósł 8 014 229 zł, a wobec 23 okręgowych izb lekarskich – 50 162 677 zł. Z tego długu Naczelna Izba Lekarska otrzymała 1 229 748 zł, a okręgowe izby 8 770 252 zł zwrotu kosztów.

Rozstrzygać we własnym zakresie

Temat równie bulwersujący środowisko lekarskie to koncepcja obecnego rządu utworzenia przy prokuraturach okręgowych wyspecjalizowanych zespołów prokuratorskich, które zajmowałyby się m.in. błędami medycznymi i zdarzeniami niepożądanymi. Jednocześnie prokuratury oczekują bardziej skutecznego działania biegłych sądowych na ich rzecz. – Ta koncepcja sugeruje już na starcie, że zawód lekarza jest kryminogenny, że trzeba go nadzorować i ścigać przestępczość w tym środowisku, czemu się kategorycznie przeciwstawiamy – powiedział prezes NRL. Dodał też, że nawet najlepszy prawnik nie ma wiedzy medycznej w takim zakresie, aby mógł wyrokować w tych sprawach. Zaniepokojona Naczelna Rada Lekarska chce więc wspólnie ze Stowarzyszeniem Prokuratorów Rzeczypospolitej Polskiej, wzorem zespołów biegłych działających przy Zakładach Medycyny Sądowej, przy okręgowych izbach lekarskich, na których terenie znajdują się Uniwersytety Medyczne, utworzyć takie zespoły. Miałyby one wspomagać pracę rzeczników odpowiedzialności zawodowej i przyspieszać działania sądów lekarskich. Inicjatywa utworzenia i funkcjonowania zespołów biegłych sądowych przy izbach lekarskich wyszła z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Mimo że od zjazdu minął zaledwie miesiąc, Prezydium NRL powołało specjalny zespół roboczy mający na celu opracowanie założeń do wdrożenia tego projektu. Chodzi o to, aby uszczelnić i usprawnić wewnętrzny, samorządowy system rozstrzygania o przewinieniach lekarskich po to, by jak najwięcej spraw dotyczących różnego rodzaju skarg ze strony pacjentów zostało rozwiązanych we własnym zakresie. Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej zdecydowano o podpisaniu porozumienia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich w zakresie współpracy przy realizacji zadań w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji. Lekarze włączą się w proces opracowywania ekspertyz. Szczególnie chodzi o oddziały psychiatryczne i ośrodki pomocy społecznej. NRL uważa, że skoro na mocy porozumienia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich samorząd lekarski został zaproszony do współuczestnictwa w kontrolach, powinien bliżej przyrzeć się zjawiskom nadużyć i mieć wpływ na ich rzetelną ocenę.



Odznaczeni Meritus Pro Medicis.

FOTO: Marta Jakubiak (1), Lidia Sulikowska (1)

Zmiany w systemie specjalizowania się

O tym, że potrzebne są zmiany w systemie szkolenia specjalizacyjnego, środowisko medyczne dyskutuje już od dłuższego czasu. Zjazd był tylko przypiecztowaniem głosów w tej dyskusji, czego dowodem był apel delegatów do ministra zdrowia o przekazanie Naczelnej Izbie Lekarskiej zadań realizowanych obecnie przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, m.in. w zakresie kształcenia specjalizacyjnego i ustawicznego doskonalenia zawodowego. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, zaznaczył, że obecny system nie spełnia oczekiwań środowiska, ma wiele wad, m.in. nie jest dostatecznie koordynowany. Powiedział, że wzorem innych krajów organizacja systemu kształcenia powinna być przekazana środowisku lekarskiemu. Lekarze widzą także potrzebę zmiany zasad szkolenia specjalizacyjnego. Chodzi o rozdzielenie jednostek prowadzących szkolenie w module podstawowym i specjalistycznym. Proponują w apelu, by moduł podstawowy szkolenia odbywał się w szpitalach miejskich lub powiatowych, a specjalistyczny – w klinikach lub szpitalach referencyjnych, co zmniejszyłoby liczbę osób szkolących się w jednym czasie w oddziałach III stopnia referencyjności i znacząco podniosło jakość kształcenia w tych jednostkach. Chcą także, by egzamin specjalizacyjny można było zdawać już w trakcie ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego. Jako argument przemawiający za tym rozwiązaniem, przytaczają fakt, że do tego egzaminu można podchodzić tylko dwa razy do roku, co nierzadko oznacza kilkumiesięczną przerwę pomiędzy zakończeniem szkolenia a terminem przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego (w tym czasie wielu lekarzy pozostaje bez zatrudnienia). Lekarze zaapelowali też do ministra zdrowia o podjęcie działań mających na celu ustalenie wysokości minimalnego wynagrodzenia w tym zawodzie. Postulują, by w przypadku stażystów była to średnia krajowa, a w przypadku lekarzy bez specjalizacji oraz rezydentów – dwukrotność średniej krajowej. Z kolei lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji mieliby zarabiać minimum dwuipółkrotność średniej krajowej, a ze specjalizacją – trzykrotność średniej krajowej.

Na pewno razem

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy poprzedziło posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, w której oprócz jej członków po raz pierwszy w historii uczest-

niczyli delegaci stomatolodzy. Wybór czasu tego posiedzenia nie był przypadkowy, ponieważ lekarze dentyści mieli się opowiedzieć krótko przed zjazdem, jak widzą dalszą samorządową podróż w przyszłość z lekarzami. Ta dyskusja w środowisku toczy się od dłuższego czasu, jednak ustalenia w tej sprawie miały zapaść na posiedzeniu tej właśnie przedjazdowej komisji. Zdecydowana większość lekarzy dentyistów KS NRL reprezentująca środowiska stomatologów izb okręgowych opowiedziała się za jednością z całą społecznością lekarską. Nie oznacza to jednak, że we wszystkim jest im po drodze z kolegami lekarzami. – Wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentyisty różni się w wielu punktach, poczynając od szkolenia przeddyplomowego, podyplomowego, możliwości realizowania specjalizacji, relacji z państwowym płatnikiem i formie wykonywania zawodu, gdyż prawie 100 proc. lekarzy dentyistów prowadzi działalność gospodarczą – podkreśliła Agnieszka Ruchała-Tysler, wiceprezes NRL i przewodnicząca tej komisji. Lekarze dentyści chcieliby więc mieć większy wpływ na to, co się dzieje w samorządzie lekarskim. Na zjeździe grupa stomatologów oczekujących takich regulacji wnioskowała o zmiany zasad głosowania. Jeden z delegatów zaproponował taki przelicznik głosów dla stomatologów, aby każdy głos lekarza dentyisty był mnożony przez 4. Wymagałoby to jednak zmiany regulaminu wyborów, przyjmowanego przez Zjazd. Delegaci w przytaczającej większości opowiedzieli się za równością wobec prawa i nie przegłosowali tej propozycji, mimo że próbowano argumentować słuszność wniosku tym, że lekarze nie rozumieją specyficznych potrzeb mniejszościowego środowiska stomatologów. Jednak i w tej kwestii środowisko stomatologów – jak się okazało na sali obrad – było podzielone. Większość nie poparła propozycji zmian w regulaminie wyborów.

Mapy potrzeb, nowe wyzwania

Polska służba zdrowia stoi przed daleko idącymi zmianami systemowymi, jak zapowiedział gość zjazdu, minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, będą one rewolucyjne. Należy oczekiwać likwidacji NFZ oraz zahamowania procesu komercjalizacji placówek medycznych. Jedną z kluczowych zmian ma być odejście od zasady powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na rzecz budżetowego finansowania lecznictwa. W obliczu nadciągających zmian obrady zjazdu stały się szczególnie ▶

ważnie. Oznaczają bowiem nowe wyzwania, na które środowisko lekarskie musi być przygotowane. Czy w tej nowej rzeczywistości samorząd lekarski będzie miał wpływ na szkolenia i praktykę lekarską? W jakim stopniu będzie mógł decydować o sprawach zawodu lekarza, jego statusie, perspektywach, rozwoju? Wiele pytań rodzi zapowiedź wprowadzenia przez resort zdrowia map potrzeb zdrowotnych. Czy wpłyną na warunki pracy i wynagrodzenia lekarzy? Resort twierdzi, że nie, natomiast dzięki mapom kontraktowanie świadczeń stanie się bardziej racjonalne. Znikną nie w pełni wykorzystane oddziały szpitalne, a rozwijane będą te, na które jest największe zapotrzebowanie. Oznacza to jednak rotacje w zatrudnieniu. Zmiany czekają też POZ, szczególnie jeśli chodzi o sposób funkcjonowania lekarzy rodzinnych. Mają oni w większym niż dotychczas stopniu włączyć się w system opieki nad pacjentem. – Taka jest potrzeba czasów, mamy dowody naukowe, że idziemy w dobrym kierunku, kierunku zdrowia publicznego, jak to dzieje się w wielu rozwiniętych krajach – przekonywał minister

Radziwiłł. Istotą tych zmian ma być utworzenie skoordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej, w której przywróci się prawdziwą funkcję lekarza rodzinnego. W systemie tym większą rolę do spełnienia będą miały także pielęgniarki. Planuje się również wyłączenie medycyny szkolnej z POZ i stworzenie odrębnej regulacji dotyczącej nie tylko opieki pielęgniarskiej nad uczniami, ale całościowej opieki medycznej, w tym opieki stomatologicznej. Czy to znaczy, że medycyna szkolna wróci do szkół?

Stanowiska, apele, uchwały

Na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy podjęto 2 stanowiska, 19 apeli i 7 uchwał, m.in. uchwałę w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, sądów lekarskich, uchwałę w sprawie zmiany uchwały dotyczącej regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w tych organach i trybu odwoływania ze stanowisk oraz wyboru komisji wyborczych, a także uchwałę

Temat
miesiąca

Dochować tajemnicy lekarskiej



Z **Krzysztofem Lubeckim**, delegatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze na XIII Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



W marcu tego roku Naczelny Sąd Administracyjny uchylił wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. nakładający na jednego z lekarzy karę za odmowę ujawnienia urzędowi skarbowemu danych osobowych swoich pacjentów. Co to oznacza?

Wyrok ten jest precedensowy dla naszego środowiska lekarskiego, ponieważ jasno określił nasze prawa w tym zakresie. Niestety, urzędnicy fiskalni mają inny pogląd na ten temat. Walka ze skarbowką lekarza, na którego dyrektor Izby Skarbowej w Zielonej Górze nałożył karę administracyjną w ramach kontroli skarbowej, toczyła się cztery lata i jej końcowy rezultat wcale nie był taki oczywisty. Dopiero, kiedy dwa lata temu, zgodnie z postanowieniami i uchwałami XII Krajowego Zjazdu Lekarzy, w sprawę włączył się samorząd lekarski i samorządowi prawnicy z Naczelnej Izby Lekarskiej, nabrała ona tempa. Należy bowiem podkreślić, że odmowa ujawnienia fiskusowi danych osobowych pacjenta to nic innego jak przestrzeganie tajemnicy lekarskiej. Można więc powiedzieć, że lekarz ten został ukarany za uczciwość, lojalność, działanie zgodne prawem i z Kodeksem Etyki Lekarskiej.

Jak często zdarza się, że urzędnicy grożąc karą, wymuszają na lekarzach łamanie tych zasad?

Myślę, że wcale nierzadko, ale nie każdy lekarz zgłasza sprawę, zgłasza się z nią do odpowiednich organów, a może też nie ma tyle odwagi i samozaparcia, by przeciwstawić się wszechwładzy urzędników. Może też nie wie do końca, czy prawo stoi po jego stronie i obawia się konsekwencji, które – jak pokazuje przytoczony tutaj przykład – są bardzo

FOTO: Marta Jakubiak

zmieniającą w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej czy regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy. Jedną z uchwał będącą konkluzją zjazdowych tematów jest uchwała zobowiązująca Naczelną Radę Lekarską do powołania zespołu ekspertów w celu dokonania analizy zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem jego nowelizacji. Zjazd zajął też stanowisko w sprawie zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia, które jest wyrazem dezaprobaty dla ogólnie panującego niedostatku w opiece zdrowotnej. Delegaci optowali, aby wzrosły one do 6 proc. PKB. Zjazd ustosunkował się także do obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich w formie elektronicznej sugerując, że wymaga to dopracowania systemu wystawiania e-zwolnień tak, aby rolą lekarza było określenie rozpoznania i czasu niezdolności do pracy, a wszystkie pozostałe elementy procedury odbywały się poza obowiązkami lekarza. Stanowiska i apele są kłamrą spinającą dwudniowe obrady delegatów, zahaczają o trudną sytuację finansową ochrony zdrowia, o Kodeks Etyki Lekarskiej, o konieczność

zmian w kształceniu podyplomowym i gotowość przejęcia tego obowiązku przez samorząd lekarski. Zjazd zaapelował także do Prezesa Rady Ministrów o równe traktowanie w przyszłości podmiotów publicznych i prywatnych w finansowaniu usług, niezależnie od tego, czy będzie to system budżetowy, czy ubezpieczeniowy. Zwrócił się też z apelem do Prezydenta RP i posłów na Sejm RP o niezwłoczne podjęcie inicjatywy ustawodawczej mającej na celu zmianę ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach. Przepisy tej ustawy powodują pozbawienie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – jedynego związku zawodowego reprezentatywnego w Polsce dla zawodu lekarza i lekarza dentysty – prawa do reprezentowania lekarzy i lekarzy dentystów w Radzie Dialogu Społecznego, w tym prawa do przedstawiania stanowiska w sprawach dotyczących warunków pracy i płacy tych grup zawodowych. Stanowiska i apele w pełnym brzmieniu są publikowane na stronie internetowej NIL. ■

uciążliwe i przykre. Przecież zanim sprawę rozstrzygnął sąd najwyższej instancji, wyrok sądu na szczeblu wojewódzkim nie był korzystny dla lekarza i na pewno kosztował go wiele nerwów. Nie mówiąc już o groźnie brzmiących pismach słanych przez fiskusa i nałożonych przez ten urząd karach.

Co zatem powinien zrobić lekarz, który spotka się w swojej pracy z taką sytuacją i z naciskami, by złamać tajemnicę lekarską?

Idąc przykładem kolegi lekarza, który się przeciwstawił tego rodzaju praktykom i wygrał, trzeba kategorycznie odmówić i skontaktować się ze swoją okręgową izbą lekarską. Mając za sobą opinie prawników i ekspertów w tej sprawie, lekarz będzie wiedział, że nie jest pozostawiony z problemem sam sobie. Jednak równie ważne, jak argumenty prawne, są argumenty etyczne i zwykła ludzka przyzwoitość. Przecież pacjent musi mieć do swojego lekarza zaufanie, na tym zaufaniu opiera się bowiem ich wzajemna relacja. Trudno sobie wyobrazić, że lekarz może urzędnikowi udostępniać listę np. pacjentów Poradni Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Poradni Zdrowia Psychicznego czy Poradni Proktologicznej. Przecież taka lista niesie ze sobą najgłębiej rozumianą prywatność, intymność. Chcę mocno w tym miejscu zaznaczyć, że zachowanie tajemnicy lekarskiej chroniącej pacjenta nie jest dla lekarza żadnym przywilejem, to jego obowiązek uświęcony tradycją sięgającą czasów Hipokratesa, kiedy rodziły się podwaliny etyczne nowożytnej medycyny.

Są instytucje, które powinny zareagować na gorliwość z jaką urząd skarbowy wymierzył karę lekarzowi, nie przyjmując do wiadomości, że obowiązuje go tajemnica lekarska. Czy zareagowały?

Kiedy nękany przez fiskusa lekarz, posilkując się renomowanym prawnikiem, złożył skargę kasa-

cyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego, w czasie oczekiwania na rozprawę otrzymał pismo z urzędu kontroli skarbowej, że dane blisko 400 jego pacjentów nie są mu już potrzebne, ponieważ fiskus uzyskał je od Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie wystawianych przez lekarza recept. Czyli urząd postawił na swoim, ale tak się zapędził w swojej arogancji, że wysłał do tych pacjentów pisma, w których informował, że za odmowę udostępnienia ich danych, a więc utrudnianie pracy skarbowce, lekarz został ukarany. To już jest nękanie i lekarz oczywiście powiadomił o tym naczelne organy samorządu lekarskiego. Wysłał też stosowne pisma do dwóch ówczesnych ministrów finansów, Rzecznika Praw Pacjenta, Generalnego Inspektora Danych Osobowych, ale od żadnego z tych urzędów nie otrzymał odpowiedzi. Można powiedzieć – zero reakcji.

Skąd przyszło wsparcie?

Z samorządu lekarskiego, a konkretnie z Naczelnej Izby Lekarskiej, która w związku ze skargą kasacyjną przystąpiła do postępowania przed Naczelnym Sądem Administracyjnym oraz od Rzecznika Praw Obywatelskich, który złożył własną skargę kasacyjną po stronie lekarza. W tym miejscu należy podziękować prof. Irenie Lipowicz, która stanęła w obronie lekarza i pacjenta, a nie interesów urzędników, dla których – jak się okazało – zachowanie tajemnicy lekarskiej jest jakimś wymysłem czy też pustym fraze-sem. Dla zawodu lekarza, jak i innych zawodów zaufania publicznego, w których obowiązuje tajemnica zawodowa, wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w tej sprawie pozwala żywić nadzieję, że jednak żyjemy w państwie prawa i wierzę, że w końcu ktoś wyciągnie konsekwencje wobec tych, którzy je łamią. Mam tutaj na myśli zarówno urzędników komisji skarbowej, jak i urzędników NFZ. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Nowe zasady akredytacji doskonalenia zawodowego

European Accreditation Council for Continuous Medical Education, stanowiąca część UEMS, jest dobrowolnym wysiłkiem europejskich lekarzy, mającym ułatwić tworzenie wspólnych kryteriów, jakie powinno spełniać doskonalenie zawodowe oraz uznawanie punktów edukacyjnych, które uzyskiwane są przez lekarzy w innych krajach europejskich i na innych kontynentach. UEMS prowadzi tę działalność od 2000 r.

Kiedy dyskutujemy o doskonaleniu zawodowym, powinniśmy zdawać sobie sprawę z jego dwóch oddzielnych aspektów. Pierwszym jest uznawanie, że szkolenia proponowane przez bardzo różnorodnych organizatorów spełniają oczekiwania, czyli mają zadowalający poziom merytoryczny, nie są promocją produktów czy usług, służą podnoszeniu kwalifikacji. Ta część to akredytacja. Drugim jest uznawanie punktów edukacyjnych, które są obecnie najbardziej przyjętą, powszechnie stosowaną formą „wspólnego mianownika” aktywności lekarzy w zakresie doskonalenia zawodowego (ogólna zasada – 1 punkt za jedną godzinę aktywności). Tym zajmują się organizacje i instytucje, często będące jednocześnie odpowiedzialnymi za rejestr lekarzy i wydawanie prawa wykonywania zawodu.

EACCME zajmuje się zarówno akredytacją, jak i stara się służyć jako centralne miejsce w Europie, ułatwiające uznawanie uzyskiwanych za granicą punktów edukacyjnych. Wiele krajów ma ograniczone zaufanie do przywożonych z zagranicy certyfikatów i poprzez akredytację EACCME możliwe jest uzyskanie potwierdzenia, że są one wysokiej jakości. Bardzo ważne dla europejskich i północnoamerykańskich lekarzy jest porozumienie UEMS z American Medical Association i z Royal College of Physicians and Surgeons w Kanadzie o wzajemnym uznawaniu punktów edukacyjnych.

Obecnie jesteśmy w fazie dyskusji nad kolejnymi zmianami zasad oraz zamierzamy rozszerzyć zakres form doskonalenia zawodowego objętych systemem EACCME. Stałym od lat elementem tej dyskusji jest model akredytacji. W Europie dominuje akredytacja poszczególnych zdarzeń, w USA większość akredytacji to akredytowanie organizatorów, którzy następnie są sami odpowiedzialni za jakość tworzonego przez nich doskonalenia zawodowego. Oba systemy mają wady i zalety. Amerykanie próbują wprowadzać swój model do Europy, czyli akredytować także europejskich organizatorów szkoleń. Europejscy lekarze są temu przeciwni i uważają, że – jak stwierdzili we wspólnym oświadczeniu europejskich organizacji lekarzy – sprawy całego rozwoju zawodowego, w tym i doskonalenia zawodowego powinny pozostawać w rękach środowiska, którego zadaniem jest dbanie o odpowiedzialną autonomię naszego zawodu. ■



Postęp w genetyce choroby Parkinsona

– droga do celowanego leczenia przyszłości

Z **prof. Zbigniewem Wszółkiem** z Mayo Clinic na Florydzie rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Jest pan profesor w gronie osób uważanych za najbardziej wpływowe w światowej medycynie. Co trzeba zrobić, żeby znaleźć się w tak elitarnej grupie?

Trzeba mieć zacięcie do pracy naukowej i znaleźć czas nie tylko na bycie lekarzem, ale również prowadzenie pracy naukowej. Początkowo jest to bardzo trudne, ale z czasem można poukładać sobie obowiązki tak, że staje się to możliwe. Na całym świecie lekarze klinicyści mają problem z pogodzeniem praktyki szpitalnej z byciem badaczem klinicznym.

Na uczelniach medycznych nie ma przecież zajęć pozwalających zdobyć wiedzę, jak pozyskać fundusze na badania naukowe. Wiem to, bo sam musiałem taką wiedzę zdobyć już jako lekarz. A jest to bardzo skomplikowany administracyjny proces. Pisanie aplikacji na badania naukowe to prawdziwa sztuka. Trzeba w sposób systematyczny dokumentować to, co chce się zrobić i jak. Nie wystarczy mieć pomysł. Trzeba mieć zacięcie, by ten pomysł przełać na odpowiednie arkusze administracyjne. Kiedy już się uda uzyskać fundusze, sprawa robi się prostsza – po prostu realizuje się

plan, który miało się w głowie i odpowiednio przełało na papier w procesie aplikacji.

Dobrze byłoby nauczyć polskich lekarzy, którzy mają aspiracje naukowe, jak ubiegać się o granty. Fundusze w Polsce już są – w Polskiej Akademii Nauk, Komitecie Badań Naukowych, jak również w puli pochodzącej z Unii Europejskiej. Trzeba tylko umieć je zdobyć. To są wielomilionowe kwoty do zagospodarowania.

Jak pan nauczył się takie fundusze pozyskiwać?

Kiedy wyjechałem do Stanów Zjednoczonych, bardzo brakowało mi tej umiejętności. Dużo czasu musiało upłynąć, zanim opanowałem tę sztukę. Na szczęście Amerykańska Akademia Neurologiczna oferuje takie szkolenie dla lekarzy. Moja instytucja również. Odbylem wiele kursów i w końcu się udało.

Nie jest łatwo przekonać lekarzy, żeby poświęcili swoją karierę zawodową również pracy naukowej, dlatego Narodowy Instytut Stanów Zjednoczonych przygotował specjalne granty, które mają zachęcić klinycystów do pójścia tą drogą. Pieniądze są, trzeba po nie tylko umiejętnie sięgnąć.



Kiedy rozpoczął pan starania o finansowanie swoich badań?

Z Polski wyjechałem we wczesnych latach 80. i dopiero wówczas, już w Stanach Zjednoczonych, zacząłem myśleć o pozyskaniu środków finansowych na moje pomysły naukowe.

Które z dokonań pana profesora jest najwyżej oceniane przez fachowców, a które pan ceni najbardziej?

Trudno oceniać swoją karierę zawodową, jeśli jednak mam wskazać jakiś sukces, to myślę, że największym osiągnięciem, jakie miałem możliwość współtworzyć, było odkrycie genu *LRK2* w chorobie Parkinsona i tego, że mutacje w obrębie tego genu okazały się najczęstszą genetyczną przyczyną tej choroby. Tak, to chyba było moje największe osiągnięcie i jest najwyżej cenione również przez środowisko naukowe. Prace na temat genu *LRK2* mają najwyższe cytowania.

Jakie jest przełożenie tego odkrycia na sytuację chorych i ich rodzin?

Mutacje w genie *LRK2* występują u około 1 do 2 proc. pacjentów z klasyczną chorobą Parkinsona, czyli jest to bardzo mała grupa osób. Ale jeśli dodatkowo pacjenci ci mają pozytywny wywiad rodzinny, odsetek ten sięga już około 5 proc. To dotyczy osób białych rasy kaukaskiej. Jeśli jednak pacjent jest Żydem aszkenazyjskim albo Berberysem z Afryki Północnej, to częstość występowania defektu tego genu to około 20 proc., a przy pozytywnym wywiadzie rodzinnym nawet 40 proc.

To pokazuje, jak wiele mamy jeszcze do zrobienia, ile genów musimy odkryć, żeby wytłumaczyć pozostałych 95-98 proc. przypadków zachorowań na Parkinsona.

Czy wyłącznie genetyka jest podłożem tej choroby?

Uważa się, że w chorobie Parkinsona rolę odgrywają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe.

Kiedy pod koniec lat osiemdziesiątych zacząłem interesować się sprawami genetyki choroby Parkinsona i zespołów parkinsonowskich, wówczas odkryto substancję, a właściwie truciznę, która powstaje przy produkcji heroiny syntetycznej. Choć wyprodukowanie tego narkotyku jest procesem chemicznie prostym, trzeba bezwzględnie przestrzegać czasu zachodzenia poszczególnych reakcji. Jeżeli te reakcje się przyspieszy, by otrzymać produkt szybciej, dochodzi do kontaminacji z półproduktami, które nie zostały właściwie przetworzone. Powstaje wówczas substancja o nazwie MTPT, która wybiórczo niszczy komórki istoty czarnej w mózgu. W ciągu zaledwie kilku godzin u osób, które wzięły syntetyczną heroinę zrobioną niewłaściwie, czyli zanieczyszczoną, rozwijał się zespół Parkinsona. Po tych obserwacjach Narodowy Instytut Zdrowia Stanów Zjednoczonych, a także fundacje sponsorujące granty, przeznaczyły ogromne pieniądze na szukanie podobnych substancji w środowisku człowieka: w wodzie, w jedzeniu, w powietrzu.

Znaleziono coś?

Znaleziono niewiele. Niemniej jednak powstał model zwierzęcy pozwalający na dalsze rozszerzenie wiedzy o chorobie Parkinsona.

W tym samym czasie miałem pacjentów z chorobą Parkinsona i z pozytywnym wywiadem rodzinnym. Zacząłem więc zbierać ich dane, w całej Ameryce. Napotykałem jednak na trudności. Nikt nie chciał sponsorować moich badań, ponieważ uważano, że genetyka nie ma nic wspólnego z tą chorobą.

Mówiłem sobie, że może czynniki środowiskowe są ważne, ale to nie oznacza, że czynniki genetyczne należy wykluczyć. Należy wziąć je pod uwagę, ponieważ rodziny, które nie mają żadnych kontaktów z syntetyczną heroiną czy innymi substancjami trującymi, mają generacja po generacji zespół parkinsonowski. Odpowiedzialny za to nie mógł być jakiś czynnik środowiskowy. To musiał być czynnik genetyczny.

Kiedy dokonał się przełom?

Systematycznie pobierałem od pacjentów próbki krwi i czekałem. Gdy dokonał się postęp w genetyce, byłem już przygotowany – miałem bazę pacjentów i materiał do badania. To był właśnie ten przełom, który doprowadził do wielu odkryć, nie tylko genu *LRK2*, ale również innych genów w chorobach zwyrodnieniowych układu nerwowego.

Jakie uczucie towarzyszy odkryciu?

To nie była Eureka. To był proces, który trwał przez wiele lat. Początkowo nie sądziłem nawet, że to jest jakieś odkrycie. Musiało być potwierdzone przez innych.

Samo dokonanie odkrycia nie było dla mnie aż tak ważne. Najważniejsze było to, że dzięki niemu zrobiliśmy postęp w medycynie, który być może doprowadzi do przygotowania terapii celowanej. Prawdopodobnie ja jako lekarz już nie będę tego widział, bo moja kariera się kończy, ale moi młodszy koledzy, miejmy nadzieję, że tak.

Czy ośrodki w Polsce współpracują z panem profesorem?

Od lat współpracuję z moją Alma Mater, czyli ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym – z prof. Opalą i prof. Rudzińską, a także z Uniwersytetem Jagiellońskim – z prof. Krygowską, z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym – z prof. Sławkiem, z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym – z dr. Friedmanem, dr. Barcikowską i dr. Koziorowskim, w Łodzi – z prof. Boguckim i prof. Liderskim. Jest to obopólnie korzystna współpraca. My w Mayo mamy dostęp do materiałów badawczych, a polscy asystenci przyjeżdżają do mnie na naukę, piszą prace, robią doktoraty i habilitacje. Wracają do Polski i to, czego nauczycieli się w Stanach Zjednoczonych, mogą wykorzystać tutaj.

I dodam, że to nie jest tylko współpraca naukowa, ale również edukacyjna. Od 2004 r. razem z prof. Opalą organizujemy kursy, na które oprócz mnie przyjeżdża pięciu albo sześciu profesorów z Mayo Clinic. To dwudniowe szkolenia dla neurologów polskich. Odwiedziliśmy już Kraków, Gdańsk, Wrocław, Katowice, a ostatnio też Lublin. Niedługo będziemy organizowali kolejny kurs, prawdopodobnie w Poznaniu.

Jeździmy do różnych części Polski, żeby jak najwięcej osób miało dostęp do naszych wykładów – bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. Taniej jest przecież sprowadzić pięciu, sześciu wykładowców, niż wysłać 200-300 słuchaczy na Florydę. Moi koledzy bardzo chętnie przyjeżdżają na takie spotkania, Polska im się podoba. Nikogo nie muszę specjalnie namawiać.

Czy amerykański dyplom lekarza daje możliwość praktykowania w całym kraju?

Nie, nie daje. Trzeba mieć odpowiednie licencje na poszczególne stany. Ja posiadam prawo wykonywania zawodu na Florydzie, w Georgii i w Minnesocie. Gdybym chciał praktykować w Kalifornii czy gdziekolwiek indziej, muszę starać się o kolejne licencje. Na przykład na Florydzie licencja jest ważna tylko przez 12 miesięcy. Co roku muszę płacić za wydanie nowej, a także wykazać się przy tej okazji określoną ilością godzin kredytowych, w Polsce to są tzw. punkty edukacyjne. Muszę mieć minimum godzinowe, ale nie jest narzucone, z jakiej specjalizacji – czy np. z neurologii, czy chirurgii. Są jednak obowiązkowe programy, które każdy lekarz, rozliczając się z tych punktów, musi mieć zrealizowane, bez względu na specjalizację. To jest HIV, przemoc domowa i interakcje lekowe. Na każdej licencji widnieje data jej wydania i termin, kiedy kończy się ważność.

Czy te licencje określają rodzaj specjalizacji, w której dany lekarz może praktykować?

Nie, to jest licencja dla lekarza. Dodatkową licencję trzeba mieć jedynie na zapisywanie leków narkotycznych, jednak jest to już licencja federalna – na cały kraj. Nie wszyscy lekarze mają uprawnienia, żeby zapisywać narkotyki.

Czy w Stanach Zjednoczonych dużo osób choruje na Parkinsona?

To choroba zaliczana do chorób rzadkich. Na Parkinsona cierpi około 1 do 2 proc. populacji powyżej 65. r.ż. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych jest od około miliona do 1,5 mln chorych. To druga co do częstości występowania choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, pierwszą jest Alzheimer.

Częstość zapadalności na Parkinsona w ostatnich latach rośnie. Szacuje się, że w 2050 r. będzie więcej niż 5 mln chorych na świecie. Wzrost zachorowań obserwuje się szczególnie w takich państwach jak Chiny, Indie czy Brazylia.

Jaka jest specyfika tej choroby?

Cechuje się ona objawami kardynalnymi, jak drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe, sztywność pozapiramidowa, zaburzenia postawy, ale również dobrą odpowiedzią na leczenie L-dopa i to jest wyjątek wśród innych chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Przynajmniej w tej chorobie mamy możliwość leczenia objawowego.

Patologicznie dochodzi w niej do odbarwienia jądra, które nazywa się istotą czarną, jak i miejsca sinawego. W przeżywających neuronach pod mikroskopem można dostrzec ciała wtrętowe, tzw. ciała Lewiego, których głównym składnikiem jest alfa-synukleina. Najpierw dokonano odkrycia mutacji w genie alfa-synukleiny, a w dalszych badaniach, odkryto, że głównym komponentem ciał Lewiego jest właśnie nieprawidłowo skonfigurowana alfa-synukleina.

Ile już odkryto genów, których mutacje odpowiadają za tę chorobę?

W ubiegłym roku były to 22 geny czy miejsca genowe związane z powstaniem choroby Parkinsona. W tym roku już odkryto kolejny 23. gen. Wszystkie one odpowiedzialne są za około 2-3 proc. przypadków zachorowań. Z pewnością jeszcze wiele genów zostanie odkrytych.

Jednak, aby dokonywać takich odkryć, potrzebujemy dużej ilości próbek od pacjentów z różnych populacji. Stąd tak rozległa współpraca z ośrodkami w wielu krajach świata. Dla mnie, jako wychowanka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, niezwykle ważna jest od zawsze współpraca z tym ośrodkiem, a także z innymi ośrodkami w Polsce.

Nauczyliśmy się już wiele, pracujemy nad kolejnymi badaniami i być może dzięki ciągłym poszukiwaniom znajdziemy skuteczne leczenie dla wielu chorób, w tym i choroby Parkinsona. Trzeba próbować. ■

O rynku aptecznym

Z **Mariuszem Janikowskim**, przewodniczącym Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii istnieje dopiero drugą kadencję, ale od początku głosy co do zasadności jego powołania były podzielone. Dlaczego?

Obiekcje biorą się stąd, że jeszcze nie w pełni rozumiemy i doceniamy udział lekarzy w tworzeniu rynku farmaceutycznego. Im jednak dłużej zajmujemy się tym problemem jako zespół NRL, wiemy na ten temat coraz więcej i dostrzegamy zasadność powołania takiego zespołu. Zawsze jednak wszystko co nowe, budzi kontrowersje, tym większe, że rynek farmaceutyczny w Polsce jest bardzo dynamiczny, a nie ma jasno określonej i spójnej polityki lekowej państwa. Resort zdrowia zapowiada wprawdzie opracowanie dokumentu, który określałby priorytety zarówno z punktu widzenia pacjentów, lekarzy i aptekarzy, jak i hurtowników oraz przemysłu farmaceutycznego, ale na razie są to zapowiedzi. Należy zaznaczyć, że polityka lekowa jest obecnie realizowana głównie poprzez ustawę refundacyjną, tymczasem zmieniają się potrzeby zdrowotne społeczeństwa i ta ustawa jest niewystarczająca. Ostatni rządowy dokument dotyczący polityki lekowej z 2004 r. obejmował lata 2004-2008. Od tego czasu w opiece zdrowotnej wiele się zmieniło, zmienił się także rynek farmaceutyczny, ale żaden nowy dokument, uwzględniający te zmiany, nie powstał.

Czy lekarz, wystawiając pacjentowi receptę, ma świadomość, że bierze

czynny udział w tworzeniu rynku farmaceutycznego w Polsce?

Informacja ta dociera do lekarza bardzo rzadko. Nie zdaje on sobie sprawy, że przepisując akurat ten, a nie inny lek kreuje dynamikę rynku farmaceutycznego. Nie ma też rozeznania, jak on wygląda w wartościach. Tymczasem w 2015 r. jego wartość liczona w cenach detalicznych wyniosła 34,3 mld zł i była najwyższa od momentu wprowadzenia ustawy refundacyjnej. Można więc powiedzieć, że obracamy miliardami, choć nie zdajemy sobie z tego sprawy. Podobnie jak z tego, że największymi segmentami rynku farmaceutycznego jest rynek apteczny SM – leki i produkty dostępne bez recepty – stanowiący 35,7 proc. oraz rynek apteczny Rx – leków refundowanych – 35,6 proc. Rynek szpitalny to tylko 12 proc., choć nie sposób nie zauważyć, że jest już coraz większy udział w rynku sprzedaży wysyłkowej e-aptek.

Czy to znaczy, że jeśli chodzi o wartości, rok 2015 był dla rynku aptecznego przełomowy?

Wszystko na to wskazuje. Rynek apteczny stanowił w 2015 r. 88 proc. całego rynku farmaceutycznego. Całkowita jego wartość – segmenty Rx, SM, liczona w cenach detalicznych – wyniosła 30,0 mld zł. Oznacza to wzrost o 7,1 proc. rok do roku (rdr), czyli o 2,0 mld zł więcej niż w 2014 r.

Co miało na to wpływ?

Wysoka dynamika rynku aptecznego wynika przede wszystkim ze stabilizacji na rynku leków refundowanych, gdzie w minionym roku nie odnotowano znaczących obniżek ich cen, ale też wskaźników zachorowalności na różnego rodzaju choroby. Głównymi obszarami wzrostu były leki stosowane w chorobie zakrzepowej oraz leki stosowane w chorobach przewlekłych. Różnego rodzaju infekcje w 2015 r. i związana z nimi sprzedaż leków stosowanych w przebiegu przyczyniła się do wzrostu obrotu lekami i produktami dostępnymi bez recepty. Największą sprzedaż (wartościowo) na rynku aptecznym wygenerowała jednak sprzedaż leków na receptę (Rx). Leki Rx – refundowane i nierefundowane – miały 59,1 proc. udziału w rynku aptecznym i wzrost 6,7 proc. rdr. Leki i produkty dostępne bez recepty (SM) stanowiły 40,9 proc. i osiągnęły wzrost 7,6 proc. rdr. Wartość rynku aptecznego Rx wyniosła 17,7 mld zł. Segment

ten odnotował tempo wzrostu na poziomie 6,7 proc. rdr, czyli o 1,1 mld zł więcej niż w roku 2014. Wartość rynku leków refundowanych wyniosła 12,2 mld zł i wzrosła o 8,5 proc. rdr, czyli o 953 mln zł, a leków nierefundowanych wyniosła 5,5 mld zł i wzrosła o 3,1 proc. rdr, czyli o 165 mln zł.

Jak tego rodzaju wiedza może być lekarzowi przydatna w codziennej praktyce?

Znając te dane, lekarz staje się świadomy, jak kształtuje się zachorowalność w różnych jednostkach chorobowych, jakie zachodzą zmiany w poszczególnych schorzeniach i jaki ma w tym udział stosowana przez niego farmakoterapia. Przykładowo na wzrost wartości rynku aptecznego w 2015 r. miały wpływ zmiany w takich schorzeniach jak: choroba zakrzepowa (221 mln), astma (73 mln), choroby nowotworowe (63 mln) czy infekcje (63 mln). Sprzedaż leków stosowanych w tych schorzeniach wzrosła o 426 mln, co stanowi blisko 40 proc. całkowitego wzrostu na rynku aptecznym Rx. To pokazuje, jak sytuacja zdrowotna Polaków, występowanie i nasilanie się ilościowe poszczególnych chorób generuje zużycie leków. Na początku roku miał miejsce wzrost zachorowalności związany z infekcjami, które wpłynęły na zwiększone zakupy leków i produktów dostępnych bez recepty o blisko 250 mln zł w 2015 r. Na przestrzeni dwunastu miesięcy ubiegłego roku infekcje wygenerowały wzrost tego rynku o ponad 350 mln zł.

Jak to się przekłada na ordynacje lekarskie leków na receptę?

W 2015 r. liczba ordynacji lekarskich wyniosła prawie 480 mln. W stosunku do 2014 r. oznacza to wzrost o 13,6 mln zł. Należy też zwrócić uwagę, że rynek apteczny leków na receptę w ujęciu wartościowym rośnie szybciej (6,7 proc.) niż liczba ordynacji lekarskich (2,9 proc.). Jest to wynikiem zmian w strukturze konsumpcji leków, wprowadzaniem do sprzedaży większych opakowań leków oraz zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich,

które daje możliwość wypisania większej ilości leku na receptę. Chodzi więc także o optymalizację leczenia farmakologicznego.

A jakie są prognozy na przyszłość, jeśli chodzi o kształtowanie się rynku farmaceutycznego?

IMS Health prognozuje, że konsumpcja leków będzie rosła, a tym samym napędzała wzrost rynku globalnego. Będzie także rosło znaczenie innowacji, jeśli chodzi o terapie lekowe, przewiduje się także znacznie szerszy dostęp do tańszych leków, będzie się wprowadzać zaawansowane rozwiązania technologiczne. To wszystko – jak szacują eksperci – już w 2020 r. ma spowodować 30-procentowy wzrost wartościowy rynku w stosunku do 2015 r. Natomiast w ciągu najbliższych 5 lat globalne wykorzystanie leków w ujęciu ilościowym wzrośnie o 24 proc. Siłą rzeczy wzrosną więc wydatki na leki i motorem tego wzrostu będzie rozwój specjalistycznych terapii na rynkach rozwiniętych, a także zwiększenie wykorzystania leków tradycyjnych na rynkach dynamicznie rozwijających się. Siłą napędową wzrostu ilościowego będą natomiast zmiany demograficzne, takie jak starzenie się społeczeństwa w krajach rozwiniętych, rosnące dochody oraz rozwój systemów ochrony zdrowia, a w konsekwencji poprawa dostępu do leczenia farmakologicznego. Najliczniejszą grupę wśród nowo wprowadzonych leków będą stanowiły preparaty stosowane w chorobach onkologicznych. Ponad 90 proc. nowych terapii nowotworowych będą stanowiły terapie celowane, z których jedna trzecia będzie wykorzystywała biomarkery w określaniu grup docelowych pacjentów onkologicznych. Jednym słowem w nadchodzących latach będziemy świadkami wielokierunkowych zmian na rynku farmaceutycznym. Rynki dynamicznego wzrostu będą ukierunkowane na zapewnienie szerokiego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, czego skutkiem będzie wzrost konsumpcji leków, szczególnie tradycyjnych. Znaczącą rolę do spełnienia w racjonalizowaniu farmakoterapii odegrają więc lekarze. ■

Źródło: IMS Health Pharmascope 2015/12, IMS Health Dane Narodowe 2015/12, IMS Health ePharmacy Tracker Poland – 2015/12. W materiale wykorzystano dane przekazane przez firmę IMS Helach Sp. z o.o.



W imieniu Fundacji Lekarze Lekarzom pragnę wszystkim podziękować za wspieranie Koleżanek i Kolegów, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Każda, nawet symboliczna kwota jest bardzo cenna. W tym miejscu chciałbym bardzo podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty darczyńcom z: Chrzanowa, Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Krakowa, Kluczborka, Legnicy, Limanowej, Lublina, Łodzi, Łomży, Małej Wsi, Mielca, Modlnicy, Poznania, Swarzędza, Szczecina, Warszawy, Wieliczki. Szczególne podziękowania składam darczyńcom, którzy zaangażowali się w zbiórkę celową prowadzoną pod hasłem „Dla Michała”.

*Mariusz Janikowski,
PREZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarze Lekarzom*



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Strzelanie w stopę

Nie usiłuj naginać biegu wydarzeń do swoich pragnień, lecz swoje pragnienia naginaj do biegu wydarzeń – a będziesz szczęśliwy.

Epiktet z Hierapolis

Nadmierne pragnienie osiągnięcia czegoś, skoncentrowanie się na sobie powoduje, że nie dostrzegamy niczego poza tym, a własna wartość tak naprawdę jest odzwierciedleniem nas w oczach innych ludzi. Wszyscy chcemy być doceniani, znani i postrzegani jako osoby odnoszące sukcesy w każdej dziedzinie życia, w której działamy. Współcześnie to taki modny wyścig szczurów. Już w szkole motywuje się dzieci do rywalizacji i osiągania najlepszych wyników w różnych dyscyplinach, nie zważając na to, czy to im odpowiada i czy to właśnie oni powinni być liderami w dyscyplinach ważnych dla nauczyciela czy rodzica. Uczy się dzieci, aby były postrzegane jako wybitne w oczach innych i przedstawia się im to jako potrzebę realizacji ich własnych celów, co w przypadku niepowodzeń powoduje poczucie winy i doprowadza do frustracji. Tylko czy musimy uczyć takiego uzależniania odbioru własnego wizerunku od opinii innych ludzi? Czy takie odczucia są przyjazne i czy prowadzą do rozwoju? Dlaczego podsycałyśmy złe emocje i ciągle chcemy być najlepsi we wszystkim z obawy przed niedocenianiem bycia zwykłymi ludźmi?

Rozczarowania pod wpływem czyjejś krytyki, gdy sprawy przybierają inny obrót, niż oczekujemy, wywołują negatywne reakcje. Zamiast okazywać złość, postarajmy się zrozumieć innych i ich racje. Można się cieszyć również tym, że zrozumiało się potrzeby drugiego człowieka i jednocześnie dojść do porozumienia z sobą samym. Takie pragnienia dodają energii i nie powodują tłumienia naszych własnych, dlatego starajmy się zrozumieć i ocenić ich wartość oraz zastanowić się, czy naprawdę tego chcemy. Najważniejsze jest, abyśmy rozumieli siebie samych i postępowali w zgodzie z innymi.

Warto zadać sobie pytanie, po co tak postępuję, czy tego chcę i czy to jest celem mojego życia, i najważniejsze, co mi z tego pozostanie na przyszłość?

Taka wymuszana w ciągłym biegu realizacja – ponoć własnego stylu życia – moim zdaniem pozostawia w pamięci tyle, ile szybko przeczytana książka, z której po krótkim czasie niewiele się pamięta.

Ten felieton to takie moje pozjazdowe przemyślenia i pytania, jakie stawiam przed nami wszystkimi, lekarzami i lekarzami dentystami. Powinniśmy być ludźmi wrażliwymi i obdarzo-

nymi dużą empatią nie tylko w stosunku do naszych pacjentów, ale i do siebie. Niektórzy uczestnicy zjazdu wybrali pokrętną metodę dyskusji, polegającą na stosowaniu sofizmów. Wykorzystywanie niewiedzy prawno-dowodowej i przerzucanie odpowiedzialności za głoszone poglądy na oponenta, poprzez używanie niejasnych sformułowań, pozwala zachować pozory prawdy. Zaciekle obstawanie przy swoim zdaniu to klasyczna ucieczka przed odpowiedzialnością za wygłaszane opinie. Stosowanie ukrytej zmiany stanowiska, wprowadzanie nowej interpretacji wcześniej wypowiedzianych słów, to dalszy ciąg stosowania sofizmów naruszających zasadę odpowiedzialności. Zbyt duża ilość wypowiedzianych słów na zasadzie, im więcej ktoś mówi, tym ma więcej racji, utrudnia merytorykę dyskusji, ale za to bardzo ułatwia manipulację głoszonych poglądów. Poza znudzeniem i zmęczeniem słuchaczy nie uzyskuje się poparcia dla swoich idei. Później są rozgoryczeni i mają pretensje do wszystkich, tylko nie do siebie.

Moje zdziwienie budziło zachowanie niektórych osób nazywających siebie „my” i występujących w imieniu pozostałych, mimo nieuzyskania zgody do wypowiedziania się w ich imieniu. Każdy może głosić swoje poglądy, ale należy zrozumieć, że nie wszyscy akurat się z nimi zgadzają. Brak reakcji ze strony słuchaczy powoduje, że głosiciel zapędza się w swoich racjach w kozi róg i w efekcie zmienia zdanie, winiąc za to innych. Nigdy nie potrafi się przyznać do porażki, jest urażony, czuje się ciemiężony i upokarzany przez „niewiedzę” słuchaczy. Narzuca swoje poglądy, a demokracja i swoboda myślenia myli się mu z dyktaturą. Żadne argumenty nie docierały do zacietrzewionych dyskutantów, gdyż koniecznie chcieli stworzyć wrażenie, że wszyscy lekarze dentyści źle się poczuli we wspólnym samorządzie.

Nie chciałabym być złym prorokiem, ale skoro sami nie potrafimy rozwiązać trapiących nas problemów i nie potrafimy współpracować ze sobą, to pogodzi nas rząd, bez potrzeby rozważania, który zawód medyczny jest ważniejszy. W państwie prawa służba zdrowia musi funkcjonować zgodnie dla dobra ogółu. A my po prostu strzelamy sobie nie tylko w jedną stopę, ale nawet w dwie, niszcząc to, o co przez wiele lat zabiegaliśmy.

Życzę wszystkim udanych wakacji. ■

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Jedna szkoda – wiele błędów – wysokie odszkodowanie

Pacjentka ze schyłkową niewydolnością nerek została poddana operacji przeszczepienia prawej nerki. W celu umożliwienia tego zabiegu zespół chirurgów pobrał nerki od zmarłego dawcy z grupą krwi A RH-. Dzień później w innym mieście chirurdzy pobrali nerki od zmarłego dawcy z grupą B RH-. Obie pary nerek przewieziono do szpitala, w którym przebywała pacjentka, gdzie 6 czerwca 2010 r. wykonano dwa zabiegi transplantacji nerek. W trakcie obydwu operacji doszło do popełnienia tego samego błędu, polegającego na wszczepieniu choremu nerki przeznaczonej dla pacjenta o innej grupie krwi. Do błędu doszło w momencie, gdy pielęgniarka asystująca przy zabiegach z nieustalonych przyczyn pobrała nerki z niewłaściwej lodówki i przekazała je operatorowi, jako narządy zgodne z grupą krwi operowanych pacjentów.

Pacjentka, która była jedną z osób poszkodowanych w wyniku wyżej opisanego błędu, doznała tego samego dnia reakcji ostrego odrzucenia wszczepionej nerki, co objawiało się silnym bólem i krwawieniem do drenów. Niezwłocznie podjęto decyzję o wyszczepieniu nieprawidłowo wybranej nerki i przeprowadzono operację (drugą w ciągu kilku godzin).

Mimo tak dramatycznych wydarzeń nie poinformowano pacjentki ani jej rodziny o przyczynach niepowodzenia zabiegu. Powiedziano jedynie, że nastąpił ostry odrzut w wyniku obumarcia komórek nerkowych. Sama zainteresowana kilka tygodni potem oglądała w telewizji program o nieprawidłowo przeprowadzonym w tym szpitalu przeszczepie nerki, nie wiedziała jednak, że w istocie opisywana sytuacja dotyczy jej samej. Dopiero podczas przesłuchania w prokuraturze dowiedziała się o prawdziwej przyczynie niepowodzenia przeszczepu.

W postępowaniu dyscyplinarnym lekarz operator został uznany za winnego popełnienia błędu w sztuce. Jako specjalista nie dołożył bowiem należytej staranności w trakcie identyfikacji nerek przeznaczonych do przeszczepu i pacjentów-biorców. Wymierzono mu karę nagany.

Również pielęgniarka otrzymała nagana, kiedy na podstawie prawomocnego orzeczenia Okręgowego Sądu Pielęgniarek została uznana winną niezachowa-

nia należytej staranności podczas weryfikowania danych dawcy i biorcy.

W powództwie cywilnym poszkodowana pacjentka domagała się 300 tys. zł zadośćuczynienia. W pierwszej instancji sąd zasądził na jej rzecz kwotę 120 tys. zł solidarnie od operatora i szpitala. Wcześniej, w drodze uznania pacjentka otrzymała od ubezpieczyciela szpitala kwotę 30 tys. zł.

W przebiegu procesu INTER, jako ubezpieczyciel lekarza operującego, podkreślał okoliczności zwalniające lekarza od odpowiedzialności. Jednak sąd pozostał przy swoim stanowisku, wskazując na istotne błędy organizacyjne po stronie szpitala, niekompletność procedur oraz oczywisty błąd i zaniedbanie po stronie lekarza i pielęgniarki. Sąd podkreślił, że brak poinformowania pacjentki o przyczynach niepowodzenia przeszczepu stanowił naruszenie prawa pacjenta i jednocześnie naruszenie jej dobra osobistego w postaci autonomii informacyjnej. Zdaniem sądu naruszono również godność osobistą pacjentki, która o swej sytuacji dowiedziała się od osób trzecich w toku postępowania karnego.

W opisywanym przez nas przypadku okoliczności popełnienia błędu miały istotne znaczenie dla ustalenia wartości zasądzonych kwot. Jest to bardzo częsta sytuacja w sprawach o błędy medyczne, które przez wiele lat równolegle toczą się w sądach karnych i cywilnych. Wysokie koszty obrony sądowej pokazują, że warto jest posiadać ubezpieczenie ochrony prawnej. Niezwykle ważna jest również ochrona ubezpieczeniowa w zakresie naruszenia praw pacjenta, które coraz częściej jest dziś źródłem roszczeń. Taką ochronę INTER oferuje w postaci klauzuli rozszerzającej zakres dobrowolnego ubezpieczenia OC.



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



**Anna
Śpiałek**

Członek
Komisji NRL
ds. Współpracy
Międzynarodowej

Woda stomatologiczna

Praktyka stomatologiczna, ze względu na swój specyficzny charakter, stawia przed lekarzem dentystą konieczność sprostania wielu regulacjom prawnym i zaleceniom. Jednym z istotnych czynników wyróżniającym ją spośród innych rodzajów praktyk lekarskich jest woda.

Jej jakość i zużycie należy rozpatrywać w dwóch aspektach. Z jednej strony należy dołożyć wszelkich starań, stosując dostępne środki mechaniczne oraz dezynfekcyjne, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości wody w unitach podczas zabiegów. Z drugiej strony trzeba również wziąć pod uwagę, w jaki sposób stosowanie tych środków oraz nasza działalność medyczna, mają wpływ na gospodarowanie wodą i ochronę środowiska.

Ze względu na zmieniające się przepisy i normy, istnieje potrzeba stałego monitorowania tych zagadnień. Temat wody jest obecnie przedmiotem dyskusji i konsultacji grupy roboczej zajmującej się kwestiami kontroli zakażeń i gospodarką odpadami Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED), w związku z przeglądem i wdrażaniem nowych unijnych przepisów, na wniosek Komisji Europejskiej, dotyczących ochrony środowiska, gdyż woda po przejściu przez unit stomatologiczny jest traktowana jako odpad potencjalnie niebezpieczny dla środowiska.

Woda w unicie – bezpieczeństwo pacjenta

Woda dostarczana do unitów dentystycznych musi być odpowiednia. Polskie regulacje dotyczące jakości wody pitnej, a więc tej używanej w gabinetach stomatologicznych, są restrykcyjne i odzwierciedlają standardy Unii Europejskiej. Przed wydaniem decyzji zezwalającej na prowadzenie praktyki stomatologicznej, jakość wody jest badana przez sanepid. Również w trakcie prowadzenia praktyki powinna być okresowo badana pod względem fizykochemicznym i bakteriologicznym. Badanie takie jest niezbędne w razie przebudowy instalacji wodociągowej.

Badania systemów wodnych unitów stomatologicznych wykazują stałą obecność bakterii. Potwierdzają one również, że potencjał chorobotwórczy bakterii w nich wychodzących nie stanowi zagrożenia dla osób zdrowych, może być jednak niebezpieczny dla pacjentów z obniżonym układem immunologicznym. Szczególnie niebezpieczne mogą być bakterie z rodzaju *Lionela* powszechnie występujące w naturalnych i sztucznych zbiornikach wodnych.

Problemów z jakością wody można uniknąć poprzez właściwe przygotowanie unitu do pracy oraz dezynfekcję systemu wodnego, która ma na celu ograniczenie ilości bakterii i biofilmu. Można osiągnąć to w różny sposób, przy czym wybór metody i stosowane środki do dezynfekcji nie mogą stanowić zagrożenia zarówno dla pacjentów, zespołu stomatologicznego, jak i dla środowiska. Do dezynfekcji zaleca się środki wykorzystujące tlen atomowy i rodniki OH, które posiadają właściwości silnie utleniające, wykazujące działanie bakteriobójcze, a przy tym bezpieczne. Można też wykorzystać filtrację mechaniczną i bakteriologiczną z wykorzystaniem jonów srebra i miedzi. Filtr bakteriologiczny powinien być stosowany w unicie na przebiegu wody do końcówek stomatologicznych przy zabiegach, gdzie wymagana jest woda sterylana.

Woda z unitu – ochrona środowiska

W tej części postępowania z wodą w gabinecie stomatologicznym wchodzimy na grunt prawidłowej gospodarki odpadami i ochroną środowiska. Zagadnienia te reguluje szereg aktów prawnych wydanych przez Ministra Środowiska i Ministra Infrastruktury. Określają one, jakie warunki należy spełnić przy wprowadzaniu ścieków do urządzeń kanalizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem substancji szkodliwych dla zdrowia człowieka i środowiska.

Mając to na uwadze, należy wdrożyć odpowiednie procedury postępowania dotyczące wody trafiającej do kanalizacji. Dotyczy to zarówno skażenia mikrobiologicznego, jak i zanieczyszczenia substancjami chemicznymi. Dekontaminacja wody wychodzącej ze spłuwaczki i systemów ssących powinna być przeprowadzona przy użyciu odpowiednich środków dezynfekcyjnych. Taką procedurę może ułatwić zainstalowany system higieny, zapewniający zarówno dezynfekcję wody do końcówek i kubka, jak i dekontaminację wody ze spłuwaczki i układu ssącego.

Innym problemem jest sprawa amalgamatu, który trafia do wody w trakcie usuwania wypełnień

amalgamatowych. W Polsce nie ma prawnego obowiązku posiadania separatora amalgamatu. Wiadomo, że taki obowiązek istnieje już w wielu państwach i można podobnych regulacji spodziewać się także u nas. Niemniej, istnieją w naszym kraju przepisy nakazujące traktować resztki amalgamatu powstające w trakcie zakładania wypełnień, jako odpady niebezpieczne i usuwać z gabinetu w taki sposób, aby nie dostały się do kanalizacji.

A jakie są przepisy dotyczące wody wychodzącej z praktyk stomatologicznych w innych krajach Unii Europejskiej? Odpowiedź na to pytanie można znaleźć w ankiecie opracowanej przez Grupę Roboczą ds. Kontroli Zakażeń i Gospodarki Odpadami CED. Generalnie, regulacje prawne dotyczące wody wychodzącej z praktyk i klinik dentystycznych we wszystkich państwach UE, niezależnie od obowiązku posiadania separatora amalgamatu, traktują zanieczyszczenie wody środkami chemicznymi i niebezpiecznymi, jako naruszenie prawa wodnego.

Istnieje też nieliczna grupa państw, gdzie przepisy odnośnie wody z unitu idą znacznie dalej i oprócz obowiązkowego wyposażenia w separator amalgamatu, dodatkowo regulują jakość wody dostającej się do kanalizacji. Takie regulacje istnieją w Czechach i w Austrii, gdzie woda po przejściu przez separator może być odprowadzana do kanalizacji za zgodą regionalnego biura zajmującego się gospodarką wodną, posiadającego również uprawnienia do kontroli.

Bardziej restrykcyjne przepisy obowiązują w Szwecji, gdzie oprócz separatora amalgamatu istnieje obowiązek czyszczenia systemu wodnego unitu, o czym należy zawiadomić odpowiedni organ administracji zajmujący się ochroną środowiska minimum 6 tygodni przed rozpoczęciem czyszczenia.

We wszystkich państwach, w gabinetach posiadających aparaturę rentgenowską z tradycyjną formą wykonywania zdjęć, istnieje zakaz usuwania do kanalizacji odczynników stosowanych do ich wywołania i utrwalania.

W stomatologicznych organizacjach międzynarodowych, do których należy Naczelna Izba Lekarska, aktywnie działają grupy robocze zajmujące się kwestiami kontroli zakażeń i gospodarką odpadami. Przy opracowywaniu rekomendacji i stanowisk istotnych dla wykonywania zawodu lekarza dentysty, szuka się takich rozwiązań i kompromisów, które by uwzględniały regulacje prawne krajów członkowskich oraz dyrektywy unijne. Priorytetem zawsze jest bezpieczeństwo pacjenta, ale nie mniej ważnym elementem branym pod uwagę jest to, aby nie powodowały nadmiernego i niepotrzebnego obciążenia dla nas, lekarzy dentystów.

Prowadząc praktykę stomatologiczną, należy kierować się zasadami zapewniającymi nie tylko wysokie standardy opieki stomatologicznej i bezpieczeństwa pacjenta, ale również mieć na uwadze ochronę środowiska. ■

FDI Poznań 2016

– teraz albo nigdy?



Prof. Honorata Shaw



Prof. Marek Ziętek

– Jedenaście lat temu intensywnie myśleliśmy o organizacji Kongresu FDI w Polsce, ale z różnych względów to się nie udało. Dziś oferowaną nam szansę musimy wykorzystać w sposób maksymalny – mówi prof. Marek Ziętek, członek Komitetu Naukowego, były szef Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

– Druga taka okazja nie powtórzy się szybko, być może nigdy – dodaje prof. Honorata Shaw, główny koordynator Kongresu, wiceprezydent PTS. Kongres FDI rozpoczyna się 7 września.

Nikt nigdy nie odmówił Polsce organizacji Kongresu FDI, ponieważ nie było formalnego wniosku w tej sprawie – podkreśla prof. Marek Ziętek. W 2005 r. ówczesny prezydent PTS, wraz z Eugeniuszem Spiechowiczem prowadzili rozmowy z dr Michele Arden, prezydentem-elektem FDI, ale szybko okazało się, że zobowiązania finansowe, które miał wziąć na siebie organizator, przerosły możliwości PTS.

– Od tamtego czasu polska stomatologia, zarówno ta w wymiarze naukowym, jak i technologicznym, „dojrzała”. Kiedyś goniliśmy światową czołówkę, dziś na wielu płaszczyznach do niej należymy. Chcąc dotrzymać kroku najlepszym, musimy jednak regularnie z nimi obcować, dlatego Kongres FDI w Poznaniu to tak szczególne wydarzenie dla polskiej stomatologii – uważa prof. Ziętek.

Prof. Honorata Shaw, uczestniczka wielu Kongresów FDI, na każdym kroku z dumą mówi o sukcesie, jakim jest przyznanie Poznaniu statusu gospodarza wydarzenia. – Wystarczy

spojrzeć na listę krajów czy miast, w jakich dotychczas odbywały się Kongresy, żeby zrozumieć, że Polska i Poznań zostały obdarzone szczególnym zaufaniem. Daleka jestem od mówienia, że to zaufanie na kredyt, ale chętnych do organizacji Kongresu nie brakuje i pewnie długo wydarzenie nie wróci do Polski – przekonuje.

Organizacja Kongresów FDI to nie wyścigi, ale mamy wszelkie warunki, aby FDI Poznań 2016 długo pozostał w pamięci uczestników z całego świata. – Polscy lekarze dentyści, technicy, asystentki czy higienistki powinni spojrzeć na uczestnictwo w Kongresie przez pryzmat doskonalenia swojego warsztatu. Oczekiwania pacjentów są coraz wyższe, konkurencja nie śpi, znajomość aktualnych standardów i technologii stają się koniecznością do sprawnego prowadzenia praktyki. Program, który przygotowaliśmy, pozwala nadążać nad światowymi wytycznymi – zapewnia prof. Marek Ziętek.

– Sześć równoległych sesji tematycznych, prezentacje ustne i plakatowe, spotkania z ekspertami, sympozja firm oraz warsztaty i kursy praktyczne, czyli tzw. hands-on, plejada najlepszych specjalistów z kraju i z zagranicy – to nie obietnice, tylko realny program, który jest efektem ciężkiej pracy wielu osób. Oprócz tego Światowa Wystawa Stomatologiczna i fantastycznie zapowiadający się cykl wydarzeń kulturalnych – to wszystko przygotowano przede wszystkim z myślą o polskich uczestnikach branży, nie gdzieś daleko na świecie, ale w Poznaniu – kilka godzin drogi z Warszawy, Krakowa, Gdańska czy Łodzi. Szkoda przegapić taką szansę – zachęca prof. Honorata Shaw.

Organizatorzy zwracają uwagę, że wśród prelegentów Kongresu znaleźli się specjaliści z Polski, a podczas sesji ustnych i plakatowych zostaną zaprezentowane 162 prace polskich lekarzy dentyków. – Wśród zarejestrowanych już uczestników mamy delegatów z 80 krajów. Czy możemy wyobrazić sobie lepszą okazję na promocję osiągnięć polskiej stomatologii? – pytają retorycznie. ■



Najczęstsze przypadki bólu przewlekłego w praktyce poradni leczenia bólu

Jak wynika z badań epidemiologicznych, w Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji. Odsetek ten sięga 55% u pacjentów powyżej 65 r.ż. Ból przewlekły jest źródłem cierpienia chorych, wywiera niekorzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie, obniża jakość życia, pogarsza aktywność zawodową oraz życie rodzinne pacjentów i ich najbliższych. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób ze współistniejącymi schorzeniami ogólnymi, takimi jak choroby układu krążenia i oddechowego. Właściwa ocena bólu, wprowadzenie właściwego leczenia przeciwbólowego może mieć znaczenie w kontekście stosowania leków dostępnych bez recepty i ewentualnych powikłań związanych z ich nadużywaniem, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego i układu sercowo-naczyniowego.

Najczęściej do poradni leczenia bólu zgłaszają się pacjenci z bólem mięśniowo-szkieletowym (choroba zwyrodnieniowa stawów, inne schorzenia reumatyczne, bóle krzyża, ból kręgosłupa). Ten rodzaj bólu stanowi powód zgłoszenia się do poradni ponad 70% pacjentów po 75 roku życia. Często dolegliwości bólowe mają znaczne nasilenie (powyżej 6 w skali numerycznej – NRS). Większość zgłaszających się pacjentów deklaruje stosowanie systemowo niesteroidowych leków przeciwzapalnych (zarówno dostępnych bez recepty, jak i przepisywanych przez lekarzy), pomimo przeciwwskazań do ich zastosowania – wcześniejsze powikłania i objawy ze strony przewodu pokarmowego, współistniejące schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

W leczeniu bólu przewlekłego konieczne jest dostosowanie siły analgetyku do poziomu nasilenia bólu – nie ma sensu leczenie silnego bólu słabymi lekami nieopiodowymi, ponieważ są nieskuteczne.

O ile stosowanie leków opiodowych, zwłaszcza silnych, w przypadku bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej nie budzi zastrzeżeń, to ich stosowanie w leczeniu bólu pochodzenia nienowotworowego pozostaje nadal przedmiotem kontrowersji. Zdaniem wielu autorów istnieje grupa pacjentów z przewlekłym bólem pochodzenia nienowotworowego o znacznym nasileniu, u których, jeżeli zawiodły wszystkie możliwości leczenia przyczynowego i objawowego, zastosowanie silnych analgetyków opiodowych może spowodować nie tylko zmniejszenie nasilenia bólu, ale również poprawę jakości życia i codziennego funkcjonowania, przy akceptowalnych działaniach niepożądanych. Dotyczy to zarówno bólu receptorowego, najczęściej pochodzenia mięśniowo-szkieletowego, jak i niektórych zespołów bólu neuropatycznego. Badania randomizowane, w których wykazano korzyści zastosowania silnych opiodów, dotyczyły

pacjentów z bólem mięśniowo-szkieletowym (choroba zwyrodnieniowa stawów, bólami krzyża), bólem neuropatycznym (neuralgia po półpaścu, bolesna neuropatia).

Istnieją pewne zasady, które powinny być przestrzegane przed rozpoczęciem leczenia silnymi opiodami. Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia opiodami wymaga rozważli, odpowiedzialności i dobrej współpracy lekarza z chorym, a także jego rodziną. Podejmując decyzję o leczeniu z zastosowaniem opiodów, zarówno w bólu towarzyszącym chorobie nowotworowej, jak również w bólu nienowotworowym, konieczne jest rozważenie korzyści i ryzyka z nim związanych. O korzyściach i niedogodnościach pacjent musi zostać poinformowany i powinien je zaakceptować przed rozpoczęciem terapii. Leczenie opiodami może być związane z występowaniem szeregu działań niepożądanych (m. in. zaparcia stolca, nudności, wymiotów, senności, dezorientacji, zaburzeń hormonalnych, hiperalgezji, depresji oddechowej), może także prowadzić do rozwoju tolerancji oraz uzależnienia fizycznego, rzadziej psychicznego. Decyzję o wprowadzeniu silnego opiodu do leczenia bólu podejmujemy zawsze indywidualnie, po uzgodnieniu z pacjentem, podobnie jak indywidualnie dobieramy opiod, jego dawkę i drogę podania. Analgetyki opiodowe nigdy nie są stosowane jako leki pierwszego wyboru, natomiast na ich zastosowanie decydujemy się wówczas, jeśli dotychczasowe leczenie nie było skuteczne, a dolegliwości bólowe mają znaczne nasilenie. Wybór leku opiodowego i jego dawki powinien być indywidualny, w zależności od skuteczności i akceptacji proponowanego leczenia. Stosowanie analgetyku opiodowego należy rozpocząć od niskich dawek, które w razie potrzeby powinny być stopniowo zwiększane do uzyskania optymalnego efektu przeciwbólowego przy akceptowalnych dla pacjenta działaniach niepożądanych. W praktyce dawkowanie opiodów jest oparte na prostych zasadach: większe natężenie bólu, wyższe dawki opiodów. W leczeniu bólu przewlekłego wybieramy leki o kontrolowanym uwalnianiu (morfina, oksykodon, oksykodon z naloksonem, przezskórna buprenorfina, przezskórny fentanyl, metadon). Wyboru dokonujemy w oparciu o wiedzę na temat schorzenia, które jest powodem dolegliwości, chorób współistniejących, przeciwwskazań, drogi podania, oczekiwań pacjenta, wcześniejszych doświadczeń pacjenta z zastosowaniem analgetyków opiodowych, preferencji pacjenta. Po rozpoczęciu terapii konieczne jest monitorowanie pacjenta pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa terapii, działań niepożądanych i wystąpienia nieprawidłowych wzorców zachowań, a także wpływu na jakość życia. W razie braku osiągnięcia założonych celów, należy zaprzestać leczenia silnymi opiodami.

Anna Przeklasa-
-Muszyńska

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.



**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Cześć, dobre imię, nietykalność cielesna lekarza jako jego dobra osobiste

W czasie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz może doświadczyć agresji ze strony pacjenta. Zarówno użycie wobec lekarza lub innej osoby z personelu medycznego (ratownika medycznego, pielęgniarki, położnej, rehabilitanta) słów powszechnie uznawanych za obraźliwe, pomówień, przekleństw, jak i rękoczynów (szarpanie, popychanie), podlega odpowiedzialności prawnej.

Poza odpowiedzialnością karną pacjent, który narusza dobra osobiste lekarza, ponosi także odpowiedzialność cywilną. W celu ochrony dobrego imienia, czci, nietykalności cielesnej oraz innych dóbr osobistych ustawodawca przewidział zróżnicowane środki ochrony niemajątkowej oraz majątkowej. Sąd może przyznać lekarzowi stosowną kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny. Aby osoba, która dokonała naruszenia dóbr osobistych lekarza, ponosiła odpowiedzialność z tego tytułu, muszą wystąpić kumulatywnie trzy przesłanki:

- 1) musi istnieć dobro osobiste, na które lekarz się powołuje,
- 2) wystąpiło naruszenie tego dobra lub chociażby zagrożenie naruszeniem,
- 3) działanie pacjenta lub członka jego rodziny naruszającego dobra osobiste było bezprawne.

Dwie pierwsze przesłanki musi udowodnić lekarz, który żąda stosownej ochrony; bezprawność zachowania sprawcy się domniemywa. W konsekwencji pacjent powinien wykazać, że jego zachowanie nie było bezprawne. Może to uczynić z powołaniem się na jedną z kilku okoliczności: zgodę medyka (co może mieć znaczenie w przypadku publikacji dziennikarskich) lub jego działanie na własne ryzyko, a także działanie w obronie uzasadnionego interesu społecznego lub prywatnego, które polega przede wszystkim na dozwolonej krytyce. Krytyka ta powinna być rzetelna i musi się odnosić

„ad rem”, nie „ad personam”. Należy ponadto wspomnieć o obronie koniecznej, która zwolniłaby pacjenta z odpowiedzialności, gdyby atak czy agresja zostały zainicjowane przez samego lekarza, a zachowanie pacjenta służyło odparciu bezpośredniego i bezprawnego zamachu.

Katalog dóbr osobistych zasługujących na ochronę przewiduje art. 23 kodeksu cywilnego (k.c.). Powołany przepis wymienia m.in. zdrowie, wolność, cześć, swobodę sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnicę korespondencji oraz nietykalność mieszkania. Katalog ten ma charakter otwarty, orzecznictwo sądów polskich dowodzi istnienia także innych dóbr osobistych człowieka, w tym prawa do życia prywatnego, życia osobistego intymnego, integralności fizycznej i psychicznej oraz tzw. spokoju¹.

Naruszenie dóbr osobistych każdej osoby udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej może być dokonane w rozmaity sposób. Najczęściej dochodzi do niego ustnie poprzez nieprzychylnie czy wręcz wulgarne wypowiedzi, ale też może nastąpić przez komunikat niewerbalny – gestem przekazującym negatywną dla adresata treść lub powszechnie uznanym za obraźliwy (np. wystawiony do góry palec środkowy). Nie ulega wątpliwości, że bezprawne działanie pacjenta lub członka jego rodziny może być też wynikiem wypowiedzi lub informacji przekazanej na piśmie, w publikacji, w liście, reportażu telewizyjnym lub na innym nośniku informacji. W tym ostatnim przypadku naruszenie dobrego imienia jest najczęściej konsekwencją nieprawdziwych informacji

podawanych na blogu lub w innym komentarzu internetowym. Bezprawna może być przy tym nie tylko konkretna wypowiedź, ale też kolejne jej rozpowszechnianie lub negatywne modyfikowanie pierwotnego stwierdzenia².

Cześć lekarza, jego dobre imię

W praktyce najczęściej mamy do czynienia z naruszeniem czci lekarza lub jego dobrego imienia (tzw. cześć zewnętrzna) poprzez użycie wobec niego obraźliwych słów. Może do niego dojść także poprzez formułowanie innych negatywnych twierdzeń wyrażonych wprost: „określony lekarz jest niedbały, nie ma odpowiednich kwalifikacji zawodowych”, jak i w formie hipotetycznej lub pytającej. Tytułem przykładu: „na tego lekarza narzekają pacjenci chyba dlatego, że jest niedbały i nie ma odpowiednich kwalifikacji” lub „czy to nie jest tak, że ten lekarz nie ma stosownych kwalifikacji, często popełnia błędy medyczne i dlatego pacjenci nie zapisują się na wizyty do niego?”. Działanie zmierzające do naruszenia dobrego imienia lekarza może nastąpić także przez zaprzeczenie (np. „nie, ten lekarz nie jest dobrym specjalistą w swojej dziedzinie”), a nawet na podstawie okoliczności konkretnej sprawy, takich jak: szyderczy uśmiech, ton głosu lub jego zwieszenie, mimika. W każdym jednak przypadku, dokonując oceny, czy doszło do naruszenia dobra osobistego, należy mieć na uwadze nie tylko subiektywne odczucie osoby żądającej ochrony prawnej, lecz także obiektywną reakcję innych osób rozsądnie myślących³. Nie można też się ograniczać do samej analizy użytego zwrotu, ale trzeba go interpretować na tle całej wypowiedzi lub innych okoliczności. Niekiedy nie jest możliwe wyraźne wskazanie, jakie słowa, gesty, a nawet sformułowania są obraźliwe czy szydercze. Dlatego za naruszenie czci lekarza można uznać także przypisanie mu cech, które nie są, obiektywnie rzecz biorąc, zniesławiające, ale użyte w określonym kontekście mogą przybrać taki charakter. Z sytuacją tego rodzaju będziemy mieć do czynienia wtedy, gdy wobec osoby udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej zostaną użyte epitetu typu: „alkoholik” czy „nienormalny”.

Niewielu pacjentów lub członków ich rodzin ma świadomość, że cześć lekarza może także zostać naruszona przez wypowiedź niedoświadczającą bezpośrednio konkretnego podmiotu, ale pewnej grupy, do której należy. Przykładem takiego naruszenia może być stwierdzenie typu: „wszyscy lekarze biorą łapówki” albo „wiadomo, lekarze nic nie zrobią bez odpowiedniej gratyfikacji”. Jeżeli jednak zarzut dotyczy określonej instytucji lub jednostki organizacyjnej (szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, spółki lekarzy prowadzących grupową praktykę), to środki cywilnoprawnej ochrony nie tyle przysługują poszczególnym osobom, ile samej instytucji.

Naruszenie czci lekarza może także polegać na pomówieniu go o ujemne postępowanie w życiu osobistym oraz rodzinnym lub na zarzuceniu mu niewłaściwego postępowania na gruncie zawodowym, naruszającym dobre imię danej osoby i mogącem narazić ją na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania określonego zawodu lub innej działalności.⁴ W przypadku lekarzy jest to o tyle istotne, o ile wykonywany przez nich zawód traktowany jest jako zawód zaufania publicznego. Wyrażanie negatywnych ocen może wizerunek „dobrego solidnego lekarza” skutecznie zniweczyć.

Nietykalność cielesna

Kolejnym dobrem osobistym lekarza, które może być naruszone przez pacjenta, jest jego nietykalność cielesna. Zazwyczaj jest ona ujmowana jako naruszenie sfery cielesności człowieka. Może ono przybierać różnorodną postać: znanego prawu karnemu uderzenia czy też zadania ciosu (art. 217 k.k.), może też polegać na szarpaniu, popychaniu, rzucaniu w inną osobę różnymi przedmiotami lub na wylewaniu na nią określonych substancji. Jak słusznie się zauważa w nauce prawa cywilnego, naruszenie nietykalności cielesnej nie musi się wiązać z uszkodzeniem ciała, a nawet z wywołaniem bólu. W każdym z wymienionych przypadków osoba wykonująca określone procedury medyczne podlega również ochronie na gruncie prawa cywilnego. ■

W kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej” mec. Małgorzata Serwach zajmie się tematem środków ochrony dóbr osobistych lekarza.

¹ Dobro osobiste w postaci spokoju może być naruszone przez wytwarzanie nadmiernych hałasów lub inne oddziaływanie na psychikę człowieka.

² Wyrok Sądu Najwyższego z 29 czerwca 1983 r., II CR 160/83, Nowe Prawo, 1984, nr 5, s. 134.

³ Wyrok Sądu Najwyższego z 16 stycznia 1976 r., OSN, 1976, poz. 251.

⁴ Tak brzmi teza wyroku Sądu Najwyższego z 29 października 1973 r., Państwo Prawo 1973, nr 6, s. 167. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 października 1971 r., OSN 1972, poz. 77.

Elżbiecie Tarczyńskiej

wyrazy szczerego współczucia i otuchy z powodu

śmierci Taty

składają koleżanki i koledzy z „Gazety Lekarskiej”
oraz członkowie Kolegium Redakcyjnego.

*Elu, łączymy się z Tobą w bólu, wierząc, że tam,
dokąd odszedł Twój Tata,
jest koniec cierpienia.*

Uiszczanie składek

„Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego, winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich” (Art. 59 KEL).

W 2013 r. wiceprezes ORL w K. złożył zawiadomienie do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) o łamaniu zapisów art. 49 ustawy o izbach lekarskich. Skarga dotyczyła lekarza obwinionego o uchylanie się od uiszczania obowiązkowych składek na rzecz samorządu lekarskiego za okres maj 2006 – październik 2013, a także obwinionej lekarki za okres październik 2008 – październik 2013 r. OROZ wszczął postępowanie w związku z naruszeniem zapisów w/w ustawy oraz art. 59 KEL zd. 1. Na początku 2014 r. OROZ skierował wniosek o ukaranie obwinionych lekarzy do Okręgowego Sądu Lekarskiego (OSL).

Po rozpoznaniu sprawy OSL uznał lekarzy winnymi popełnienia zarzucanego im wykroczenia zawodowego i orzekł karę pieniężną w wysokości 2500 zł brutto dla każdego z nich, na rzecz wskazanej fundacji, a także obciążył obwinionych w równej części kosztami postępowania.

Od tego orzeczenia obwinieni lekarze odwołali się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), zgłaszając

powody formalnoprawne: „niedopuszczalne jest wszczęcie postępowania, w którym strona „pokrzywdzona”, czyli samorząd lekarski (nie pacjent), reprezentowana jest przez swoje organy i jest sędzią we własnej sprawie”. Ponadto obwinieni zakwestionowali orzeczenie OSL, że niedopełnienie powinności wspierania działalności samorządu jest tożsame z przewinieniem zawodowym polegającym na naruszeniu przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. NSL utrzymał w mocy orzeczenie OSL, uznając ustalenia sądu pierwszej instancji za prawidłowe.

Kasację do Izby Karnej Sądu Najwyższego (SN) wniósł pełnomocnik obwinionego lekarza, zaskarżając orzeczenie NSL w całości. W lutym 2016 r. SN oddalił kasację, podnosząc m.in., że zachowanie, które polega na naruszeniu przez lekarza przepisów KEL, może być kwalifikowane jako „przewinienie zawodowe” w rozumieniu art. 53 ustawy o izbach lekarskich i dotyczy ono również odpowiedzialności z tytułu niezapłacenia składek na rzecz samorządu lekarskiego.

Komentarz

Komentując przebieg opisanej powyżej sprawy, nie sposób nie przypomnieć, że zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Zgodnie z art. 17 Konstytucji RP, stworzono samorząd, który ma sprawować pieczę nad należytych wykonywaniem zawodu lekarza w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Właśnie to przesądza o obowiązku wpisania na listę członków izby lekarskiej każdego lekarza, który zamierza wykonywać i wykonuje zawód. I to ten fakt rodzi kolejne obowiązki po obu stronach. Zgodnie z art. 8 pkt. 3 ustawy o izbach lekarskich członkowie izby lekarskiej są obowiązani stosować się do uchwał organów izb lekarskich.

Składka członkowska jest głównym źródłem majątku izb lekarskich (art. 114 ust. 2 pkt. 1 ustawy o izbach lekarskich), m.in. umożliwiającym samorządowi realizowanie zadań, do których samorząd został powołany.

Od osób pełniących lekarską misję od zawsze oczekiwaliśmy, że będą damami i dżentelmenami. Wymogu opłacania składek nie wpisywaliśmy do ustaw, a przede wszystkim do naszego Kodeksu Etyki Lekarskiej wprost. Wydawało się, że obowiązek opłacania składki członkowskiej jest oczywisty, a przecież aksjomatów się nie dowodzi. Opisana powyżej sprawa obwinionych lekarzy to pierwsza taka sprawa znana NROZ, trafiająca pod osąd odpowiedzialności zawodowej i do Sądu Najwyższego.

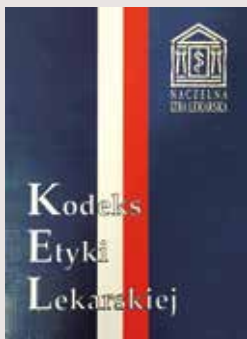
Inne samorządy kwestię i wymogi związane z uiszczaniem składek rozstrzygają wprost i być może lekarze też powinni to zrobić. § 65 Kodeksu Etyki Adwokackiej

wskazuje, iż: „Zawinione niezapłacenie składki korporacyjnej stanowi poważne naruszenie zasad etyki zawodowej”. Zgodnie zaś z art. 29 pkt. 4a ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych w wypadku nieuiszczania składek członkowskich za okres dłuższy niż 1 rok następuje automatyczne wykreślenie z listy radców prawnych.

Nie było dla mnie zatem niespodzianką, że Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną obwinionego. I bardzo ucieszyło, że zdecydował się, że względu na wagę zagadnienia, na przedstawienie pisemnego, wyczerpującego uzasadnienia do swojej decyzji, które dostępne jest dla zainteresowanych na stronie internetowej Sądu Najwyższego.

Postanowienie SN daje kolejne wsparcie dla przepisu ustawy o izbach lekarskich uprawniających do ściągania składek w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Równocześnie mam nadzieję, że w związku z postanowieniem SN w sprawie SDI 71/15 u ROZ nie będą się pojawiały informacje o popełnieniu przewinienia zawodowego podobnego rodzaju. Pamiętajmy, że postępowania takie obciążają kosztami – w razie uznania przez sąd lekarski winy – lekarza, którego postępowanie dotyczy. Nie zapominajmy też o ponoszonych kosztach obrony i o konieczności uiszczenia ewentualnie nałożonej kary finansowej.

Pozostawmy do późniejszej dyskusji jeszcze jeden aspekt przekraczający objętość tego artykułu, i chyba wykraczający poza obszar odpowiedzialności zawodowej – składki a okres, w którym lekarz nie zamierza wykonywać zawodu. ■



**Grzegorz
Wrona**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Skoordynowane działania

Z **prof. Piotrem Hoffmanem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Mamy coraz więcej zawałów serca, które wraz z innymi chorobami układu krążenia dominują, jeśli chodzi o przyczyny zgonów. Jakie wyzwania stoją przed kardiologią?

W 2030 r. będziemy najstarszym społeczeństwem w Europie. Według GUS co trzeci Polak w 2050 r. będzie miał powyżej 65 lat, a 10 proc. społeczeństwa – powyżej 80 lat. To skutek fenomenu „podwójnego starzenia się” – wydłużeniu przeżycia i spadku liczby rodzących się dzieci. Jednocześnie przybywa chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, dyslipidemię, co prowadzi do wzrostu liczby incydentów sercowo-naczyniowych i rzeszy chorych z niewydolnością serca, migotaniem przedsionków i w konsekwencji udarem mózgu, degeneracyjnym zwężeniem zastawki aortalnej oraz niedomykalnością zastawki mitralnej wtórnej do uszkodzenia skurczowej czynności lewej komory. Wynikną z tego konkretne problemy związane z diagnostyką i terapią, niezwykle bardzo kosztowną, choć dostępną. U osób starszych współistnieje kilka schorzeń, co wpływa na maskowanie objawów chorób sercowo-naczyniowych, a to może implikować wybór droższych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Polska kardiologia poczyniła ogromne postępy w leczeniu zawałów serca. Jak pan ocenia dostępność do leczenia inwazyjnego i jego skuteczność?

Zawał serca czy ogólnie ostry zespół wieńcowy jest leczony w Polsce nowocześnie, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Organizacja opieki nad tą grupą chorych jest wzorowa i może być przedmiotem zazdrości wielu bogatszych krajów. To pochodna dobrze zorganizowanej sieci pracowni hemodynamicznych dostępnych przez 24 godziny, doświadczonego personelu oraz odpowiednich środków. W efekcie ogólna śmiertelność w ostrym okresie spadła do około 10 proc., a nawet do 6,5 proc. chorych leczonych inwazyjnie. Postęp kardiologii inwazyjnej trwa, są coraz nowsze leki przeciwplatekcyjne, stenty bioresorbowalne, co pozwala jeszcze bardziej poprawić rokowanie. Niestety, nie są one refundowane, a to ogranicza ich dostępność. Problemem jest brak kontynuacji opieki szpitalnej, co sprawia, że po roku od zawału śmiertelność podwaja się, a po dwóch latach sięga 28 proc. Leczenie inwazyjne to jedynie początek długotrwałej i złożonej terapii, w skład której wchodzi farmakoterapia, rehabilitacja, przyswojenie nawyków prozdrowotnych. Poza tym kardiologia inwazyjna to także przezcewnikowa terapia wad zastawkowych, stentgrafty, ablacje i wiele innych zabiegów.

Czyli potrzeba skoordynowanej opieki po zawale serca.

Pacjent jest leczony nie tylko w ostrej fazie choroby. Kontynuuje leczenie poprzez rehabilitację w formie pełnej oceny kardiologicznej zapewniającej stosowną diagnostykę i dalszą zindywidualizowaną terapię. Tymczasem rozliczne są wyłącznie działania w oparciu o interwencję, a nie rzeczywistą poprawę stanu zdrowia i rokowania, co prowadzi do wypaczeń leczenia kompleksowego. PTK przygotowało wraz z przedstawicielami AOTMiT eksperckie opracowanie dotyczące korzyści wynikających z opieki skoordynowanej, które wkrótce pojawi się na łamach „Kardiologii Polskiej”. Takie podejście powinno dotyczyć także opieki nad chorymi z niewydolnością serca czy po ablacji podłoża zaburzeń rytmu serca. Ale to oznacza dodatkowe nakłady finansowe, a z tym może być problem. Mamy jednak mocne argumenty, a po stronie Ministerstwa Zdrowia spodziewam się gotowości do dyskusji.

Coraz więcej Polaków cierpi na arytmię. Czy ablacja jest równie dostępna jak angioplastyka?

Szacuje się, że w Polsce jest około 600-800 tys. osób z migotaniem przedsionków, a przecież jest wiele innych form arytmii. Ablacja to uznana metoda leczenia zaburzeń rytmu, w tym migotania przedsionków, którego następstwem jest udar niedokrwienny mózgu. Jest wykonywana

w kilku ośrodkach. Liczba zabiegów – około 50 na 1 mln mieszkańców – nie może imponować. To 6 razy mniej niż w Europie Zachodniej. Zabieg, choć zmniejsza ryzyko udaru mózgu i jego dewastujących konsekwencji, jest drogi i słabo dostępny. Należy się przygotowywać, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa problem będzie narastał, i zastanowić nad finansowaniem leczenia ablacji. Większość chorych wymaga też podawania leków przeciwkrzepiających, a refundowane są jedynie leki najstarsze, z grupy antagonistów witaminy K. Nowsze, o innym mechanizmie działania, są pełnopłatne, mimo że są bardziej bezpieczne i wygodniejsze w stosowaniu.

A przeszskórne wszczepianie zastawki aortalnej?

Przecewninkowa implantacja zastawki aortalnej jest sposobem na poprawę rokowania i jakości życia chorych w starszym wieku z degeneracyjnym ciążym objawowym zwężeniem tej zastawki. Procedura jest proponowana, gdy ryzyko zabiegu chirurgicznego jest zbyt wysokie. W 2015 r. w Polsce było 17 wszczepień na 1 mln mieszkańców, a średnia europejska to 50-60 na 1 mln. Chorych wymagających tego zabiegu będzie przybywać.

Piętą achillesową systemu jest profilaktyka pierwotna zawałów serca. Czy PTK włącza się w działania prewencyjne?

Okolo 60 proc. dorosłej populacji ma dyslipidemię, blisko 12 mln nadciśnienie tętnicze, a palenie tytoniu nadal jest akceptowane społecznie. Mimo że widać coraz więcej biegających, jeżdżących na rowerze, sytuacja w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego jest zła. Każdy kardiolog na pewnym etapie swojej pracy dostrzega problem prewencji i zaleca stosowanie się do zasad zdrowego trybu życia, jako jedynego sposobu zredukowania zachorowalności na choroby związane z miazdżycą. Uważam, że powinno się je promować i wdrażać już wśród dzieci. PTK zainicjowało kampanię „Zdrowe dzieci, zdrowa młodzież, zdrowi dorośli”, której celem jest edukacja i przekonywanie, że każdy ma możliwość dokonywania dobrych wyborów dla zdrowia. Optymalne byłoby wprowadzenie do przedszkoli i szkół lekcji przygotowanych we współpracy z kardiologami na temat niezwyklej wartości zdrowia i konieczności dbania o nie. W kształtowaniu postaw prozdrowotnych kampania włączyłaby całą rodzinę. Prewencja ma także wymiar ekonomiczny, jest sposobem na zatrzymanie lawinowo rosnących kosztów leczenia chorób serca i układu krążenia.

Kardiochirurdzy twierdzą, że kardiologodzy „odbierają” im pacjentów.

To naturalne następstwo dynamicznego rozwoju kardiologii interwencyjnej, który zmienił algorytmy postępowania klinicznego w wielu sytuacjach. Jednak pojawiły się nowe pola współpracy na salach hybrydowych, gdzie kardiochirurg wraz z kardiologiem interwencyjnym wykonują skomplikowane zabiegi. Tworzą się zespoły lekarzy, uzupełnione o kardiologa-echokardiografistę monitorującego zabieg, pielęgniarki i techników. Nie ma obawy, że dla kogoś zabraknie miejsca i pracy.

Jaka jest największa bolączka kardiologii?

Stagnacja we wprowadzaniu nowych metod leczenia z powodu braku finansowego wsparcia ze strony płatnika. Obawiamy się, że brak refundacji dla nowych leków czy urządzeń terapeutycznych doprowadzi do pogorszenia jakości opieki i wskaźników umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego – przyczyny około 50 proc. zgonów. Wydłuży kolejki do lekarzy i badań diagnostycznych, pogłębi nierówności pomiędzy dużymi miastami i wsiami. A mówi się jeszcze o redukcji płatności za procedury.

Kardiologia to jedna z najchętniej wybieranych specjalizacji przez lekarzy. Dlaczego?

To dziedzina szybko rozwijająca się, a więc jako dyscyplina kliniczna bardzo interesująca, ale też wymagająca zaangażowania i wszechstronności oraz aktywności w poszukiwaniu, przyswajaniu i aplikacji związanej z nią wiedzy. Wobec epidemii chorób układu krążenia na świecie, można też liczyć na intratną pracę poza granicami kraju, co niestety jest częstą praktyką. Chętnych jest więcej niż miejsc rezydentycznych, coraz częściej lekarze specjalizują się na wolontariacie, co świadczy o ich determinacji.

Ilu mamy w Polsce kardiologów – dużo czy mało?

Mało. Okolo 80 na 1 mln mieszkańców, a średnia unijna to 100 na 1 mln. Wraz ze starzeniem się Polaków, potrzeba ich będzie więcej. Może powinno być więcej miejsc rezydentycznych w kardiologii? Poziom szpitalnej opieki kardiologicznej oceniam wysoko, ale krępujący gorset ograniczeń finansowych utrudnia rozwój istniejącego potencjału. Głównie kardiologicznej opieki ambulatoryjnej, do której dostęp jest ograniczony, a w moim przekonaniu właśnie ten segment świadczy o poziomie opieki. Powinni tam pracować doświadczeni kardiologodzy mający dostęp do diagnostyki, czas dla chorego i wykwalifikowany personel pielęgniarski. Skierowanie do szpitala to ostateczność.

Jaki wpływ ma Polskie Towarzystwo Kardiologiczne na poziom kształcenia?

Zapewniamy stałą edukację zgodną z postępem, jaki dokonuje się w kardiologii. Są to sesje edukacyjne podczas konferencji PTK, nowości z literatury fachowej dostępne w internecie na stronach www.ptkardio.pl, Multimedialnej Platformie Edukacyjnej, współpraca z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Co roku tłumaczone są i publikowane nowe wytyczne postępowania w różnych dziedzinach kardiologii, przygotowane przez ekspertów ESC udostępniane też w wersji kieszonkowej. Uczestniczymy w egzaminach z kardiologii i wydajemy, będące kompendium wiedzy, pisma naukowe – „Kardiologia Polska” i „Folia Cardiologica”. Wszystkie aktywności, zgodne ze statutem PTK, wymagają nakładów finansowych, o co każdy prezes i zarząd zabiega u firm farmaceutycznych i producentów sprzętu medycznego. Jest to niezbędny element współpracy pozwalający prowadzić tak szeroko zakrojoną działalność dydaktyczną. Obie strony dbają o jego transparentność. I znowu – o pieniądzech. ■

Uwaga na hemofilię

Lidia Sulikowska

Dlaczego opieka nad chorymi na hemofilię wciąż nie jest odpowiednia? Jakie są największe braki w systemie? Co zrobić, aby pacjent mógł czuć się bezpiecznie?

Prof. Krystyna Zawilska, przewodnicząca Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów: W ciągu ostatnich dekad dokonał się ogromny postęp w leczeniu hemofilii – w latach 50. ubiegłego wieku chorzy dożywali średnio 20 lat, dziś ich sytuacja jest zupełnie inna. Prawidłowe leczenie pozwala uniknąć ciężkiego kalectwa, z tą chorobą można już żyć normalnie i dożyć późnej starości. Dzieje się tak, gdy opieka jest zorganizowana w sposób kompleksowy, a pacjenci mają dostęp do leczenia profilaktycznego, czyli koncentratów brakującego czynnika krzepnięcia krwi.

Bogdan Gajewski, prezes Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię: Brak profilaktyki generuje koszty. Ogromna większość chorych przez lata nie dostawała potrzebnej ilości czynników krzepnięcia, ma uszkodzone stawy, potrzebuje operacji ortopedycznych i rehabilitacji.

Dr hab. n. med. Paweł Łaguna, konsultant krajowy ds. transfuzjologii klinicznej, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii WUM: Na szczęście od 2008 r. wszystkie dzieci, a od 2014 r. – także dorośli – są objęci programem profilaktycznym.

Prof. Krystyna Zawilska: Parlament Europejski w 2009 r. zdefiniował, jak powinno się organizować opiekę nad chorymi na hemofilię. Polska reguluje tę kwestię w „Narodowym Programie Leczenia Hemofilii i Pokrewnych Skaz Krwotocznych na lata 2012-2018”. To dobrze, że mamy taki dokument, ale nie wszystko, co tam zapisano, w praktyce udaje się realizować. Program zakłada m.in. utworzenie referencyjnych ośrodków leczenia hemofilii, które zapewnią pełną diagnostykę, wielospecjalistyczną opiekę lekarską oraz rehabilitację. Dorosły chory na hemofilię z problemami ortopedycznymi, laryngologicznymi, chirurgicznymi, stomatologicznymi wymaga innego postępowania niż zwykły pacjent. W kompleksowym ośrodku miałby zapewnioną właściwą opiekę, co nie tylko przyczynia się do przedłużenia czasu życia chorych, ale także obniża koszty ich leczenia.

Dr Paweł Łaguna: Problemy te dotyczą dorosłych. Opieka nad dziećmi jest lepiej zorganizowana – mamy już 15 referencyjnych ośrodków zajmujących się zaburzeniami krzepnięcia, w których prowadzone jest kompleksowe leczenie.

Dr Joanna Zdziarska, Oddział Kliniczny Kliniki Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie: Na co dzień pomagam dorosłym pa-

cientom chorym na hemofilię i inne skazy krwotoczne. Oddział Hematologii naszego szpitala to jedna z niewielu jednostek w kraju, która zajmuje się nimi kompleksowo. Taka opieka jest potrzebna szczególnie tym, którzy przez lata nie mieli dostępu do leczenia profilaktycznego, przez co mają dużo powikłań. Potrzebują ciągłej rehabilitacji, wsparcia psychologa, a w razie problemów ortopedycznych czy chirurgicznych – odpowiedniego, multidyscyplinarnego podejścia. Także nowo zdiagnozowani powinni być leczeni w placówce referencyjnej. Teraz ci, którzy mają daleko do specjalistów, są pozostawieni sami sobie. Trafiali do mnie pacjenci, którzy nie wiedzieli, że w ogóle należy im się leczenie profilaktyczne, albo tacy, którzy stosują dawki przepisane przez pediatrów, a są już dawno dorośli. To przerażające. Jeśli zastanawiamy się, dlaczego nie powstają kompleksowe ośrodki, odpowiedź jest jedna, wycena świadczeń dla tej grupy chorych jest zbyt niska. To działalność przynosząca straty.

Bogdan Gajewski: O właściwej wycenie świadczeń mówimy od lat. Operacje i zabiegi planowe wymagają odpowiedniego przygotowania. Większość szpitali nie ma możliwości przeprowadzenia specjalistycznej diagnostyki układu krzepnięcia, nie ma też doświadczenia w leczeniu chorych na hemofilię. Szpitale ponoszą też poważne nakłady, które obciążają ich budżet i nie są refundowane. Z tego powodu chorzy na hemofilię nie są mile widzianymi pacjentami. W zasadzie tylko Kraków i Warszawa mogą zaofiarować pacjentom pełną opiekę.

Dr Joanna Zdziarska: To jest, myślę, kwestia chęci. Możemy oznaczyć aktywność czynnika krzepnięcia z próbki przysłanej z dowolnego szpitala, zapewniamy też konsultacje telefoniczne.

Joanna Kilkowska, dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia: Na początku kwietnia doszło do spotkania z przedstawicielami chorych na skazy krwotoczne. W wyniku tych rozmów podjęto kroki, aby uruchomić zespół, który przyjrzy się programowi i zweryfikuje, czy trzeba coś poprawić. Nie wiem, kiedy powstaną specjalistyczne ośrodki dla chorych na hemofilię, ale ta kwestia będzie brana pod uwagę w trakcie prac zespołu.

Bogdan Gajewski: Program to nie wszystko, kwestia wyceny jest poza nim, można ją weryfikować oddzielnie. Poza tym program jest dobry, został przyjęty przez najlepszych ekspertów w dziedzinie leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych i zaakceptowany przez AOTMiT, problemem jest jego niewłaściwa realizacja.



Bogdan Gajewski



dr hab. n. med.
Paweł Łaguna

Joanna Kilkowska: Poczekajmy na wyniki pracy zespołu.

Tomasz Latos, zastępca przewodniczącego sejmowej komisji zdrowia: Potrzeba stworzenia ośrodków referencyjnych jest ogromna, a obecna wycena świadczeń jest barierą w ich tworzeniu, dlatego najwyższy czas, by AOTMiT, który wycenia poszczególne procedury, zajął się tą sprawą. Trudno liczyć od razu na kolosalny wzrost finansowania, ale trzeba dążyć do tego, aby małymi krokami dojść do właściwej wyceny. Będzie o to zabiegać. Problemem do rozwiązania w dłuższej perspektywie jest też zwiększenie liczby specjalistów zajmujących się tym schorzeniem, przecież ośrodki muszą mieć wykwalifikowaną kadrę.

Dr Paweł Łaguna: Referencyjne ośrodki to nie wszystko. Należy wzmocnić opiekę nad pacjentem blisko jego miejsca zamieszkania. Każdy chory powinien mieć stały dostęp do pielęgniarki, która będzie potrafiła podać czynnik.

Dr Anna Klukowska, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii WUM: Opieka pielęgniarska jest szczególnie ważna na samym początku, kiedy rodzic – a w przypadku dorosłego sam pacjent – nie wie, jak podawać czynniki. Lek jest podawany dożylnie i teoretycznie każda pielęgniarka powinna poradzić sobie z takim zadaniem. Okazuje się jednak, że tak nie jest. Każdy rejon powinien zapewnić dostęp do pielęgniarki przeszkolonej w zakresie podawania czynnika, by pacjent nie musiał jechać z tego powodu do szpitala.

Dr Joanna Zdziarska: Powinno się też umożliwić chorym kontynuację leczenia po ukończeniu 18 r.ż. Realia są takie, że na pierwszą wizytę u hematologa trzeba czekać rok. Nikogo nie interesuje, że pacjent od lat leczył się na hemofilię, tyle że w ośrodku dla dzieci. Takie ograniczenia administracyjne są absurdalne, a skutek taki, że pacjenci nie przechodzą płynnie z ośrodka pediatrycznego do ośrodka dla dorosłych. Niewiele placówek uwzględnia aspekt kontynuacji leczenia.

Dr Anna Klukowska: Dużo zależy od porozumienia między ośrodkami. Gdy go brakuje, traci i cierpi pacjent. Najważniejsze, żeby w tym trudnym momencie chory nie został bez czynnika. Pamiętajmy, że może go zamówić choćby lekarz pierwszego kontaktu.

Prof. Krystyna Zawilska: To niestety nie wszystkie problemy. Kolejny to zapewnienie odpowiedniej opieki chorym na hemofilię, którzy trafiają na SOR. Urazy w ich przypadku są przecież dużo groźniejsze. Każde krwawienie może stanowić zagrożenie życia. Personel medyczny wciąż nie ma wystarczającej świadomości, że to nie jest po prostu kolejny pacjent, który może czekać na diagnozę i pomoc, że trzeba natychmiast podać mu koncentrat czynnika krzepnięcia krwi, a dopiero potem zająć się nim według standardowej procedury.

Bogdan Gajewski: Sprawa jest poważna. Znamy wiele przypadków niewłaściwej opieki na SOR-ach,

jak np. włożenie nogi w gips bez podania czynnika krzepnięcia. Albo choćby przypadek z jednego z lubelskich szpitali: dziecko chore na hemofilię trafiło na SOR z bólem brzucha, czynnik podano dopiero, gdy straciło czucie w nogach. Zdarza się, że lekarze czy ratownicy medyczni nie podają czynnika, bo nie potrafią tego zrobić albo lekceważą hemofilię. Czasem obawiają się kosztów leków, które przecież są udostępniane bezpłatnie – w ramach Narodowego Programu Leczenia. Często po prostu nie wiedzą, jak udzielić pomocy choremu na hemofilię. Tymczasem leczenie należy zacząć jak najszybciej, bo wszelka zwłoka może przynieść bardzo poważne konsekwencje. Postulujemy oficjalne przyjęcie przez resort zdrowia procedur ratownictwa dla chorych na hemofilię. Są one proste: domagamy się obligatoryjnego kontaktu ze specjalistą hematologiem i – w razie konieczności – podania czynnika krzepnięcia, a także oficjalnego przyjęcia istniejącej karty chorego na hemofilię przyjętej przez specjalistów z Grupy Hemostazy przy PTHiT.

Prof. Krystyna Zawilska: Jest też problem w dostępie do nowoczesnych terapii. W Polsce nadal wielu pacjentów może korzystać z w pełni bezpiecznych, koncentratów rekombinowanych czynników krzepnięcia, które – inaczej niż tradycyjne czynniki osoczipochodne – mogą być modyfikowane. Mam na myśli np. koncentraty o przedłużonym działaniu.

Dr Paweł Łaguna: Należy także podkreślić rolę bezpieczeństwa chorego. Bezpieczeństwo to zapewniają czynniki rekombinowane. Nie powstają one na bazie białka ludzkiego, więc nie przenoszą wirusów. Obecnie oczywiście robi się wszystko, aby czynniki tradycyjne były bezpieczne, ale nigdy nie da się wykluczyć, że pojawi się nowy, nieznany wirus przenoszony przez krew, którym może być zakażony materiał.

Dr Anna Klukowska: Obecnie tylko dzieci mają dostęp do czynników rekombinowanych, i to pod warunkiem, że nigdy w życiu nie przyjęły czynnika osoczipochodnego. To ograniczenie nie wynika z przyczyn medycznych, tak jest po prostu zapisane w programie profilaktyki – powodem jest znacznie wyższa cena rekombinatów. Efekt jest taki, że wiele dzieci wciąż przyjmuje czynniki z osocza, bo neonatolodzy i pediatrzy nie wiedzieli, że powinni przepisywać preparaty rekombinowane. Czynniki rekombinowane są nowocześniejsze, ale ich skuteczność z osoczipochodnymi porównywalna. Te ostatnie w mojej ocenie są także bezpieczne, od 1985 r. żadne dziecko nie zachorowało na chorobę wirusową przenoszącą przez krew pod podaniem takiego czynnika.

Dr Joanna Zdziarska: Nie wszystkie czynniki krzepnięcia są produkowane metodami inżynierii genetycznej, ale w przypadku hemofilii A i B koncentraty rekombinowane są leczeniem z wyboru. W Polsce nie mamy nawet wyboru pomiędzy czynnikami osoczipochodnymi, co jest niezwykle ważne np. w przypadku reakcji alergicznych na konkretny preparat. ■



dr Joanna Zdziarska



dr Anna Klukowska



prof. Krystyna Zawilska



Przezroczysta, sztuczna krew z Polski?

Jest przezroczysta, ale tlen do tkanek przenosi niczym zwykła krew. Nad syntetyczną krwią – substytutem tej ludzkiej – pracują naukowcy z Politechniki Warszawskiej. W przyszłości mogłaby rozwiązać problem jej braku w szpitalach i krótkiego terminu przechowywania organów do przeszczepów.

Jak wiadomo krew, która jest przetaczana, podlega badaniom, jednak nie ma pewności, jakie choroby mogą się przenosić wraz z nią. – Teraz zaczyna się mówić nawet o chorobie Parkinsona. Jakiś czas temu to samo było z chorobą Creutzfeldta-Jakoba. Najgorsze są te choroby, których jeszcze nie udało się zidentyfikować, których jeszcze nie znamy – tłumaczy dr hab. Tomasz Ciach z Politechniki Warszawskiej. To jego zespół podjął się opracowania syntetycznej krwi.

– Chcielibyśmy wytworzyć substytut, który przenosiłby tlen tak samo dobrze, jak krew naturalna, a jednocześnie byłby produktem całkowicie syntetycznym, pozbawionym niebezpieczeństwa przeniesienia nieznannej choroby – wyjaśnia naukowiec.

Substytut powstaje z polisacharydów, czyli złożonych cukrów, na drodze syntezy chemicznej. Na razie naukowcy przeprowadzili badania w laboratorium i szykują duży eksperyment na zwierzętach. Pierwsze próby wykonania substytutu krwi na świecie wykonano wiele lat temu, jednak do tej pory syntetyczna krew nie jest dostępna.

Chemoczułnik wykryje bezobjawowego raka!

Największe szanse na wyleczenie pacjenta onkologicznego są wtedy, gdy odpowiednia terapia zostanie podjęta we wczesnej fazie rozwoju choroby. Tu pojawia się kłopot: wiele nowotworów przez długi czas rozwija się bezobjawowo.

Rozwiązaniem problemu byłyby dostępne dla każdego testy diagnostyczne, które można by przeprowadzać samemu i w miarę regularnie. Krokiem ku tak spersonalizowanej diagnostyce medycznej i profilaktyce nowotworów jest detektor opracowany przez Instytut Chemii Fizycznej PAN w Warszawie we współpracy z zespołem z University of North Texas w Denton.

– Nic nie stoi na przeszkodzie, by na podstawie naszego opracowania już za kilka lat budować proste i niezawodne urządzenia diagnostyczne, których cena leżałaby

w zasięgu możliwości finansowych nie tylko instytucji medycznych czy gabinetów lekarskich, ale i masowego odbiorcy – ma nadzieję prof. Włodzimierz Kutner z IChF PAN.

Najważniejszym elementem czujnika jest cienka warstwa polimeru, rozpoznająca cząsteczki neopteryny, które występują w płynach ustrojowych człowieka (m.in. w surowicy, moczu i płynie mózgowo-rdzeniowym). Produkowana przez układ immunologiczny jest traktowana jako uniwersalny wskaźnik. Stężenie tego biomarkera wzrasta szczególnie wyraźnie w przypadku niektórych chorób nowotworowych (np. chłoniaków złośliwych), chociaż podwyższony poziom neopteryny obserwuje się także w części zakażeń wirusowych i bakteryjnych oraz w chorobach o podłożu pasożytniczym.

Traumę dziedziczymy przez wiele pokoleń

Po przodkach dziedziczymy nie tylko geny, ale też pamięć o lęku, skłonność do zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych, a trauma rodziców, dziadków, a być może też pradziadków, wpływa na dzieci i kolejne pokolenia – mówili naukowcy podczas międzynarodowej konferencji „Medyczne i społeczne aspekty traumy”, która 3 czerwca odbyła się w Katowicach.

– Nie rodzimy się jako niezapisana tablica. Jak stwierdziła w 2012 r. wybitna badaczka Nessa Carey, nasze DNA jest jak scenariusz, ale w zależności od reżysera, aktorów i ich zmysłów, nawet identyczny scenariusz może być różnie zrealizowany – powiedziała prof. Jadwiga Joško-Ochojska z SUM.

Dowodzono już ponad wszelką wątpliwość, że traumatyczne przeżycia matki w czasie ciąży mogą spowodować uszkodzenia czynnościowe i anatomiczne mózgu dziecka jeszcze w życiu płodowym, wpływając na patologiczne funkcjonowanie jego organizmu nawet w dorosłym życiu. Jednak nawet jeśli matka nie doznaje w ciąży żadnych negatywnych przeżyć, dziecko może odziedziczyć lęki, podatność na zaburzenia nastroju po swoich dalszych przodkach. Dziedziczenie odbywa się bowiem nie tylko poprzez geny, ale też „pozagenowo”. Chodzi o tzw. pamięć komórkową czy pamięć metaboliczną.

O tym, że podobne doświadczenia nie są abstrakcją, świadczą obszerne badania osób, które przeżyły traumę (żołnierzy, więźniów obozów koncentracyjnych, ofiar przemocy oraz ich potomków). Notowano nawet relacje o tych samych koszmarach sennych dręczących rodziców i dzieci, choć rodzice nigdy dzieciom o nich nie opowiadali.

Naukowcy wiedzą już, że w stresie niektóre regiony mózgu ulegają zmniejszeniu (np. hipokamp i kora przedczołowa), a inne powiększeniu (jak jądra migdałowe). – Zmniejszają się więc struktury odpowiedzialne za pamięć, za jej konsolidację, zwiększają się te odpowiedzialne za lęk i agresję, które idą zawsze w parze. To niesie dalekosiężne skutki społeczne: im większy poziom lęku w społeczeństwie, tym większy poziom agresji – mówiła prof. Joško-Ochojska. ■

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

Aktualności



BIULETYN

Nr 3 (168) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IV 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 22 kwietnia 2016 r.

**UCHWAŁA Nr 11/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

w sprawie akceptacji zawarcia z Ministrem Zdrowia porozumienia dotyczącego środków finansowych na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, realizowanych w latach 2005-2015

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Akceptuje się zawarcie z Ministrem Zdrowia porozumienia dotyczącego środków finansowych na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, realizowanych w latach 2005-2015 na kwotę 1 229 748 zł (jeden milion dwieście dwadzieścia dziewięć tysięcy siedemset czterdzieści osiem złotych).

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta do podpisania porozumienia, o którym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 12/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

w sprawie wysokości środków finansowych dla Naczelnej Izby Lekarskiej przekazywanych przez Ministra Zdrowia na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 115 ustawy o izbach lekarskich realizowanych w roku 2016

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W ramach kwoty przeznaczonej w budżecie państwa na rok 2016, na refundację kosztów realizacji przez samorząd lekarski zadań, o których mowa w art. 115 ustawy o izbach lekarskich, ustala się dla Naczelnej Izby Lekarskiej kwotę 845.196 złotych z tytułu środków przekazywanych przez Ministra Zdrowia na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją tych zadań przez Naczelną Izbę Lekarską.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 13/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

w sprawie podpisania porozumienia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich

Na podstawie art. 5 pkt 2 i 20 w związku z art. 39 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1

Wyraża się zgodę na podpisanie przez Naczelną Izbę Lekarską porozumienia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich w zakresie współpracy przy realizacji zadań w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji.

§ 2

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do ustalenia z Rzecznikiem Praw Obywatelskich szczegółów porozumienia, o którym mowa w § 1.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 14/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 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 2016 r. poz. 522) 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. oraz uchwałą Nr 6/16/VII z dnia 4 marca 2016 r., w § 2 wprowadza się następującą zmianę:

1) pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„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, określenia sposobu przeprowadzenia głosowania przez Naczelną Radę Lekarską oraz sposobu przeprowadzenia dyskusji i głosowania za pomocą środków porozumiewania się na odległość przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 15/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

**w sprawie zgłoszenia Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi
Lekarzy projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustale-
nia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej
Komisji Wyborczej**

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

§ 1.

Przedstawia się Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik

**UCHWAŁA Nr
NADZWYCAJNEGO XIII KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
z maja 2016 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie ustalenia liczby członków organów
Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej**

Na podstawie art. 38 pkt 6 i art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 65) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 9 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 40 osób, w tym:
- 31 lekarzy,
- 9 lekarzy dentyków;”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**STANOWISKO Nr 5/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych
innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, nadesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2016 r., znak: PLD.462.4.2016.MZ, pozytywnie ocenia kierunek projektowanych zmian, zmierzających do „optymalizacji i zwiększenia przejrzystości wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej oraz standaryzację realizacji tych świadczeń”. Jednakże, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, niektóre projektowane przepisy wymagają zmian, w związku z czym Rada zgłasza następujące uwagi do projektu:

1) ad art. 1 pkt 7 projektu dot. dodawanego art. 311a ust. 7:
w ust. 7 dodawanym do art. 311a zapisano, że „w szczególnie uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji, zmienia zatwierdzony plan taryfikacji Agencji”. NRL propo-

nuje, aby wskazać o jakie przypadki tu chodzi albo przewidzieć dla Ministra obowiązek szczegółowego uzasadniania stanowiska, np. w BIP, po skorzystaniu z tego prawa;

2) ad art. 1 pkt 8 projektu dot. zmienianego art. 311c ust. 4 pkt 4:

raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń ma zawierać (m.in.) analizę danych pozyskanych od świadczeniodawców. Jednakże zbieranie i udostępnianie danych użytecznych Agencji jest kosztownym i czasochłonnym procesem, który powinien być odpowiednio wynagradzany. Przepisowi wprowadzającemu ustawy obowiązek świadczeniodawców przekazywania danych powinien towarzyszyć obowiązek Agencji wynagradzania świadczeniodawców. Ponadto wydaje się, że w pierwszym rzędzie zobligowane do udostępniania danych Agencji powinny być jednostki zatrudniające konsultantów krajowych i wojewódzkich;

3) ad art. 1 pkt 8 projektu dot. zmienianego art. 311b ust. 5:

7-dniowy termin na zgłaszanie uwag do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń jest zbyt krótki; powinien on wynosić 30 dni, z możliwością prowadzenia w tym czasie przez Agencję dalszych konsultacji;

4) ad art. 1 pkt 9 projektu dot. zmienianego art. 311c ust. 4:

niezasadne wydaje się bezwarunkowe zobligowanie świadczeniodawców do udostępniania Agencji danych wskazanych w tym przepisie; zobowiązanie powinno dotyczyć zakresu danych wskazanych w umowie o udostępnienie danych zawartej z Agencją;

5) ad art. 1 pkt 9 projektu dot. zmienianego art. 311c ust. 5:

wynagrodzenie dla świadczeniodawcy za udostępnianie danych Agencji powinno być obowiązkowe, a nie fakultatywne;

6) ad art. 1 pkt 13 projektu dot. dodawanego rozdziału 3A – „Ratunkowy dostęp do technologii medycznych”:

dodawany rozdział 3A został zatytułowany „Ratunkowy dostęp do technologii medycznych”, jednakże przepisy zawarte w tym rozdziale dotyczą wyłącznie technologii lekowych. Zgodnie z tytułem należałoby przewidzieć również dostęp do technologii medycznych nielekowych;

7) ad art. 1 pkt 13 projektu dot. dodawanego art. 47d ust. 2:

NRL proponuje, aby zgoda na sfinansowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii medycznych nie była sztywno ograniczona do 1 miesiąca, ale żeby minister od razu, gdy wymaga tego schemat leczenia, mógł wyrazić zgodę na sfinansowanie leczenia przez dłuższy okres, np. przez 3 miesiące. Ograniczenie do 1 miesiąca może spowodować przerwę w leczeniu;

8) ad art. 1 pkt 13 projektu dot. dodawanego art. 47e:

nie wydaje się zasadne ograniczenie możliwości stosowania terapii w ramach ratunkowego dostępu do technologii medycznych jedynie do świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Może to generować w części przypadków niepotrzebne koszty medyczne i niepotrzebne ryzyko zakażeń szpitalnych oraz powodować beczelową wielodniową hospitalizację.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 6/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej
oraz o zmianie niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, nadesłanym przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 31 marca 2016 r., znak: OZP0212.7.2015/CP (9) zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu ustawy:

1) Co prawda projektowana zmiana pojęcia „przedsiębiorstwa” na „zakład leczniczy” wskazuje na próbę odejścia od rozumienia cywilistycznego charakteru działalności leczniczej, jednakże poza zmianą pojęcia jego definicja w dalszym ciągu nie uwzględnia aspektu ludzkiego, który jest niezbędny

w działalności tego typu. Proponowana definicja pomija fakt, że działalność lecznicza jest wykonywana przez zatrudnionych w zakładzie leczniczym zespół pracowników medycznych i innych przy wykorzystaniu składników majątkowych;

2) zmiana nazewnictwa w tym zakresie – bez uwzględnienia aspektu ludzkiego w działalności zakładu leczniczego – może spowodować jedynie dodatkowe, niepotrzebne i nieuzasadnione koszty po stronie już funkcjonujących podmiotów leczniczych;

3) zmiana art. 6 ust 9 jest mało czytelna; nasuwa się wątpliwość, o którą spółkę chodzi w wyrażeniu „wartość nominalna udziałów albo akcji należących (...) do spółki kapitałowej, która przystąpiła do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki”;

Ponadto Naczelna Rada Lekarska w dalszym ciągu postuluje skreślenie art. 22 ust 5 obowiązującej ustawy o działalności leczniczej, z uwagi na to, iż przepis ten stanowi jaskrawe i nieuprawnione wkroczenie władzy ustawodawczej i administracyjnej w autonomiczny obszar nauki i wiedzy.

Niezależnie od powyższego Naczelna Rada Lekarska wyraża swoje negatywne stanowisko wobec krótkiego okresu, jaki został wyznaczony na analizę projektu ustawy, dotyczącej systemu ochrony zdrowia i najbardziej znaczących jego aspektów. Tego typu zmiany systemowe w ochronie zdrowia jak również nomenklatura ustawowa dotycząca działalności leczniczej winny podlegać szerokim konsultacjom, pozwalającym na rzeczywistą analizę potrzeb tych zmian i ich skutków.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 7/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz o uchyleniu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz o uchyleniu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, nadesłanym przy piśmie pana Piotra Gryzy – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2016 r., znak: UZ-PR.0212.1.2016, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu ustawy:

1) Zmiany dotyczące finansowania leczenia osób nieuprawnionych są istotnym elementem zapewniania dostępu do opieki zdrowotnej osobom chorym, a koszty z nimi związane bardzo niewielkie w stosunku do kosztów egzekucji oraz niekorzystnych skutków zdrowotnych. Odciąża to dodatkowo system od administracyjnych czynności weryfikacyjnych;

2) Dopuszczenie do obrotu pozaaptecznego szczepionek oraz zapewnienie ich finansowania z budżetu niewątpliwie zwiększy ich dostępność dla pacjenta;

3) W epoce medycyny cyfrowej należy uwzględnić możliwość tworzenia wprowadzanej dokumentacji dotyczącej szczepienia od razu w formie elektronicznej (np. stworzyć systemy elektroniczne usprawniające wypełnianie, prowadzenie oraz analizowanie tej dokumentacji). Tworzony system wzorów zaświadczeń itp. powinien w jak najmniejszym stopniu obciążać dodatkowymi obowiązkami personel medyczny, który powinien koncentrować się na jakości i adekwatności świadczonych usług;

4) W dodatkowych informacjach zawartych w pkt 6 „Oceny skutków regulacji” zawarta jest informacja o projekcie zmiany rozporządzenia w sprawie

obowiązkowych szczepień ochronnych, związanej z zakażeniami *Streptococcus pneumoniae* oraz o ich koszcie w wys. 160 mln zł. Wprowadzenie tej zmiany wg przedstawionych szacunków wiąże się z podwojeniem dotychczas przeznaczanych wydatków na szczepienia ochronne (obecnie wg ww. dokumentu jest to kwota 140 mln). Brak jest w przywoływanym dokumencie analizy efektywności wprowadzania wspomnianych dodatkowych szczepień w stosunku do ich kosztów, które są bardzo wysokie. Są one wyższe np. od zapewnionych na wszystkie działania określone w ustawie o zdrowiu publicznym (wg zapisów na te cele przeznaczają się 140 mln). Być może wspomniane analizy, analizy zagrożenia epidemiologicznego i skutków zakażenia przeprowadzono przygotowując propozycje zmian we wspomnianym rozporządzeniu. W takiej sytuacji powinny być one przywoływane we wspomnianym dokumencie.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na brak wskazania w projektowanej ustawie, kto ponosi odpowiedzialność za powikłania poszczepienne.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL NR 3/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do poprawy opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do poprawy opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi realizowanej ze środków publicznych.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej osobom niepełnosprawnym nie zapewnia się obecnie odpowiedniego poziomu opieki stomatologicznej w ramach środków publicznych, co powoduje, że obserwuje się stały wzrost liczby pacjentów niepełnosprawnych z zaawansowanymi oraz przewlekłymi chorobami w obrębie jamy ustnej. Istnieje więc pilna potrzeba podjęcia prac nad opracowaniem kompleksowego modelu opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi, z uwzględnieniem, że w tej grupie znajdują się zarówno osoby dorosłe jak i dzieci oraz że niepełnosprawność definiuje się jako niezdolność do wypełniania ról społecznych nie tylko z powodów fizycznych, ale także z powodu psychicznego lub umysłowego naruszenia sprawności organizmu.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że realizacja postawionego celu musi uwzględniać wszystkie etapy opieki nad pacjentem niepełnosprawnym, począwszy od profilaktyki, poprzez optymalną organizację udzielania świadczeń, zapewnienie dostępności do świadczeń, kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr medycznych oraz właściwą wycenę świadczeń.

Niezwykle ważnym aspektem opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi jest zapewnienie odpowiedniej profilaktyki chorób jamy ustnej. W przypadku osób niepełnosprawnych występują szczególne utrudnienia we wdrażaniu profilaktyki, występują bowiem bariery natury fizycznej oraz nierzadko poważne trudności w komunikacji z pacjentem. Samorząd lekarski apeluje zatem o wypracowanie i objęcie pacjentów niepełnosprawnych specjalnymi programami profilaktyki chorób jamy ustnej.

Jednym z kluczowych problemów opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi jest także niedoszacowanie zabiegów w znieczuleniu ogólnym, których głównym beneficjentem są w stomatologii osoby niepełnosprawne. Udzielanie tych świadczeń wymaga odpowiedniego wyposażenia gabinetu oraz grupy specjalistów uczestniczących w zabiegu, co jest trudne do realizacji przy niewłaściwej wycenie tych świadczeń.

Naczelna Rada Lekarska, będąc głęboko przekonana, że zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniego dostępu do należytej jakości świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego powinno być jednym z ważnych elementów polityki zdrowotnej państwa, apeluje o podjęcie działań zmierzających do poprawy opieki stomatologicznej nad tą gru-

pą pacjentów. Samorząd lekarski deklaruje przy tym pełną gotowość do współpracy w zidentyfikowaniu występujących problemów i pracach nad opracowaniem mechanizmów poprawy istniejącej sytuacji.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 4/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 kwietnia 2016 r.**

w sprawie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zwolnienie lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w formie praktyki z obowiązku zgłaszania polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i nałożenie tego obowiązku na zakłady ubezpieczeń.

Naczelna Rada Lekarska ocenia, że wymóg posiadania przez lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest w pełni zasadny, ustanowiono go bowiem tak w interesie pacjenta korzystającego z pomocy lekarskiej, jak i w interesie lekarza chroniąc jego majątek osobisty w razie wyrządzenia szkody nienależytym wykonywaniem zawodu. W ocenie Rady niezasadne jest natomiast nałożenie na lekarza obowiązku zgłaszania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą informacji o zawarciu umowy obowiązkowego ubezpieczenia oraz jej corocznej aktualizacji wraz z kopią polisy. Dostrzegając jednak potrzebę zachowania w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą informacji o tym, czy dany podmiot posiada polisę obowiązkowego OC Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby obowiązek przekazywania polis do rejestru spoczywał nie na osobach prowadzących praktykę, lecz na zakładach ubezpieczeń, które świadczą tym lekarzom ochronę ubezpieczeniową. Naczelna Rada Lekarska wskazuje przy tym, że na mocy art. 14 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej zobowiązano każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą (w tym także lekarza prowadzącego praktykę) do udzielenia pacjentowi, na jego wniosek, niezbędnych informacji na temat zawartych przez podmiot umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Przepis ten upoważnia zatem pacjenta do pozyskania informacji o zawartej polisie OC bezpośrednio od lekarza prowadzącego praktykę lekarską. Realizacja postulatu samorządu lekarskiego wymaga zmiany ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru. Projekt nowelizacji przepisów przedstawiono w załączniku do uchwały.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Załącznik do apelu Nr 4/16/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 22 kwietnia 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.) art. 25 ustęp 3 otrzymuje brzmienie:
„3. Kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia

umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 100, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela. Obowiązek przekazania organowi prowadzącemu rejestr dokumentu ubezpieczenia przez kierownika nie dotyczy praktyk zawodowych, o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a i b, w tym wypadku dokument ubezpieczenia przekazuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, organowi prowadzącemu rejestr zakład ubezpieczeń, z którym zawarta została umowa ubezpieczenia”.

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

Projekt

**rozporządzenie Ministra Zdrowia
zmieniające rozporządzenie z dnia 29 września 2011 r. w sprawie
szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów
wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu
postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze
oraz wykreśleń z tego rejestru**

Na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. 2014, poz. 325) wprowadza się następujące zmiany:

1) W § 10 dodaje się ust. 2a o brzmieniu:

„2a. W przypadku praktyk zawodowych, o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a i b ustawy, wpisów w zakresie informacji o ubezpieczeniu odpowiedzialności, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy, organ prowadzący rejestr dokonuje na podstawie zgłoszenia zakładu ubezpieczeń.

2) W § 12:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 20.

b) w ust. 4 uchyla się pkt 17.

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

**Posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej
– 2 kwietnia 2016 r.**

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 2 kwietnia 2016 r.**

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015, poz. 651) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 2 kwietnia 2016 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Małgorzaty Zatkę-Witkowskiej, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Małgorzaty Zatkę-Witkowskiej.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda - Trepka



Medyczny świat

Czwartkowy, czerwcowy poranek. Jeden z ośrodków konferencyjnych w centrum Warszawy. Przy recepcji polscy lekarze praktykujący na różnych kontynentach. Także ci zaliczani do elitarnej grupy najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Na wydarzenie to trzeba było czekać aż trzy lata. Poprzednie takie spotkanie miało miejsce w Krakowie, a zaczęło się w dniu, gdy minister Arłukowicz wystosował list „Do Przyjaciół Lekarzy”. Ale to już przeszłość, trzeba przyspieszyć kroku, żeby zdążyć na czas i niczego nie przegapić, bo tegoroczny IX Kongres Polonii Medycznej i II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich to prawdziwa merytoryczna uczta.

Wjeżdżamy na piętro. Przy rejestracji tłum ludzi. Czyżby aż taka frekwencja? Okazuje się, że uczestnicy przyjechali nie tylko z krajów Europy Zachodniej czy USA, ale też bardziej egzotycznych destynacji, takich jak Zimbabwe, Zambia, Zjednoczone Emiraty Arabskie. Jest też wielu lekarzy polskiego pochodzenia zza naszej wschodniej granicy. Głównie Ukrainy i Białorusi, ale też Litwy, Łotwy, Rosji, Mołdawii... Pojawiło się również wielu lekarzy praktykujących w Polsce. Dlaczego pani tu przyjechała? – pytamy jedną z uczestniczek kongresu. – Jest niewiele okazji, by w jednym miejscu spotkać tak wielu utalentowanych lekarzy. Serce rośnie, gdy widzi się te wszystkie talenty. Cieszy, że pamiętają o ojczyźnie – odpowiada.

Faktycznie, kongres zgromadził tuż światowej medycyny. Jest m.in. prof. Zbigniew Wszolek z Mayo Clinic (USA), który odkrył geny odpowiedzialne za chorobę Parkinsona, prof. Roman Jaeschke z McMaster University (Kanada), słynna transplantolog prof. Maria Siemonow z University of Illinois (USA), chemik prof. Waldemar Priebe z University of Texas (USA) oraz odkrywca metod celowanego leczenia guzów mózgu prof. Krzysztof Bankiewicz z University of California, San Francisco. Wszystkich wymienić nie sposób.

Odbieramy identyfikatory i biegniemy na salę. Prawie wszystkie miejsca zajęte. Gości wita prof. Marek Rudnicki, prezes Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie. W jego oczach widać radość, kiedy patrzy na salę wypełnioną po brzegi. Organizuje kongres po raz trzeci i trudno nie zauważyć, że wkłada w to wydarzenie całe serce.

Ciekawe, jak prelegenci poradzą sobie z udzieleniem odpowiedzi na postawione przed nimi pytania o jakość i bezpieczeństwo leczenia. Jak zapewnić pacjentom

lepszą opiekę? Jakie rozwiązania są dobre dla lekarzy i dla zarządzających ochroną zdrowia?

Umrzeć na Filipinach

Jako pierwszy krótką prelekcję wygłasza prof. Roman Jaeschke, będący w gronie najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie. Przybliży pojęcie evidence-based medicine (EBM), która jest kluczem do świata informacji medycznej. Znajomość danych opracowanych na podstawie badań naukowych i umiejętność odróżnienia tych mocnych, czyli wiarygodnych, od słabych, albo inaczej... dużych efektów leczniczych od małych, pozwala lekarzom dokonywać niezależnej oceny, co jest najlepsze dla ich pacjentów. Prof. Jaeschke przybliży też model działania zespołów szybkiego reagowania w szpitalach, jaki zna ze swojej praktyki lekarskiej w Kanadzie. Nie potrafi jednak ostatecznie orzec, czy większe szanse na przeżycie ma pacjent, który dostanie zawału na ulicy, czy ten, który jest już pacjentem szpitala, ale leży na nefrologii. – Kiedy czujność będzie większa? Jak to się dzieje, że umierają ci, po których nikt się tego nie spodziewa? Jak narasta łańcuch niekompetencji? – pyta i dodaje, że chyba na całym świecie jest tak, że kiedy do kolegi lekarza dzwoni inny lekarz, mówiąc: „mam bardzo interesujący przypadek”, to oznacza, że ma pacjenta, w przypadku którego nikt nie wie, co mu dolega. Wie, jak trudny jest zawód lekarza i jakie dylematy towarzyszą podejmowanym decyzjom. Na koniec opowiada niezwykłą historię. Kiedyś leciał samolotem, w którym jedna z pasażerek źle się poczuła. Załoga zapytała, czy na pokładzie jest lekarz. Oczywiście odpowiedział zgodnie z prawdą. Kiedy udzielał pomocy kobiecie, dowiedział się, że choruje na nowotwór płuc. Zdecydował o lądowaniu, bo jako lekarz wiedział, że dalsza podróż zagraża jej życiu. – Cały czas pamiętam tę pacjentkę, która płakała, kiedy zostawiałem ją na Alasce. Ona zdecydowała się na tę podróż, bo chciała umrzeć na Filipinach, wiedziała, że umiera... – wspomina, a na sali panuje cisza.

Teraz wystąpienie prof. Małgorzaty Krajnik, kierownika Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, które skłania do refleksji nad zaspokajaniem duchowych potrzeb chorych ▶

– czy lekarz powinien to robić? – Tak. Sfera duchowa to nie jest coś, co istnieje obok cielesności – zaznacza. Zaspakajając potrzeby duchowe, znoszenie bólu i odchodzenie mogą być znacznie łatwiejsze. Także proces zdrowienia przebiega sprawniej. Wszyscy słuchają z dużą uwagą.

Czas na przerwę. Po takiej dawce wiedzy i emocji potrzebna jest chwila na oddech. Rozmowy w kuliach.

O jakości

Mija 20 minut i zaczynają się kolejne sesje. Nie sposób wszystkich streścić, a nawet wyliczyć. Swój wykład ma m.in. Emilio Williams z Chicago. Przekonuje, że opieka medyczna powinna być skoncentrowana na pacjencie, bo jeden zadowolony chory wpływa na 5 osób, ale niezadowolony – aż na 25. Podkreśla, że w USA trzeba walczyć o dobrą opinię, bo w przeciwnym razie pacjent pójdzie gdzie indziej i przypomina, że chory oczekuje czegoś więcej niż uratowania życia. „Shut up, we are saving your life” – takie podejście to już przeszłość. Zwraca też uwagę na palący problem błędów medycznych. W USA to co trzeci powód zgonu, dlatego szpital powinien zwracać na nie szczególną uwagę, uczyć personel na zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, by móc je eliminować.

Tylko jak to zrobić? Na to pytanie próbuje odpowiedzieć prof. Maciej Dryjski, chirurg naczyniowy z University at Buffalo (USA). – Trzeba informować lekarzy o wynikach ich pracy, kosztach leczenia i omawiać problemy. Tylko cykliczne spotkania pozwolą na przygotowanie skutecznego planu działania na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa. Nie jest to jednak proste, bo lekarz czuje wewnętrzny niepokój przed poznaniem prawdy o sobie. To jednak konieczne – zaznacza.

Gospodarz wydarzenia, prof. Marek Rudnicki, pyta z kolei, czy możliwe jest, by w szpitalach nie było błędów medycznych? Na sali poruszenie, uczestnicy kiwają przecząco głowami. – Są zdarzenia, na które nie ma się wpływu, ale jest też całe mnóstwo takich, którym można zapobiec – odpowiada profesor. Można nie dopuścić do podania gorszego leku, upadku pacjenta, a także wprowadzić procedury eliminujące niektóre zdarzenia niepożądane. Najpierw trzeba je jednak zlokalizować. Objaśnia m.in., że podanie antybiotyku przed operacją zmniejsza powikłania po zabiegu. Ale trzeba dać odpowiedni lek, w dobrze dobranej dawce, we właściwym momencie. W szpitalu, w którym praktykuje, lekarz nie ma prawa naciąć skóry bez podania antybiotyku. Cewnik trzeba wyjąć w ciągu jednego dnia od operacji... Jest mniej powikłań. A co wymyśliła administracja, aby przekonać lekarzy do mycia rąk? Wynajęła panie notujące, kto ręce myje, a kto nie.

Polskie podwórko

Na koniec głos zabiera minister Konstanty Radziwiłł, który mówi m.in. o najważniejszych kierunkach zmian systemowych w polskiej służbie zdrowia. – Po pierwsze, lekarzy musi być dość, dlatego zwiększamy limit przyjęć na studia na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny. Polska nie jest jedynym krajem, w którym obowiązuje zasada numerus clausus – deklaruje. Rozpoczyna się dyskusja. Ktoś opowiada, jak to jest w Szwecji, ktoś inny wraca do polskich problemów.

Za trzy godziny wszyscy będą na uroczystej inauguracji w Teatrze Narodowym. Ale dla nas nie ma przerwy, idziemy na Plac Teatralny już teraz. Na scenie trwają próby przed galą. Główny organizator występu i reżyser gali – Jarosław Wanecki – dopina wszystko na ostatni guzik. Próba światła, dźwięku, tekstów, dostrajanie instrumentów. Wszystko musi zagrać na czas.

Kwadrans przed 18.00. W foyer gromadzą się goście. Zdjęcia, uśmiechy, atmosfera wyraźnie się rozluźnia. Ostatni dzwonek. Na scenę wchodzi prof. Rudnicki – Dzień dobry Polsko! Witam zgromadzonych gości. Na początek polski hymn i Polonez w wykonaniu Polskiej Orkiestry Lekarzy, oficjalne wystąpienia, wręczanie okolicznościowych statuetek, występy chórów lekarskich, które publiczności chyba spodobały się najbardziej.

Dzień kończy się bardzo późno. Rano kolejna, arcy-ciekawa część merytoryczna.

Jakiego specjalisty chcemy

Cztery sale wykładowe. Na którą iść? – Ty idziesz do A i B, a ja C i D – zapada decyzja. Teraz kolejny dylemat, czyli co wybrać: „Szczepienia – między wiedzą medyczną (EBM) a mitami” czy „Kiedy lekarz staje się specjalistą”? Nie wiadomo też, czy iść na sesję „Komunikacja lekarz – pacjent w przypadkach szczególnie trudnych” czy może wybrać „Stomatologię bez granic”. A może uda się to wszystko jakoś pogodzić? Podejmujemy próbę.

Po paru minutach okazuje się, że tak pracować się jednak nie da. Coś trzeba wybrać, a coś niestety pominąć. Ogromna szkoda. Dochodzimy do wniosku, że program jest przeładowany. Za duża konkurencja bardzo ciekawych tematów. Ogromnie ambitny scenariusz.

Zaglądamy na sesję o specjalizowaniu się lekarzy. Podczas swojej prezentacji Filip Dąbrowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy przy NRL, zwraca uwagę na niskie zarobki rezydentów, a także na nierealizowanie programów specjalizacyjnych przez jednostki szkolące. Dr Kornelia Król, od dwudziestu lat praktykująca w Chicago, dziwi się, że polscy młodzi lekarze narzekają na pensję, bo w USA specjalizanci też zarabiają skromnie, poniżej średniej krajowej, ale tam nikt na to nie patrzy, bo mają świadomość, że są wynagradzani adekwatnie do umiejętności. Kolejny głos z sali zwraca uwagę na inny problem – medycyna poszła tak technologicznie do przodu, że młodzi potrafią wykonywać wysublimowane, małoinwazyjne zabiegi, ale nie radzą sobie, gdy pojawiają się komplikacje. Wszystko przez to, że komplikacji i rozległych operacji jest coraz mniej, więc i mniejsza praktyka w tym zakresie. Prof. Romuald Krajewski zwraca uwagę na następny kwestię – w różnych krajach programy specjalizacyjne różnią się między sobą, co powoduje różnice w kompetencjach zawodowych. – Czy nie najlepszym wyjściem byłoby unifikowanie szkoleń pod kątem potrzeb i oczekiwań społeczeństwa? – pyta prof. Rudnicki.

Po zakończeniu dyskusji pytamy młodą osobę o wrażenia. To studentka z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uważa, że w Polsce doskonale uczymy teorii, ale nie umiemy przygotować młodej osoby do praktycznego wykonywania zawodu. – Mamy problem z podejmowaniem szybkich decyzji, boimy się odpowiedzialności, coś jest nie tak z naszym przygotowaniem – opowiada.

Nowy prezes

4 czerwca, na zebraniu Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, nowym prezesem wybrano Janusza Kasinę, a przewodniczącym Konwentu Doradczego Marka Rudnickiego. Więcej na www.gazetalekarska.pl.



FOTO: Marta Jakubiak (3), Lidia Sulikowska (2)

Spotykamy też dr Annę Lellę, prezydenta ERO FDI. – Sesja stomatologiczna była bardzo ciekawa. Znakomici wykładowcy z USA, Niemiec, Szwecji, Litwy, a także z Polski poruszyli wiele ważnych tematów. Cieszę się, że mieliśmy możliwość dyskusji w tak zacnym i szerokim gronie – podsumowuje. Stomatolodzy nie ograniczyli swojego udziału do tej jednej sesji, zabierali również głos na sesjach ogólnomedycznych.

Po przerwie kolejny dylemat: „W trosce o najwyższe standardy opieki nad matką i dzieckiem” czy „Przejrzystość w ochronie zdrowia”? „Hot topics – 10 wybranych tematów współczesnej medycyny” czy „Warszawski Uniwersytet Medyczny w rozwoju medycyny”? Każdy temat ciekawy, każdy wart wysłuchania. Jesteśmy jednak ciekawe, co o kongresie sądzą sami uczestnicy. Kim są? Po co tu przyjechali? Zatrzymujemy dwie panie. Jedna z Białorusi, druga z Łotwy. Mówią, że dla nich to przede wszystkim spotkanie koleżeńskie, że tylko tu mogą zobaczyć przyjaciół rozsiadanych po całym świecie. Podchodzimy do starszego pana, okazuje się że to tata samego prof. Krzysztofa Bankiewicza. – Przyjechałem posłuchać wykładu syna – mówi i opowiada, jak jego Krzys stał się znany na całym świecie... Zagajamy też bardzo miłą kobietę. To Ukrainka polskiego pochodzenia, od lat praktykująca we Włoszech. Mówi, że chce pracować w Polsce, bo tu są lepsze perspektywy na życie niż w Italii.

Uczta

W ostatniej tego dnia sesji rywalizują bloki tematyczne: „Medycyna translacyjna wyzwaniem XXI w.: polscy lekarze dla nauki w świecie”, „Historia najstarszych polskich towarzystw lekarskich na przełomie XIX i XX w.”, „Postępy w wybranych dziedzinach medycyny”, „Pozazawodowe pasje lekarzy”. Podjęcie decyzji nie jest łatwe, to wręcz wybór dramatyczny.

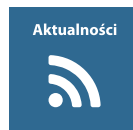
Decydujemy się na medycynę translacyjną. Wystąpienia mają m.in. prof. Zbigniew Wszolek, który mówi o postępach w genetyce choroby Parkinsona i znaczeniu współpracy wielośrodkowej, a także prof. Maria Siemionow z Uniwersytetu Illinois w Chicago (USA). Jej wykładu „Reconstructive Transplantation: From Laboratory to the Operating Room” sala słucha z zapartym tchem. Potem prof. Krzysztof Bankiewicz opowiada o postępach w terapii genowej mózgu. I inni...

Bardzo ciekawy, ale ogromnie wyczerpujący dzień.

Quo vadis, Polonia Medica?

W sobotę spotkania są już tylko na jednej sali. To dobrze. Można się skupić na jednej sesji i nie żałować, że gdzieś się nie było. To czas na podsumowanie dotychczasowej działalności medycznych organizacji polonijnych i wypracowanie celów na przyszłość. Prof. Marian Zembala komentuje, że to piękne, że tak wielkim ludziom chce się tu przyjechać i zarażać swoim entuzjazmem innych. I pyta samego siebie – Marian, ty się zastanów, ile możesz jeszcze zrobić...?! Prof. Marek Rudnicki wspomina o dobrze zorganizowanych Poloniach m.in. w USA, Francji czy Niemczech, ale też wskazuje kraje, gdzie polscy lekarze są rozproszeni i wyraża nadzieję na poprawę tej sytuacji. Padają też głosy, że Polonia się zmienia, że kiedyś polonusi pomagali Polsce w wyposażaniu placówek i szkoleniach lekarzy, teraz tej pomocy potrzebują lekarze polskiego pochodzenia zza naszej wschodniej granicy. Pojawiły się też mocne głosy, że aby Polonia medyczna przetrwała, musi zaangażować w swoje szeregi młodych ludzi. Czy to się uda? Pierwsze odpowiedzi może poznamy już za trzy lata, na kolejnym kongresie? Poprzeczka została postawiona bardzo wysoko. Z tym zadaniem będzie się musiał zmierzyć już nowy prezes Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie, bowiem prof. Rudnicki kończy właśnie swoją kadencję. ■

Relacja i kilkadziesiąt zdjęć z IX Kongresu Polonii Medycznej i II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich na www.gazetalekarska.pl.



Ryzyko podróżowania

Z **prof. Krzysztofem Korzeniewskim**, kierownikiem Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego w Gdyni, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Fachowe dane na temat zagrożeń i profilaktyki dla wyjeżdżających w rejon niebezpieczne: www.medycynatropikalna.pl

Czy polscy lekarze potrafią rozpoznawać choroby tropikalne?

Każdy przypadek gorączki niewiadomego pochodzenia u pacjenta, który wrócił z tropiku, powinien być diagnozowany w kierunku malarii badaniem mikroskopowym grubej kropli i cienkiego rozmazu. Przewlekłe biegunki powinny być diagnozowane m.in. w kierunku pasożytów jelitowych metodą dekantacji w mikroskopii świetlnej w przypadku pierwotniaków i flotacji w kierunku helminatów. Kto lekarzy i diagnostów ma tego nauczyć, skoro specjalizacja z parazytologii jest zawieszona od wielu lat, a specjalizacja z medycyny morskiej i tropikalnej dopiero zaczyna raczkować po wielu latach niebytu? W ubiegłym roku uczestniczyłem w Kongresie Medycyny Tropikalnej w Szwajcarii. Przedstawiano ponad 1100 prac. Byłem jedynym Polakiem i było to przygnębiające. Ale gorąco wierzę, że rozwój medycyny tropikalnej w związku z coraz większą liczbą podróżujących jeszcze przed nami.

Co mają jednak robić podróżni, którzy mają problem tu i teraz?

Pacjenci powinni być kierowani do specjalistycznych ośrodków medycyny tropikalnej w Poznaniu lub Gdyni. Nie zawsze to jednak wystarcza. Konsultowałem w ubiegłym roku pacjentkę, która wróciła z Karaibów z objawami sugerującymi chikungunya. W Polsce nie było możliwości wykonania badań diagnostycznych,

ponieważ laboratoria ze względów ekonomicznych nie utrzymują zapasu odczynników, które nie rokują szans na wykorzystanie. Musiałem więc zaproponować wykonanie badań w Niemczech.

Które rejon świata są dla zdrowia Polaków niebezpieczne i dlaczego?

Dla nas, podobnie jak i innych przedstawicieli klimatu umiarkowanego, szczególnie groźne są obszary strefy międzyzwrotnikowej w Afryce, Azji, Ameryce Południowej i Oceanii. Panują tam ciężkie warunki klimatyczne oraz niskie standardy sanitarne. Znalezione się w krótkim czasie w takim miejscu, przy braku profilaktyki, może skutkować problemami zdrowotnymi – od błahych nieżytów górnych dróg oddechowych, biegunk czy oparzeń słonecznych, po poważne schorzenia wymagające hospitalizacji. Do najczęstszych chorób wektorowych występujących w strefie tropiku i subtropiku należą: malaria, denga, chikungunya i ostatnio Zika, wszystkie przenoszone przez komary, oraz leishmanioza, przenoszona przez muchówki. Choroby rozprzestrzeniające się drogą pokarmową to głównie WZW typu A, dur brzuszny, pasożyty jelitowe. Kąpiel w zbiornikach wody słodkiej w strefie tropikalnej może prowadzić do zarażenia schistosomatozą. Zagrożeniem odzwierzęcym jest wścieklizna.

Jak duże są zagrożenia w poszczególnych regionach?

Analizy prowadzone przez GeoSentinel Surveillance Network wskazują, że choroby biegunkowe częściej występują u podróżnych powracających z Azji Południowej i Południowo-Wschodniej, malaria dominuje w Afryce Subsaharyjskiej, a choroby skóry częściej występują u osób podróżujących na Karaiby.

W Europie także są miejsca niebezpieczne?

Zagrożenia występują głównie w basenie Morza Śródziemnego. Rodzime przypadki malarii w Grecji w 2013 r., dengi we Francji i Chorwacji w 2010 r. czy leishmaniozy skórnej we Włoszech przestają już zaskakiwać. To nie wszystko, np. wiosną tego roku w Kosowie miałem do czynienia z licznymi zachorowaniami na pyłkowatego personelu wojskowego na gorączkę Q, której źródłem były owce, kozy i bydło z okolicznych pastwisk.

Jak wielu podróżnych choruje?

Szacuje się, że 15-70 proc. Ryzyko zachorowania zależy m.in. od warunków bytowych, planowanych aktywności,

FOTO: Archiwum prywatne

Pełna wersja
wywiadu na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej, szczepień ochronnych oraz ogólnego stanu zdrowia. Podróźni zazwyczaj uskarżają się na łagodne schorzenia, jedynie kilka procent osób ma poważne problemy zdrowotne. Badania przeprowadzone przez specjalistów medycyny tropikalnej z Europy Zachodniej wykazały, że na 100 tys. podróźnych z krajów wysoko rozwiniętych udających się do krajów Trzeciego Świata na miesiąc, 300 będzie hospitalizowanych, a jedna osoba umrze. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że główną przyczyną zgonu są choroby układu krążenia oraz wypadki komunikacyjne i utonięcia. Choroby zakaźne i pasożytnicze to tylko 1 proc. przyczyn zgonów podróźnych.

Czy do Polski często są zawlekane choroby tropikalne?

Stosunkowo rzadko. Nie jesteśmy krajem atrakcyjnym dla ludzi emigrujących z Afryki, Azji czy Ameryki Południowej, wciąż też nie wyjeżdżamy w te rejony masowo na urlopy czy do pracy. Inaczej niż w przypadku Niemiec, Francji, Wlk. Brytanii czy krajów skandynawskich. Żeby to zobrazować, wystarczy np. porównać liczbę importowanych przypadków malarii w poszczególnych krajach Europy. W latach 2000-2010 we Francji raportowano 56 636 zachorowań na malarię, w Wlk. Brytanii – 19 131, w Niemczech – 7581, w niezbyt licznej Danii – 1174, a w Polsce tylko 245. Łatwo więc przeoczyć choroby, z którymi nie ma się na co dzień do czynienia. Dlatego malaria, denga, chikunguya są często rozpoznawane jako gorączki niewiadomego pochodzenia. Leiszmanioza skórna, ze względu na polimorfizm zmian, jest często leczona jako zakażenie bakteryjne lub wirusowe. Bardzo dużym doświadczeniem trzeba wykazać się przy diagnostyce filarioz limfatycznych.

Z jakimi przypadkami mamy do czynienia w Polsce?

Według danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego w 2015 r. w Polsce raportowano 28 przypadków malarii oraz 12 – dengi. W ostatnich latach nie rejestrowano przypadków cholery, dżumy, wirusowych gorączek krwotocznych, ziarnicy wenerycznej, gorączki Zachodniego Nilu, żółtej gorączki, a więc chorób, które z mocy ustawy podlegają obowiązkowi zgłaszania, ale nie występują w Polsce. Zdarzały się pojedyncze przypadki chikungunya czy leiszmaniozy skórnej.

W ramach swojej pracy wyjeżdża pan badać polskich żołnierzy stacjonujących w rejonach niebezpiecznych. Na co chorują?

Dominują parazytozy jelitowe, których źródłem jest zanieczyszczona woda, gleba oraz zarażona ludność miejscowa. W latach 2010-2015 u ponad 25 tys. polskich żołnierzy pełniących służbę w Azji Centralnej i w Afryce Subsaharyjskiej leczylismy ponad 1400 przypadków zarażeń helmintami obłymi, płaskimi i patogenymi pierwotniakami. W ubiegłym roku mieliśmy też dwa przypadki malarii w Republice Środkowej Afryki, w kwietniu bieżącego roku dwa przypadki gorączki Q w Kosowie. To są zachorowania incydentalne. Badamy też lokalną ludność cywilną, m.in.

Afgańczyków, Kosowarów, i na tej podstawie dobieramy właściwą profilaktykę dla naszych żołnierzy.

Jak przygotować się na wyjazd? Warto w tej sprawie odwiedzić lekarza?

Warto, i to najlepiej specjalistę medycyny tropikalnej. Lekarz rodzinny lub lekarz innych specjalności, który nie pogłębia swojej wiedzy w zakresie chorób tropikalnych i pasożytniczych, nie jest najlepszym źródłem wiedzy. Mimo to, jeśli sprawdzi on niezbędne informacje na medycznych stronach internetowych i podzieli się nimi z pacjentem, będzie lepszym źródłem wiedzy niż przechwalający się na forach internetowych podróźnicy.

Jak lekarz może pomóc potencjalnemu podróźnikowi?

Trzeba przekazać informacje o właściwej profilaktyce zdrowotnej i zabezpieczeniu medycznym, co jest uzależnione od trasy i celu podróży, długości jej trwania, terminu wyjazdu i powrotu, rodzaju zakwaterowania, uprzednio wykonanych szczepień i aktualnego stanu zdrowia, m.in. chorób przewlekłych, stosowanych leków, zaburzeń odporności, ciąży. Lekarz powinien zaproponować terminarz szczepień ochronnych, chemioprophylaktykę przeciwmalaryczną, poradzić, jak właściwie skompletować apteczkę na wyjazd. Ważne jest też, by lekarz pokierował procesem diagnostyczno-leczniczym pacjenta z objawami chorobowymi po jego powrocie z podróży.

Kiedy szczepić się i przeciw jakim chorobom?

Cykl szczepień najlepiej zakończyć na 4 tygodnie przed podróży. W wybranych krajach Afryki i Ameryki Południowej obowiązkowe są szczepienia przeciw żółtej gorączce, a osoby udające się do Arabii Saudyjskiej na pielgrzymkę do Mekki muszą zaszczepić się przeciwko meningokokom. Pozostałe szczepienia należą do zalecanych. Wśród nich najpopularniejsze są wakcynacje przeciw WZW A, durowi brzuszному, cholerze, tężcowi, WZW typu B i wściekliźnie. Jeśli już wcześniej byliśmy szczepieni, należy przyjąć odpowiednie dawki uzupełniające i przypominające.

Czy zawsze trzeba wprowadzać profilaktykę przeciwmalaryczną?

W większości krajów Afryki Subsaharyjskiej malaria występuje całorocznie, ale jest również wiele krajów, gdzie transmisja choroby występuje okresowo albo do pewnej wysokości, zazwyczaj do 2000 m n.p.m. Ponadto malaria nie jest obecna w całej strefie międzyzwrotnikowej.

W ostatnim czasie karierę medialną zrobił wirus Zika. Jest się czego obawiać?

Jeśli potwierdzi się przenoszenie zakażenia drogą płciową, to rzeczywiście możemy mieć problem. Największe obawy budzą powikłania neurologiczne u dzieci urodzonych przez zakażone matki oraz u osób dorosłych. W chwili obecnej wiele hipotez opartych jest jednak na teorii prawdopodobieństwa. ■

Po igrzyskach pół roku bez seksu?

Mariusz
Tomczak

Brazylia to kraj, w którym wojsko walczy z... komarami. Dlaczego WHO odradza kobietom w ciąży wyjazd na igrzyska olimpijskie do Rio de Janeiro?

W niektórych rejonach świata ludzie panicznie boją się jadowitych pajaków, gdzie indziej postrach sięgą węże i krokodyle. Czego obawiają się w Brazylii? – Rząd, kościoły, drużyny piłkarskie, związki zawodowe... Wszyscy muszą przyczynić się do eliminowania miejsc lęgowych komarów. Wygramy tę wojnę – to słowa prezydent Brazylii Dilma Rousseff sprzed kilku miesięcy. W taki sposób zainaugurowała ogólnokrajową walkę z wirusem Zika, prosząc o oddawanie resztek żywności do utylizacji. O zmaganiach z wirusem rozmawiała m.in. z prezydentem USA Barackiem Obamą, gdzie dawno zaobserwowano pierwsze przypadki zachorowań. Brazylijski minister zdrowia Marcelo Castro określił rozprzestrzenianie się Ziki jednym z najpoważniejszych kryzysów zdrowotnych w dziejach kraju. – To wróg numer jeden – powiedział minister. Nic dziwnego, że w lutym brazylijski rząd zaangażował 220 tys. żołnierzy do rozdawania ulotek informujących o sposobach uniknięcia zarażenia Ziką i likwidacji lęgowisk komarów. Lokalizują swe „ofiary” z kilkudziesięciu metrów i, co ważne, niekoniecznie ze względu na produkty metabolizmu (rozkład potu przez bakterie, dwutlenek węgla pochodzący z oddechu), bo czasami przyciąga ich kolor ubrania. Grozy nie budzą rozmiary owadów, lecz konsekwencje dotyczące niemowląt i dorosłych po ukąszeniach. Komary przenoszą nie tylko wirusa Zika, ale wywołują również gorączkę denga (zwaną starszym kuzynem Ziki) i gorączkę chikungunya. Te trzy choroby są notowane w Rio de Janeiro, gdzie w dniach 5-21 sierpnia odbędą się XXXI Letnie Igrzyska Olimpijskie, a przeciwko żadnej z nich nie ma szczepionki. – Pozostaje tylko profilaktyka nefarmakologiczna, niedopuszczanie do ukłucia przez zakażonego owada – mówi Anna Kuna z Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej.

Bzyczy, drażni i kłuje, małopłowie powoduje

O wirusie Zika do niedawna słyszeli niemal tylko eksperci. W ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy sytuacja diametralnie się zmieniła. – Jesteśmy świadkami największej epidemii zachorowań na Zikę – tłumaczy dr Kuna. W samej Brazylii ilość przypadków klinicznych wiosną przekroczyła magiczną liczbę 1 mln. U większości ludzi zarażenie przebiega bezobjawowo, tylko u niektórych wywołuje gorączkę i wysypkę. U dorosłych wirus powoduje m.in. choroby neurologiczne. U nienarodzonych dzieci Zika może być przyczyną poważnej wady rozwojowej, charakteryzującej się nienaturalnie małymi wymiarami czaszki i mózgu. – Zika powoduje 20-krotny wzrost mikrocefalii u dzieci zakażonych matek, w kilka miesie-

cy zaobserwowano parę tysięcy takich przypadków – dodaje. To bodaj pierwszy przypadek w historii, kiedy ukłucie komara powoduje tak poważne przypadłości u dziecka. Jak niedawno podano w „Journal of Ophthalmology”, Zikę zaczęto podejrzewać i o to, że prowadzi do uszkodzenia tkanek oczu małych dzieci. Zika to jeden z nielicznych arbowirusów przenoszonych poprzez kontakty seksualne, a z ostatnich doniesień ze świata nauki wynika, że dochodzi do tego częściej niż dotychczas sądzono. Na razie nie wiadomo, czy zakażeni, aczkolwiek bezobjawowi mężczyźni, przenoszą Zikę także drogą płciową (to istotny aspekt m.in. z punktu widzenia dawstwa narządów czy krwi); nie wiadomo również, w którym trymestrze ciąży – o ile dojdzie do zakażenia kobiety ciężarnej – Zika jest najgroźniejsza i jakie implikacje niesie dla płodu. Wiemy jednak, co zrobić, gdy po igrzyskach w Brazylii ktoś wróci do domu z myślą o założeniu lub powiększeniu rodziny. – Po przechorowaniu objawowym z prokreacją należy poczekać w przypadku kobiet 8 tygodni, a mężczyźni aż 6 miesięcy [to rekomendacje amerykańskiej agencji rządowej CDC – przyp. red.]. Jeśli mogliśmy zostać ukłuci przez zakażonego komara, ale nie mieliśmy objawów klinicznych, czekamy „tylko” dwa miesiące. Każdą sytuację trzeba rozpoznawać indywidualnie – tłumaczy specjalistka. Nic dziwnego, że kilka miesięcy temu WHO nazwała epidemię Ziki „zagrożeniem dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym”. Zresztą, czy gdyby nie było powodów do niepokoju, to WHO odradzałaby podróże do Brazylii kobietom w ciąży i planującym dziecko tak, jak to zrobiła pod koniec maja br.? Władze USA już kilka miesięcy wcześniej ostrzegały kobiety ciężarne, aby unikały podróżowania do ponad 20 krajów, gdzie wykryto tego wirusa.

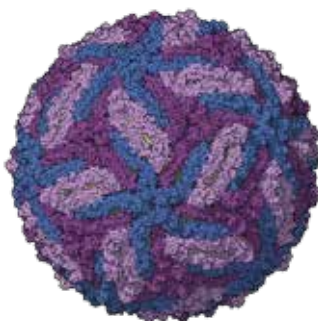
Płynąć tak, żeby nie chlapać wodą

Wielu chorobom można zapobiegać dzięki profilaktyce, zwłaszcza w zakresie szczepień ochronnych. – Brazylia żadnych szczepień nie wymaga. Brak obowiązku nie jest równoznaczny z brakiem ryzyka – przestrzega dr Agnieszka Wroczyńska z Krajowego Ośrodka Medycyny Tropikalnej w Gdyni. W jej ocenie szczepienia stanowią filar medycyny podróży i połowę sukcesu, bo autentyczne bezpieczeństwo zapewniają działania skoordynowane: zaszczepienie się w odpowiednim terminie przed wyjazdem i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w trakcie pobytu na miejscu. – Zasady są proste, ale wymagają pewnego przeszkolenia. Taki plan został opracowany także dla reprezentacji olimpijskiej – dodaje dr Wroczyńska. Igrzyska XXXI Olimpiady po raz pierwszy odbędą się w Brazylii. Nie od dziś wiadomo,

że na wynik sportowy wpływa nie tylko forma, ale również bieżący stan zdrowia. Nawet drobna dolegliwość może pozbawić szansy zdobycia olimpijskiego medalu. Polscy sportowcy są narażeni na ryzyko wynikające z przelotu i aklimatyzacji, a także chorób przenoszonych przez komary, drogą pokarmową czy kontakty seksualne. W świecie dziennikarzy sportowych krąży anegdota, że chcąc ustrzec się chorób skóry, przedstawiciele sportów „na wodzie” szlifują technikę wiosłowania tak, aby jak najmniej chłapać wodą. – Nie potwierdzam tej informacji – mówi prof. Jolanta Chwalbińska, lekarz współpracujący z Polskim Związkiem Towarzystw Wioślarskich. Faktem jest jednak, że jezioro, na którym odbędą się regaty wioślarskie i kajakarskie, nie należy do najczystszych (w ubiegłym roku świat obiegły zdjęcia akwenu z tysiącami śniętych ryb).

Aby unikać ukąszeń komarów polscy sportowcy lecący do Brazylii dostaną repelenty. Wszyscy olimpijczycy obowiązkowo zostali przeszkoleni w zakresie medycyny podróży (m.in. poprzez szkolenia e-learningowe na platformie internetowej www.zdrowerio.com), ale w zakresie wykonywania szczepień przymusu nie było. – Szczepienia ochronne członków polskiej reprezentacji olimpijskiej są szczepieniami zalecanymi, dobrowolnymi. Ilość osób, która nie chce ich wykonywać, nie przekracza 10 proc. Nie ma za to sankcji – wyjaśnia dr Jarosław Krzywański, członek Komisji Medycznej Polskiego Komitetu Olimpijskiego. Olimpijczykom jednoznacznie zalecono szczepienie m.in. przeciwko WZW B, bo przed zakażeniem nie chroni nawet pobyt w pięciogwiazdkowym hotelu. Zalecono też szczepienie przeciwko durowi brzuszemu. – To choroba rzadsza niż WZW A, ale obie mają poważne konsekwencje zdrowotne – przestrzega dr Wroczyńska. Igrzyska odbywają się w porze brazylijskiej zimy, w szczycie sezonu grypowego w tej części świata. Szczepionki przeciwko grypie stosowane w Polsce często są bezużyteczne podczas pobytu na półkuli południowej ze względu na odmienną epidemiologię szczepów tego wirusa. – Wirus grypy to mistrz metamorfozy. Zmienność antygenowa sprawia, że trzeba nie tylko szczepić się co sezon, ale osobom podróżującym z jednej półkuli na drugą zaleca się przyjęcie drugiej dawki szczepionki właściwej dla miejsca podróży – tłumaczy dr hab. Aneta Nitsch-Osuch z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Taką decyzję podjęto w odniesieniu do polskich olimpijczyków. – Musieliśmy wystąpić do ministra zdrowia na import docelowo. Chyba po raz pierwszy szczepionka dedykowana dla Ameryki Południowej znalazła się w naszym kraju – mówi dr Krzywański.

W sierpniowych igrzyskach weźmie udział ponad 10,5 tys. sportowców z ponad dwustu narodowych komitetów olimpijskich. Kilkanaście tygodni temu w miejscach, które wkrótce staną się areną zmagani sportowców, rozpoczęło się niszczenie terenów lęgowych komarów. Organizatorzy zapewniają, że podczas zawodów każdy z obiektów zostanie pieczołowicie wysprzątnięty. Przypomnijmy, że pierwsze infekcje Zika w Ameryce Południowej potwierdzono w Brazylii w ubiegłym roku, co miało wynikać z zawleczenia wirusa przez kibiców z Republiki Południowej Afryki, którzy przyjechali na odbywające się właśnie w tym kraju mistrzostwa świata w piłce nożnej. ■



Model wirusa Zika.



**Romuald
Krajewski**

Kierownik
Ośrodka Studiów,
Analiz i Informacji
Naczelnej Izby
Lekarskiej



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji
ds. Młodych
Lekarzy NRL

Proces kształcenia

Co sądzimy o szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy
dentystów w Polsce? Część 2. Przebieg szkolenia.

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” opisaliśmy wnioski z ankiety przeprowadzonej przez Ośrodek Studiów i Analiz NIL oraz Komisję ds. Młodych Lekarzy wśród 2700 lekarzy i lekarzy dentystów do 35. r.ż. na temat obowiązującego w Polsce systemu rekrutacji na szkolenie specjalizacyjne. Dziś prezentujemy opinie na temat samego procesu kształcenia.

W czasie przygotowań do badania młodzi lekarze postawili zasadnicze pytania. Czy programy specjalizacji są dostosowane do potrzeb szkolących się? Uczymy teoretycznie czy praktycznie? Czy młodzi lekarze w rzeczywistości wykonują wymagane procedury? Jaka jest jakość kursów organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego? Czy kierownicy specjalizacji rzetelnie pełnią tę funkcję?

Ogólne spojrzenie na wyniki ankiety prowadzi do wniosku, że młodzi lekarze i lekarze dentyści nie są obecnie zadowoleni ze sposobu odbywania specjalizacji. Większość aspektów szkolenia jest oceniana negatywnie. W skali od 1 do 5 (gdzie 1 to ocena skrajnie negatywna, a ocena 5 skrajnie pozytywna), większość uzyskała notę poniżej 3. Wyjątkiem jest tutaj program specjalizacji (ocena 3,11) oraz kierownicy specjalizacji, którzy oceniani są zdecydowanie najlepiej (ocena 3,92). Najgorzej oceniana jest dostępność kursów CMKP (ocena 2,37) oraz system dyżurów lekarskich (ocena 2,69).

Ankietowanych zapytaliśmy także o ocenę najważniejszych problemów i barier związanych ze szkoleniem (rycina 1).

Na uwagę zasługuje fakt, że wszystkie wymienione elementy oceniane są przez lekarzy negatywnie. Najniżej oceniono zarobki w trakcie szkolenia, liczbę miejsc akredytowanych do odbywania specjalizacji oraz konieczność realizacji specjalizacji na zasadach wolontariatu.

Ocena zasad systemu szkolenia specjalizacyjnego była dość neutralna. Jako najbardziej istotny problem systemu wskazano brak możliwości zmiany raz wybranej specjalizacji bez utraty miejsca rezydenckiego. Od czasu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z grudnia 2014 r. problem ten był wielokrotnie podnoszony przez Komisję Młodych Lekarzy NRL. Kompromisową propozycją przedstawioną Ministerstwu Zdrowia jest przyznanie prawa do 6 lat szkolenia w trybie rezydenckim. Jeżeli ktoś po dwóch latach stomatologii dziecięcej przeniesie się na ortodoncję, będzie musiał dokończyć specjalizację w innym trybie. Inne istotne problemy wskazywane w ankiecie to brak zewnętrznej kontroli nad jednostką szkolącą oraz kierownikami specjalizacji oraz brak możliwości realizacji wszystkich wymaganych programem specjalizacji procedur.

Nawiązując do programów specjalizacji, należy wspomnieć, że oceniane są one dość dobrze (średnia 3,11), jednak widoczne są duże różnice pomiędzy specjalnościami. Najlepiej oceniane są programy w neurologii, anestezjologii, stomatologii dziecięcej. Na drugim końcu listy znajdujemy onkologię, okulistykę, stomatologię zachowawczą. Główne problemy programów specjalizacji wymieniono na rycinie 2.

Trudność w realizacji całego programu specjalizacji wskazywana była głównie w chirurgii ogólnej, stomatologii zachowawczej oraz ginekologii i położnictwie. W niektórych specjalnościach ponad 50% lekarzy uważa, że programy specjalizacji są oparte na nieaktualnej wiedzy.

Wiedząc, że czym innym są teoretyczne założenia systemu, a czym innym codzienna praktyka, zapytaliśmy ankietowanych, jak oceniają realia szkolenia. Również ta ocena jest negatywna. W skali od 1 do 5 element ten uzyskał ocenę 2,81. Tylko 11% spośród respondentów nigdy nie spotkało się z nieprawidłowymi praktykami stosowanymi przez pracodawcę. Zdecydowana większość przynajmniej raz spotkała się z wykorzystywaniem szkolących się do prac niezgodnych z programem specjalizacji, z problemami z realizacją obowiązkowych kursów i staży częstkowych, przedmiotowym traktowaniem. To ważny aspekt przebiegu szkolenia, ponieważ młodzi lekarze wobec takich praktyk są właściwie bezsilni i obawiając się retorsji, rzadko dążą do rozstrzygnięcia w sądzie pracy.

Jednym z bardziej budzących wątpliwości wniosków, jakie płyną z przeprowadzonej ankiety, jest ocena kierowników specjalizacji. 2/3 ankietowanych pozytywnie ocenia ich pracę. Przede wszystkim doceniane są ich kompetencje, zarówno merytoryczne, jak i „miękkie” (rycina 3).

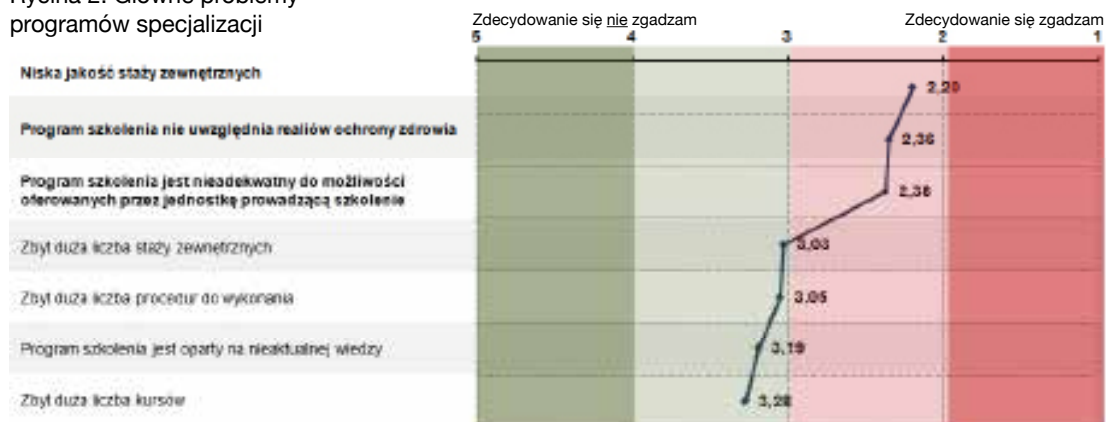
Obszarem, na którym często dochodzi do nieprawidłowych praktyk stosowanych przez pracodawców, są dyżury. 81% ankietowanych spotkało się z takimi praktykami w miejscu szkolenia. 48% negatywnie ocenia system dyżurów lekarskich. Najczęściej wskazywane problemy to brak możliwości negocjacji stawki dyżurowej, konieczność kontynuacji pracy w oddziale pomimo zakończenia dyżuru, niezgodne z programem specjalizacji oddelegowywanie na SOR, rozliczanie dyżurów niezgodne z faktycznymi godzinami pracy. Aż 17% lekarzy i lekarzy dentystów wskazało, że pracodawca uniemożliwia im pełnienie dyżurów lekarskich, pomimo że wymaga tego program specjalizacji.

Kursy organizowane przez CMKP są oceniane jako bardzo mało dostępne, szczególnie wśród lekarzy dentystów. Jako główne problemy ankietowani wskazywali niedostateczną liczbę kursów w pobliżu miejsca zamieszkania, brak systemu informującego o dostępnych wolnych miejscach, a także małą liczbę bezpłatnych kursów. Problemem jest również jakość kursów

Rycina 1. Najważniejsze problemy i bariery związane ze szkoleniem



Rycina 2. Główne problemy programów specjalizacji



Rycina 3. Ocena kierowników specjalizacji



organizowanych przez CMKP. Ogólna ocena ich jakości jest wyższa niż dostępności (2,93 vs. 2,37), jednak często wskazywano problem nierównego poziomu kursów.

W ankiecie staraliśmy się nie tylko zdiagnozować problemy, ale także dowiedzieć się, jak oceniane są propozycje ich rozwiązań. 80% ankietowanych uznało, że dobrym pomysłem byłoby wprowadzenie możliwości wyboru kierownika specjalizacji przez lekarzy szkolących się, a aż 90%, że należy wprowadzić system motywacyjny dla kierowników oraz listę ich obowiązków. Niemal równie duża liczba osób optowała za wprowadzeniem wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji. Młodzi lekarze bardzo pozytywnie odnoszą się do pomysłu wprowadzenia systemu zewnętrznej kontroli kierownika specjalizacji oraz jednostki szkolącej. 95% ankietowanych popiera pomysł urealnienia listy wymaganych programem specjalizacji procedur.

73% ankietowanych popiera propozycję, by głównym trybem odbywania specjalizacji było kształcenie w ramach zatrudnienia. Dodatkowo, 86% ankietowanych uznało, że znaczny wzrost wynagrodzenia w specjalizacjach deficytowych zdecydowanie poprawiłby sytuację kadrową w tych dziedzinach. 68,5% ankietowanych uznało, że wprowadzenie kursów e-learningowych byłoby dobrą alternatywą dla kursów stacjonarnych. Jediną propozycją, która nie uzyskała znacznego poparcia ankietowanych, był pomysł skrócenia czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego; tylko 25% uznało ten pomysł za dobry.

Czytelników zainteresowanych szczegółowymi wynikami zapraszamy do odwiedzenia strony OSAI NIL oraz na www.gazetalekarska.pl. W kolejnym wydaniu „Gazety Lekarskiej” przedstawimy opinie na temat egzaminów specjalizacyjnych. ■



**Leon
Ferfecki**

Lekarz
specjalista
psychiatra

Lekarze a choroba alkoholowa (część 2)

Znam przegranych i wygranych. Tych, którzy walczyli i poddali się. To moje doświadczenia w walce z chorobą alkoholową, także wśród kolegów lekarzy. Problem jest interdyscyplinarny.

Specyfikę choroby alkoholowej poznawałem podczas swojej trzyletniej (1990-1993) pracy w oddziale leczenia odwykowego alkoholików na Podbeskidziu, zorganizowanym już w 1977 r. przez dr. med. Krzysztofa Tremblę. Podczas terapii ponad 1500 pacjentów (20 łóżek detoksykacyjnych i 64 łóżka terapeutyczne), zgłębiałem jej tajniki (majaczenia alkoholowe i padaczka alkoholowa). Tam też od mojej szefowej, dr Haliny Jankowskiej-Sochy, uczyłem się m.in., jak radzić sobie z manipulowaniem przez alkoholików, który to mechanizm psychologiczny jest charakterystyczny w tej chorobie.

Pamiętam pacjentów lekarzy z tego oddziału. Neurolog przed czterdziestką, zaliczył kilka pobytów, nawet nie próbował zaangażować się w terapię, porzucił żonę i dzieci, pracę, przeniósł się ze swoją chorobą do innego miasta na wschód i tam zginął w pożarze. Drugi, 50-letni doktor habilitowany, który – wydawało się – skorzystał z terapii, po niespełna roku, zakończył życie samobójczo. Także 61-letni chirurg z doktoratem, ordynator w szpitalu klinicznym, przegrał z chorobą alkoholową. Wykształcił wielu chirurgów, był znany z pieczołowitego doglądania pacjentów po operacjach, ale często sięgał do barku z trunkami w swoim gabinecie i zmarł z powodu krwotoku z żyłaków przełyku w wyniku alkoholowej marskości wątroby na swoim własnym oddziale. Młody lekarz, tuż po studiach, z powodu picia nie był w stanie pracować w zawodzie, zarabiał na życie, głównie na alkohol, rozładowując wagony kolejowe. Rejonowa lekarka po trzydziestce w małej miejscowości, faworyzująca pacjentów, którzy potrzebowali zwolnienia z pracy, często była wynoszona z gabinetu kompletnie pijana. Inna lekarka, po spowodowaniu kolizji drogowej pod wpływem alkoholu, z powodu picia dwukrotnie stawiała przed komisją w okręgowej izbie lekarskiej. Ta elegancka, czarująca pani doktor, robiąca wrażenie na członkach komisji swoją wiedzą na temat choroby alkoholowej i deklaracjami, że podda się terapii, po 2 latach była już wyniszczoną alkoholizmem kobietą. Też zginęła w pożarze. Wojskowy chirurg po pięćdziesiątce, oddelegowany w stanie wojennym na stanowisko dyrektora szpitala powiatowego (komendant pozbył się w ten sposób kłopotliwego lekarza alkoholika), zjawił się w powiecie ze świeżo poślubioną żoną (dwudziestokilkuletnią pielęgniarką) i oczywiście ze swoim alkoholizmem. Długo mówiono o jego ekscesach. Inny przypadek – profesor, chirurg, szef kliniki, podczas zajęć ze studentami

wszedł za parawan w dyżurce pielęgniarskiej, aby napić się spirytusu salicylowego ze stolika zabiegowego.

W ciągu 40 lat lekarskich obserwacji, mogę powiedzieć, że niewiele się zmieniło odnośnie zapadalności lekarzy na chorobę alkoholową i inne uzależnienia. Tyle tylko, że są nowe substancje psychoaktywne (opiaty z polskiego maku zastąpiły inne narkotyki, młodzi używają „dopalaczy”). Powstają też i „rozkręcają się” nowe uzależnienia – zakupoholizm, uzależnienie od internetu, gier komputerowych, hazardu, jedzenia.

Jak chorują lekarze i jak sobie z tym radzą, a raczej nie radzą, świadczą tytuły prasowe. „Polscy lekarze piją na potęgę, leczą nas alkoholicy”. Jak to jest, dobrze wiemy i każdy z nas może wiele na ten temat powiedzieć. Niestety, z chorobą alkoholową i innymi chorobami uzależnieniowymi nasze środowisko lekarskie radzi sobie słabo. Inaczej niż w USA, gdzie jednym z dwóch założycieli AA w 1935 r. był lekarz alkoholik. Jak dobrze tamtejsze społeczeństwo zaznajomione jest z problemem uzależnień, pokazuje amerykańska literatura z fantastycznie trafnymi portretami psychologicznymi uzależnionych bohaterów. Książki „Autostrada” Howarda Northa i „Pilot” Roberta P. Davisa, a z profesjonalnych pozycji: „Od jutra nie piję. Praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnienia od alkoholu” Vernona E. Johnsona i „Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia” Stephanie Brown – oddają istotę problemu. Polskie społeczeństwo ciągle ma o nim blade pojęcie. Pomaga, kiedy publicznie znane osoby szczerze i otwarcie mówią o swojej śmiertelnej chorobie – Wiktor Osiatyński, aktorka Izabela Cywińska, dziennikarz Krzysztof Dowgird, modelka Ilona Felicjańska, aktor Lech Dyblik, ksiądz Stanisław Kowalski.

Czy kiedyś my, lekarze, staniemy się awangardą w ukazywaniu społeczeństwu jako autorytety (wszak chodzi, powtarzam to raz jeszcze, o chorobę) tych zagadnień, najlepiej na własnym przykładzie? Tak jak działania dra Macieja Frąckowiaka, onkologa z Poznania (vide internet). Powinniśmy też mieć ugruntowaną wiedzę i być w pełni świadomi tego, że choroby uzależnieniowe, jak wszystkie przewlekłe schorzenia (metaboliczne, nowotworowe, układu krążenia, psychiczne, układowe), cechują się swoistą etiologią, patogenezą, początkiem, rozwojem, przebiegiem i zejściem. W ich rozwoju i przebiegu ma udział genetyka oraz neurochemia, plastyczność, procesy destrukcyjne i regeneracyjne struktur OUN, procesy

psychiczne – kształtowanie się specyficznej psychologii i psychopatologii, uwarunkowania środowiskowe. Choroby uzależnieniowe mają rozmaity przebieg, najczęściej wpływają na historię życia uzależnionych. Charakteryzują się też różną siłą i nawrotnością, jednych chorych zabijając wcześniej, innych paradoksalnie przez całe lata napędzają do czasem znakomitych osiągnięć. Jak na razie, w ich leczeniu medycyna odnosi niewielki skutek, chorych ratują przede wszystkim terapie psychologiczne oparte na wypracowanych przez alkoholików zasadach ruchu samopomocowego (AA).

To ogromna wiedza i praktyka. Dlaczego więc wśród różnych specjalności medycznych brakuje zajmującej się uzależnieniami? Mogłaby nosić nazwę np. abuzologii lub holizmologii albo po prostu: choroby uzależnieniowe. Studenci medycyny powinni odbywać obowiązkowe praktyki w ośrodkach terapii uzależnień, a moduł „holizmologii” obowiązywać w wielu specjalizacjach – w medycynie rodzinnej, internie, psychiatrii, neurologii, a w takich jak chirurgia – przynajmniej staże. W każdym szpitalu wieloprofilowym powinien funkcjonować oddział dla uzależnionych, współpracujący z interną, psychiatrią, neurologią, chirurgią i OIOM-em. Bo jest to problem interdyscyplinarny. Społeczeństwo też powinno o tych chorobach dużo wiedzieć, i to już od przedszkola. Osoby kompetentne (najczęściej trzeźwiejący alkoholicy) podkreślają, że w walce z alkoholizmem najbardziej istotna jest wiedza. W poczekalniach i gabinetach lekarzy rodzinnych oraz lekarzy innych specjalności powinny być widoczne informacje o miejscach, gdzie można korzystać z terapii z uzależnień. I – bez obaw! – nie wchodzi w rachubę wprowadzanie jakiegokolwiek przymusu leczenia. Wystarczy wiedza, dostępność do terapii i traktowanie tych schorzeń jak wszystkie inne choroby przewlekłe, np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, alergie, choroby nowotworowe. Niezbędne jest umiejętne postępowanie z chorymi, zwłaszcza tymi, którzy z powodu objawów zagrażają otoczeniu. Podobnie jak w przypadku prątkujących chorych na gruźlicę płuc czy też pobudzonych psychotycznych. Wówczas tolerancja dla lekarzy alkoholików, przede wszystkim nietrzeźwych w pracy, nie trwałaby długo i zamiast konsekwencji dyscyplinarnych, otrzymaliby oni fachową pomoc. Taka reakcja stworzyłaby szansę na zahamowanie postępu choroby i jej skutków na wczesnym etapie, zapobiegając nieuchronnie postępującej destrukcji osobowości – uszkodzenia kory mózgowej, otępienia i tzw. charakteropatii alkoholowej, zespołu Korsakowa, paranoi i halucynozy alkoholowej, polineuropatii oraz uszkodzenia narządów wewnętrznych. Od kolegi chirurga wiem, jaki kłopot sprawiają pobudzeni, mający pacjenci alkoholicy po operacjach, którzy doznali przerwania ciągu opilczego, z czym dawniej radzono sobie (kolega chirurg to stosował), podając alkohol etylowy. Stosowane dziś benzodwazepiny nie są tak skuteczne. Otóż uważam, że w takich sytuacjach powinno się, antiquo modo, podawać pacjentom C₂H₅OH w zmniejszających się dawkach,

a pełen detoks przeprowadzić w późniejszej fazie okresu pooperacyjnego. Ale dziś w „poprawnych” (czytaj: pełnych hipokryzji) czasach oczywiście nie podamy alkoholu etylowego w celach leczniczych.

Czy środowisko lekarskie nie powinno świecić przykładem, wykazując się wiedzą na wysokim poziomie o chorobach uzależnieniowych i działaniami na rzecz dotkniętych nią lekarzy? Gdyby zapanała moda na kształcenie się i dokształcanie w tej dziedzinie, gdyby oczywiście było uczestniczenie w otwartym mitingu AA, a w dobrym tonie szacowanie, a nawet prezentowanie swojej osobistej podatności na uzależnienia, tak jak to robiła brytyjska telewizja. Predyspozycja na uzależnienie jest immanentną cechą każdego człowieka w zakresie od 1 do 100 proc. (opcja zerowa odpada). Co ciekawe, spotyka się alkoholików „trzeźwiejących”, którzy mówią, iż urodzili się alkoholikami. Dobrze być tego świadomym i od czasu do czasu zastanowić się, czy nie przekracza się granicy między przyjemnym, rozluźniającym korzystaniem z używek, oddawaniem się pasjom, a uzależnieniem. Warto zapytać o to członków rodziny, przyjaciół czy fachowca od uzależnień. Twórcy klasyfikacji ICD-10 określili takie pogranicze jako już zaburzenia chorobowe pod postacią kategorii „używanie szkodliwe”, np. F10.1 – Używanie szkodliwe alkoholu, F13.1 – Używanie szkodliwe leków uspokajających i nasennych, F15.1 – (...) innych substancji stymulujących, w tym kofeiny, F17.1 – (...) tytoniu.

Czy stać nas zatem na osiągnięcie niekwestionowanej pozycji w profesjonalnym (wiedza, praktyka) podchodzeniu i radzeniu sobie z chorobą (chorobą – powtarzam to jak mantrę) alkoholową oraz w ogóle chorobami uzależnieniowymi? Optymistyczna odpowiedź brzmi: tak. Świadczą o tym artykuły dra Bohdana Woronowicza, ustanowienie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy przy okręgowych izbach lekarskich, powstawanie grup AA lekarzy (jak ta w Krakowie), działalność kolegi lekarza alkoholika Macieja Frąckowiaka w Poznaniu.

Jednak o tym, jak wiele trzeba zmienić w naszej świadomości, świadczy treść ogłoszenia zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” nr 06/07/2015 w dziale „Praca/zatrudnienie”, którą przytoczę jako pointę mojego listu: „Ogólnopolska sieć prywatnych przychodni, specjalizujących się w leczeniu uzależnień, Nasz-Gabinet (oddział w Poznaniu, Łodzi, Katowicach, Krakowie) poszukuje lekarzy do współpracy. Specjalizacja nie jest wymagana. Przyjmujemy pacjentów w naszych przychodniach oraz dojeżdżamy do domu. Zakres pracy: odtrucie alkoholowe oraz implantacja disulfiramu. Szkolimy nasz personel, zapewniamy dogodne, indywidualne warunki współpracy, niezbędny sprzęt oraz materiały. Elastyczny grafik pracy, wysokie zarobki. Mile widziani młodzi, energiczni lekarze. Wymagany samochód. (...)”. Miało być bez komentarza, a jednak. Oto sposób na to, aby młodzi, energiczni lekarze, zamiast pomóc chorym na chorobę alkoholową (zasobnym finansowo), służyli im w utrwalaniu i postępie ich śmiertelnej, skracającej życie, destrukcyjnej choroby. ■



**Maria
Domagała**

Ile i za co dopłaca pacjent

Dużą pozycję w budżetach europejskich systemów ochrony zdrowia stanowią środki prywatne, czyli dopłaty pacjentów; i to zarówno gdy służbę zdrowia finansuje się z podatków, jak i z ubezpieczenia powszechnego.

Srodki prywatne pokrywają od 15 do 30 proc. całkowitych kosztów ochrony zdrowia. W krajach, w których zasady refundacji świadczeń i dopłaty pacjentów są dobrze skonstruowane i zrównoważone, system ten dobrze działa, jest uważany za sprawiedliwy, a pacjenci są zadowoleni z poziomu i jakości opieki.

Częściowe obciążenie pacjentów opłatami za świadczenia wprowadzano w krajach europejskich, gdy okazywało się, że całkowicie bezpłatna publiczna ochrona zdrowia jest nie do utrzymania. Wśród argumentów na rzecz dopłat podawano: rosnące koszty leczenia i opieki, niemożność kontroli popytu na usługi, konieczność racjonalizacji wydatków i zachęcenia obywateli do bardziej odpowiedzialnego korzystania ze świadczeń, wreszcie – wymóg kierowania środków na droższe świadczenia i procedury, podczas gdy koszty mniej poważnych problemów zdrowotnych pacjent powinien częściowo wziąć na siebie.

Państwa dbają o to, by obciążenia te nie były dla obywateli nadmierne. Przyjmuje się generalną zasadę – choć realizowaną w różny sposób – że wydatki pacjentów na ochronę zdrowia nie powinny przekraczać 2-3 proc. dochodów rodziny. Gdy okazuje się, że może to być więcej, włącza się różne mechanizmy ochronne. To wyraz troski o zdrowie wszystkich, o sprawiedliwy i równy dostęp do świadczeń.

Dzielenie się kosztami z pacjentami przybiera dwie główne formy: dopłaty za świadczenia i produkty medyczne refundowane (czasem do tego odnosi się określenie „współpłacenie”) i opłaty bezpośrednie za świadczenia i produkty nierefundowane – obie formy potocznie określa się opłatami OOP (out of pocket – z kieszeni pacjenta). Czasem we współpłaceniu pośredniczą instytucje dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych. W większości krajów UE15 nie ma opłat nieformalnych lub są marginesem.

Francja

Powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego pokrywa 80% wydatków na zdrowie, reszta pochodzi ze środków prywatnych. Pacjentów obciążają: • koszty usług

spoza pozytywnej listy usług refundowanych i leki bez recepty, • opłaty typu hotelowa w szpitalu 18 € na dobę (w psychiatrycznym 13,5 €), 18 € za najdroższe procedury, • dopłaty, tzn. różnica między ustawowym cennikiem usługi a poziomem jej refundacji, a więc 20% kosztów leczenia szpitalnego, 30% kosztów usługi prywatnego lekarza, 40% ceny badań, analiz i produktów medycznych. Zredukować te wydatki pomaga dobrowolne ubezpieczenie prywatne. Oprócz tego obowiązują drobne opłaty za niektóre usługi w lecznictwie otwartym: 1 € za każde badanie, test, zdjęcie (do 4 € dziennie), 0,5 € za każde opakowanie leku, 2 € za transport. Ubezpieczenie prywatne tych opłat nie pokrywa, ale po przekroczeniu pewnych rocznych pułapów opłaty nie obowiązują (tu: 50 €). Są też zwolnienia z opłat dla chorych przewlekle, kobiet w ciąży, niepełnosprawnych dzieci, emerytów, ofiar wypadków w pracy i in.

Większość kosztów współpłacenia można odpisać od podatków. Mimo tego i wyznaczonych pułapów wydatki pacjenta na leczenie mogą być znaczne – od kilkuset do kilku tys. €. Zmniejszyć je pozwala popularne we Francji ubezpieczenie prywatne, pokrywające łącznie 13 proc. wydatków na ochronę zdrowia. W efekcie udział wydatków OOP przeciętnie w gospodarstwie domowym wynosi poniżej 2 proc. całkowitej konsumpcji (w krajach OECD 2,9%).

Anglia

Świadczenia powszechnej służby zdrowia w większości są bezpłatne, ale zasadą jest udział pacjentów w kosztach (cost-sharing). Opłaty bezpośrednio pobiera się za prywatne leczenie w placówkach NHS, leki bez recepty, opiekę okulistyczną. Współpłacenie dotyczy leków na receptę i opiekę stomatologiczną. Część wydatków może pokryć prywatne ubezpieczenie medyczne (korzysta z niego 13% Brytyjczyków), refunduje ono 61% opłat OOP. Niektóre usługi, normalnie za dopłatą, np. okulistyczne, są bezpłatne dla dzieci, studentów, osób o niskich dochodach, powyżej 60. r.ż. itp. Stacjonarna opieka socjalna i długoterminowa jest odpłatna i zależy od dochodów podopiecznego: jeśli przekraczają 23 250 £,



pokrywa on pełne koszty, gdy są niższe – proporcjonalną część. W Anglii dopłata do leku wynosi 7,20 £, ale ok. 50% ludności jest zwolnionych (populacje „specjalnej troski” – jw.). W innych częściach GB nie ma dopłat za leki na receptę. Leki OTC są pełnopłatne, ale gdy lekarz wypisze na nie receptę, pacjent tylko dopłaca. Opieka stomatologiczna: badanie, diagnostyka, profilaktyka – dopłata 16,5 £; leczenie, wypełnienie, ekstrakcje – 45,6 £; korony, protetyka 198 £ (ceny w różnych częściach GB różne). Opłat nieformalnych nie spotyka się.

Niemcy

Obowiązkowe dla wszystkich ubezpieczenie zdrowotne pokrywa 85% kosztów opieki zdrowotnej, wydatki OOP wynoszą 13,7% – najwięcej na leki, opiekę szpitalną, pielęgniarstwo i konsultacje lekarskie (za nie opłaty wprowadzono w 2004 r.); stanowią one 1/7 całości prywatnych kosztów pacjentów. Są odpisywane od podatku. Pozostałe to głównie bezpośrednie opłaty za usługi nierefundowane. Opłaty pacjentów: ryczałt 5–10 € za wszystkie leki – niezależnie od kosztów różnicy między poziomem refundacji a ceną ustawową; 10 € za dzień pobytu w szpitalu i sanatorium (do 28 dni w roku) i 5–10 € za usługi i produkty w opiece ambulatoryjnej, takie jak stomatologia, transport, porada pielęgniarska, rehabilitacja, wypisanie recepty. Od 2012 r. istnieje opłata 10 € na kwartał za pierwszą wizytę u lekarza (niekoniecznie GP) lub dentysty. Zwalniają z współpłacenia: wiek (dzieci i młodzież), ciąża, szczególne potrzeby zdrowotne (choroby przewlekłe); dotyczy to ok. 30% populacji. Ok. 50% recept jest zwolnionych z opłat – zwolnienie przysługuje, jeśli roczne wydatki rodziny na ochronę zdrowia przekraczają 2% dochodów (przy poważnej chorobie przewlekłej 1%). Ubezpieczenie prywatne pokrywa wydatki na protezy dentystyczne, pobyt szpitalny, sprzęt medyczny.

Wydatki OOP na zdrowie są w Niemczech dość niskie – 1,8% całkowitej konsumpcji rodziny. W 2011 r. rodzina ze średnimi dochodami wydawała rocznie ok. 1000 \$.

Belgia

Opłaty w opiece otwartej: konsultacja lekarza ogólnego – 25 proc. ceny, wizyta domowa – 35 proc., konsultacja specjalisty, fizjoterapeuty, dietetyka – 40 proc. Renciści, wdowy i sieroty, niepełnosprawni, starsi, długotrwale bezrobotni z rocznymi dochodami poniżej 14.340 € płacą odpowiednio 10, 15 i 20%. W opiece szpitalnej są dopłaty: za dobę pobytu, specjalne warunki i opiekę lekarską, leki (0,62 €/dzień), badania laboratoryjne (7,44 €/pobyt), procedury techniczne (16,40 €/pobyt). Są limity dopłat zależne od dochodów: przy najniższych – maksymalne do 450 € rocznie, przy przekraczających 41 730 € refundacji podlegają wydatki powyżej 1800 €. Na pozytywnej liście jest ok. 2500 leków w pełni lub częściowo refundowanych – zależnie od ważności terapeutycznej i społecznej.

Kraje skandynawskie

W Skandynawii również obowiązuje zasada, że słabsi powinni być chronieni, zaś ci, których stać na opłaty za świadczenia zdrowotne, powinni je uiszczać. W całej Norwegii opłaty są jednakowe (ale nie ma w szpitalu). Opłata za poradę GP wynosi 24 €, specjalisty 41 €, fizjoterapeuty, ambulatorium szpitalnego – 29 €, za badanie radiologiczne, laboratoryjne – 6 €. Większość dorosłych za poradę stomatologiczną płaci 100 proc.

Zwolnienia z opłat i dopłat dotyczą dzieci – różne zakresy zależne od wieku; nie ponoszą opłat kobiety w ciąży i po porodzie, chorzy zakaźnie, na choroby zawodowe, po wypadkach przy pracy, najubożsi emeryci i mieszkańcy domów opieki. Powyżej rocznego pułapu dopłat wszystkie usługi są refundowane: leczenie i leki – ponad 265 €; stomatologia, fizjoterapia, pobyt w ośrodkach rehabilitacyjnych i leczenie za granicą – powyżej 342 € (2012). Nie występują opłaty nieformalne.

W Szwecji udział pacjentów w kosztach usług medycznych jest jednakowy dla wszystkich. W 2011 r. za konsultację GP płacono się 11–22 € (100–200 SEK), specjalisty w szpitalu 25–35 €. Doba w szpitalu – 9 €. Poniżej 20. r.ż. większość opłat nie dotyczy. Przed nadmiernymi kosztami chronią roczne pułapy, np. za porady medyczne i leki jest to 122 € przez rok od pierwszej opłaty, za usługi stomatologiczne – 333 €.

W Finlandii opłata za poradę lekarską to 11 € jednorazowo lub roczny abonament 33 €, porada specjalistyczna w szpitalu – 22 €, 72 € za zabieg chirurgiczny. Są też opłaty dobowe za pobyt w szpitalu. Powyżej 590 € rocznie świadczenia są bezpłatne. Bezpłatne są też wybrane rodzaje świadczeń, niektóre produkty i usługi. Najniższe uposażenia nie są z definicji zwolnieni z współpłacenia, mogą jednak otrzymać pomoc socjalną. Leki recepturowe są refundowane na trzech poziomach: 42%, 72% i 100%. Pacjent pokrywa koszty leków do 630 € rocznie.

Duńscy pacjenci płacą częściowo za leki, usługi stomatologiczne, psychologiczne i inne pozaszpitalne, także za okulary, leki nierecepturowe i zabiegi chirurgii kosmetycznej. Leki w szpitalu są bezpłatne, lecz w lecznictwie otwartym pacjent płaci – do 116 € (865 koron) rocznie; powyżej przysługuje refundacja, w przypadku niepełnoletniego – refundacja 60 proc. Poziom refundacji zależy od wydatków: do 189 € rocznie wynosi 50 proc., do 408 € – 75 proc. i powyżej – 85 proc. Chorzy przewlekłe i wymagający drogiego leczenia po przekroczeniu 477 € mogą uzyskać pełną refundację. Opieka szpitalna zasadniczo jest bezpłatna, opłaty są tylko za niektóre procedury i nie wszędzie.

Koszty dopłat można odpisać od podatku. Opłaty nieformalne są nieznane.

Ciąg dalszy przeglądu nastąpi. ■

Na podstawie:
Health System
Review: Belgium,
Denmark, Finland,
France, Germany,
Norway, Sweden,
United Kingdom.



Joanna
Sokołowska



FOTO: Adobe Stock

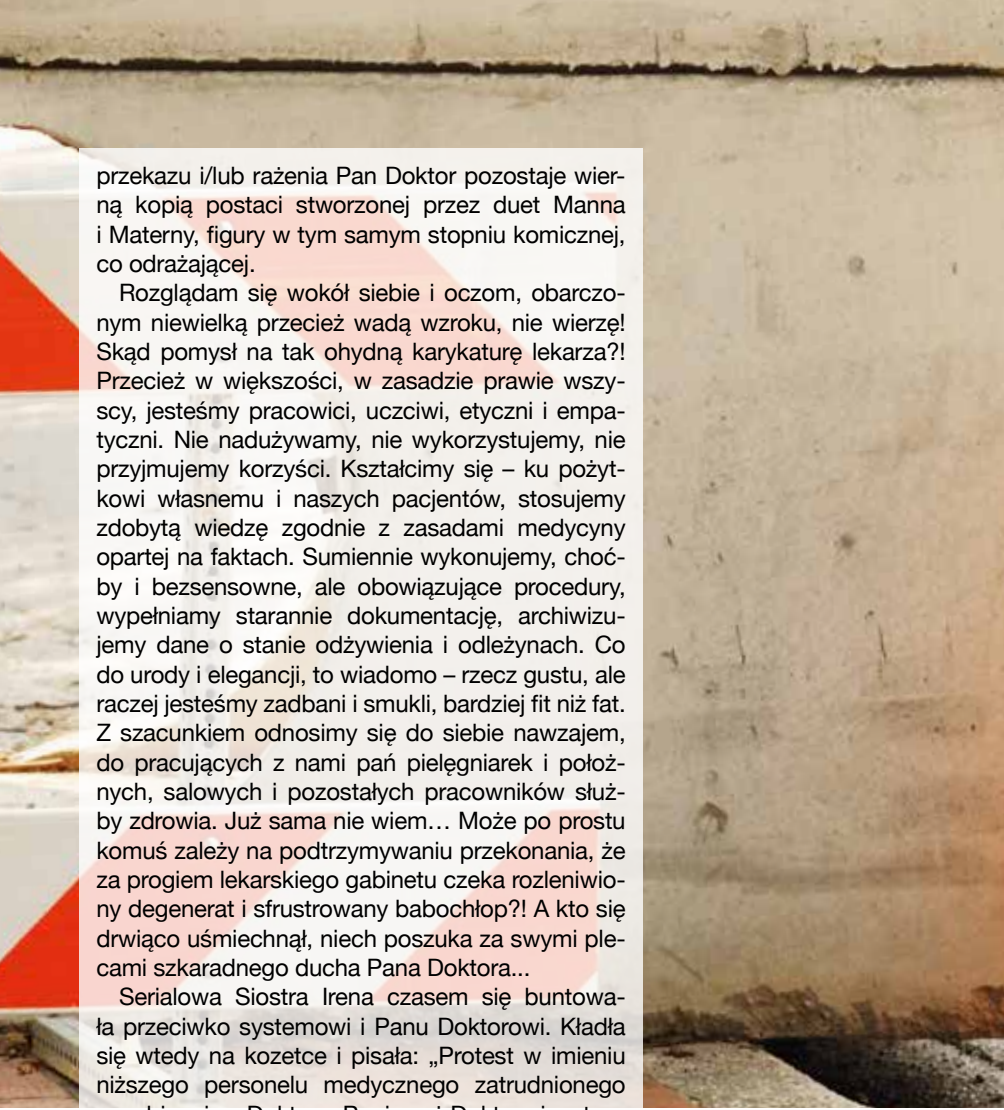
Są nierozłączni, choć raczej z konieczności niż z wyboru.

On – z wyraźną nadwagą, w lekarskim kitlu nie pierwszej świeżości. Zazwyczaj rozparty w fotelu, nad pełnym medycznego bałaganu biurkiem. Wiecznie zmęczony, choć raczej wczorajszym wieczorem niż dzisiejszą pracą. Niedouczonej – w sposób jawny i bez poczucia winy. Nadużywający – w gabinecie i poza nim. Poniżający, z samej definicji przecież „niższy personel”, ale też zakłócających spokój gabinetu pacjentów. Gdyby nie ta niemiła aparycja, byłby uderzająco podobny do reaktora Wojciecha Manna z radiowej Trójki.

Ona – no cóż, zdecydowanie mało kobieca, choć wykonująca jeden z najbardziej kobiecych zawodów na świecie. Wysoka, kostyczna, twarz zmęczona. Typ: raczej kobieton. Gdyby nie pielęgniarski czepek, lekko przekrzywiony na siwiejących krótkich włosach i czasem ślad szminki na ustach, śmiało można by powiedzieć – Krzysztof Materna we własnej osobie.

Pamiętacie ich na pewno — Siostra Irena i Pan Doktor – bohaterowie „Gabinetu Lekarskiego” z emitowanego w latach 90’ programu „Za chwilę dalszy ciąg programu”. Byli jak Aniela i Lucjan Dulscy polskiej medycyny, którzy swoje brudy piorą we własnym gabinecie. Ona – w milczeniu

znosiła jego drwiny i tuszowała błędy. Choć miała poczucie własnej wartości, z niewiadomych powodów wciąż pozostawała bezgranicznie mu oddana i lojalna. On – impertynent pasożytujący na jej doświadczeniu i umiejętnościach. Uśmiechacie się na wspomnienie ich telewizyjnych przekomarzańek, w których mogliśmy się przeglądać, jak w nieco krzywym zwierciadle? Obawiam się, że niesłusznie... Widma Pana Doktora i Siostry Ireny wciąż bowiem krążą nad polskimi szpitalami i przychodniami. I zatruwają umysły – nasze, Sióstr naszych i Pacjentów na nas skazanych. Nie zmieni tego uporczywe zamieszczanie wszędzie, gdzie się da, portretów: promiennie uśmiechniętej pani w elegancko skrojonej białej garsonce i towarzyszącego jej pana, o wyglądzie starzejącego się Pierce’a Brosnana, ze stetoskopem na szyi. Chociaż wszelkie medyczne portale, strony internetowe, informatory i seriale medyczne epatują takim właśnie wizerunkiem, wzbudzających zaufanie medyków, nawet dzieci wiedzą, że polska pielęgniarka, to raczej taka łagodna wersja Siostry Ireny – zapracowanej, zmęczonej, źle opłacanej, nieco zahukanej i mocno niedocenionej kobiety w średnim wieku. A polski Pan Doktor? W oficjalnych środkach masowego



przekazu i/lub rażenia Pan Doktor pozostaje wier-
ną kopią postaci stworzonej przez duet Manna
i Materny, figury w tym samym stopniu komicznej,
co odrażającej.

Rozglądam się wokół siebie i oczom, obarczo-
nym niewielką przecież wadą wzroku, nie wierzę!
Skąd pomysł na tak ohydny karykaturę lekarza?!
Przecież w większości, w zasadzie prawie wszy-
scy, jesteśmy pracowici, uczciwi, etyczni i empa-
tyczni. Nie nadużywamy, nie wykorzystujemy, nie
przyjmujemy korzyści. Kształcimy się – ku poży-
tkowi własnemu i naszych pacjentów, stosujemy
zdobytą wiedzę zgodnie z zasadami medycyny
opartej na faktach. Sumiennie wykonujemy, choć-
by i bezsensowne, ale obowiązujące procedury,
wypełniamy starannie dokumentację, archiwizu-
jemy dane o stanie odżywienia i odleżynach. Co
do urody i elegancji, to wiadomo – rzecz gustu, ale
raczej jesteśmy zadbani i smukli, bardziej fit niż fat.
Z szacunkiem odnosimy się do siebie nawzajem,
do pracujących z nami pań pielęgniarek i położ-
nych, salowych i pozostałych pracowników służ-
by zdrowia. Już sama nie wiem... Może po prostu
komuś zależy na podtrzymywaniu przekonania, że
za progiem lekarskiego gabinetu czeka rozleniwio-
ny degenerat i sfrustrowany babochłop?! A kto się
drwiąco uśmiechnął, niech poszuka za swymi ple-
cami szkaradnego ducha Pana Doktora...

Serialowa Siostra Irena czasem się buntowa-
ła przeciwko systemowi i Panu Doktorowi. Kładła
się wtedy na kozetce i pisała: „Protest w imieniu
niższego personelu medycznego zatrudnionego
w gabinecie u Doktora. Ponieważ Doktor nieustan-
nie poniża personel niższy, źle się wyraża o kobie-
cości personelu oraz nie korzysta z doświadczeń
personelu, nie mówię już o zarobkach, niniejszym
do momentu spełnienia postulatów, w postaci:
po pierwsze – szacunek; po drugie – honory; po
trzecie – podwyższenie pensji; po czwarte – uho-
norowanie, ogłaszam strajk okupacyjny i uważam,
że nie będę nic robiła do momentu, kiedy postula-
ty powyższe nie zostaną spełnione”. O, jaka była
śmieszna w tym swoim proteście! Wszyscy prze-
cież wiedzieli, że wystarczyło odwołać się do jej
dobrego serca, poczucia obowiązku i coś obiecać,
by przestała się borykać i wróciła do pracy.

Ten strajk siostry Ireny przypominał mi się kilka-
krotnie w minionych latach. Ostatnio – gdy obser-
wowałam wydarzenia w warszawskim Instytucie
Centrum Zdrowia Dziecka. Przypominał mi się,
bo zobaczyłam ją wśród protestujących kobiet –
sfrustrowaną, zmęczoną, w tak zwanym średnim
wieku, domagającą się „szacunku i honorów”.
Z początku jej nie poznałam. Nie miała na głowie
czepka – niechcianego symbolu wykonywanego
zawodu. Była smutna, jakby przeczuwała, że zaraz
ktoś odwoła się do jej dobrego serca i poczucia
obowiązku. Jakby już wiedziała, jak to się skończy.

A jeśli ona tam była, to może gdzieś jednak ukry-
wa się i Pan Doktor ze wszystkimi swoimi przywa-
rami? Czy aby nie gdzieś wśród nas? ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Lekarz na widowni

Dawniej podczas przedstawień teatralnych obowiązywały dyżury lekarskie. Różnego rodzaju zasłabnięcia zdarzały się nie tylko artystom na scenie, ale również widzom na widowni.

Spektakle operowe zatrudniają kilkuset wykonawców i niemal drugie tyle obsługi. Wcale niezadkie bywają więc nagłe niedyspozycje solistów lub chórzystów, kontuzje tancerzy, zdrowotne niedyspozycje muzyków czy wypadki przy pracy maszynistów i elektryków. Stała obecność lekarza była więc wielkim dobrodziejstwem, a często wręcz koniecznością.

Jak jest teraz, wolę nie wiedzieć. Pewien średnio kompetentny czynnik na moje pytanie w tej sprawie odpowiedział, że jak nie ma w pobliżu lekarza, to artyści znacznie rzadziej zapadają na cokolwiek, a więc koszty eksploatacyjne spektaklu są o tyle niższe. Wszędzie te – często bezsensowne – oszczędności!

Dyżurujący dawniej lekarze siedzieli wśród publiczności, a w przerwach – gdy nic się nie działo – chętnie dzielili się swymi spostrzeżeniami i uwagami z nadzorującym przedstawienie dyrektorem. Ich refleksje dotyczyły często spraw artystycznych, poziomu wykonania i kondycji zdrowotnej wykonawców. Ale nie tylko. Komentowaliśmy to, co działo się na widowni, jej skład, reakcje na to, co oglądano na scenie i rozmaite zachowania się w teatrze. Zdarzało się, że trzeba było udzielić pomocy widzowi nie dlatego, że zbyt mocno przeżywał akcję sceniczną, ale na skutek ataku po wieczornym przejedzeniu, niezabrania z domu niezbędnych leków lub wypiciu nadmiernych ilości trunków w bufecie na pierwszym piętrze w czasie antraktu i spadnięcie ze schodów w drodze powrotnej na parter.

Szkoda, że zlikwidowano te lekarskie dyżury. Od czasów, które opisuję, w teatrach wiele się zmieniło. Ciekawe, jak komentowaliby te nowe obyczaje potomkowie Hipokratesa, obserwujący teatralną codzienność. Obecnie większość, zwłaszcza tej lepiej ubranej publiczności, przychodzi z aparatami fotograficznymi i telefonami komórkowymi, aby mieć pamiątkę z pobytu w przybytku Melpomeny. Dawniej wystarczyło kupienie programu z obsadą. Teraz trzeba pozować w westybule, w rzędach, na tle kurtyny i podczas aplauzu. Mimo zakazu ogłaszanego przez megafony (okropny zwy-

czaj!), należy ukradkiem sfotografować przedstawienia z udziałem żony oklaskującej artystów, zwykle w paradowej sukni, etoli i biżuterii. Do dobrego tonu należy nie wyłączać komórki, a gdy zadzwoni, oznajmić, że jest się właśnie w teatrze „spektakl okropny, publiczność senna, zadzwonię później i wszystko ci opowiem”.

Widzowie mniej eleganccy wnoszą na widownię butelki z piciem – co dawniej było nie do pomyślenia – i trąbią nimi w kierunku sceny. Bywają również przypadki konsumpcji wcale nie pralinek i cukierków, jak ongiś, ale kanapek, pizzy, a nawet kielbasy z bułką (ale to już rzadziej).

Zdarzają się przypadki zaśnięć, pojedynczych lub zbiorowych. Dzieje się to najczęściej na spektaklach awangardowych reżyserów, którzy sami nie rozumieją tego, co wyreżyserowali. Trudno więc dziwić się znużonej publiczności.

Nie lepiej dzieje się na scenie, zwłaszcza po zakończeniu przedstawienia. Na skutek aplauzu kolejno pojawiają się soliści na tle stojącego chóru, który – nie wiedzieć czemu – razem z publicznością oklaskuje protagonistów. Jednych mocniej, drugich słabiej, innych wcale, według chórowego uważania. Soliści też sobie wzajemnie biją brawa, ściskają się, całują, składają gratulacje, a w końcu wyciągają zza kulis spoconego dyrygenta, który opierając się, udaje, że nie jest niczemu winien.

W końcu bileterzy wynoszą bukiety. Często otrzymują je chórzystki z ostatniego rzędu, a nie kłaniające się gwiazdy. Kiedyś usłyszałem za plecami komentarz pewnego melomana, który mówił do żony: popatrz, kwiaty dostała nieznana śpiewaczka od wielbicieli, bo pewnie jest niedoceniana przez dyrekcję. Często obok bukietów artyści na oczach publiczności odbierają maskotki, misie, laleczki, paczki żywnościowe, butelki trunków, żywe pieski, morskie świnki, a nawet raz widziałem kanarka w klatce.

Jak dobrze, że nie muszą tego oglądać dyżurujący lekarze, których pracę z prawdziwym sentymentem wspominam z teatralnej codzienności przed laty. ■

Listy do redakcji

**Mieczysław
Dziedzic**

Lekarz

Nie wszystko na sprzedaż

Nowoczesne społeczeństwo konsumpcyjne zaspokaja podstawowe potrzeby w zakresie żywienia, ubioru i gromadzenia dóbr materialnych, a także potrzeby społeczne – dostęp do wykształcenia, kultury i zdrowia.

Do świadomości dociera przekonanie, że kupić można także zdrowie. Traktowanie opieki medycznej jako jednej z gałęzi gospodarki, na równi z rynkiem surowcowym, działalnością usługową i handlem, prowadzi na niebezpieczne manowce

koniunkturalizmu i utylitaryzmu, a profesor Tołłoczko nazywa to etyką „rynkową”.

Relatywizacji podstaw moralnych sprzyja nazewnictwo: pacjent jest świadczeniobiorcą, lekarz świadczeniodawcą, a szpital jest przedsięwzięciem biznesowym. Leczenie ambulatoryjne i szpitalne z założenia ma być dochodowe, bo obowiązuje ekonomizacja, która bywa przyczyną lekarskich dylematów. Nieuzasadnione rozszerzanie diagnostyki, niepotrzebne

Powiedz tkance

Kolejna reklama wprawiła mnie w osłupienie. „Powiedz tkance tłuszczowej: Nie!”. Pewnie zbyt dosłownie traktuję takie przekazy, bo od razu zaczynam się zastanawiać, czy ja kiedykolwiek rozmawiałem ze swoją tkanką tłuszczową? I co jej powiedziałem? Czy mi odpowiedziała?

A może nie chodzi o rozmowę z własną tkanką tłuszczową? Tekst reklamy nie stwierdza tego jednoznacznie. Może chodzi o kogoś bliskiego? „Powiedz tkance tłuszczowej żony/męża: Nie!”. Kiedy taka rozmowa mogłaby się odbyć? Bo może tkanka tłuszczowa, jak zwierzęta, przemawia tylko raz w roku, w Wigilię? Zaraz, zaraz... Zdaje się, że rzeczywiście, parę razy po kolacji wigilijnej słyszałem, jak coś mi mówi „Przesadziłeś”. Może to była ona? Słuchać może na pewno nie tylko w Wigilię. Czy można do niej mówić tylko: „Tak!” albo „Nie!”? Czy docierają do niej bardziej rozbudowane komunikaty? Czy opowiadanie tkance tłuszczowej o konflikcie wokół Trybunału Konstytucyjnego ma jakikolwiek sens?

Dla mnie i wielu ludzi nieskojarzonych zawodo-wo z histologią, takie rozważania mogą brzmieć absurdalnie, ale nie zdziwiłbym się, gdyby wśród Państwa, czytelników „Gazety Lekarskiej”, trafili się tacy, którzy mając stały kontakt z różnymi tkankami, czasem z nimi dyskutują. To zresztą świetny pomysł na tytuł książki – na przykład wspomnienia wybitnego chirurga: „Rozmowy z tkanką”. Ostatnio coraz trudniej o dobry, niewykorzystany jeszcze tytuł, więc sprawdziłem, czy czegoś takiego ktoś już aby nie napisał. Na szczęście nie. Ale było blisko. W roku 2014 ukazało się wydawnictwo pod tytułem: „Miłosz. Tkanka łączna”. Zbiór esejów, fragmenty korespondencji autora książki z naszym wybitnym poetą. Czyli motyw tkanki w literaturze już się pojawił.

W telewizji podano informację, że osiołek z wrocławskiego ogrodu zoologicznego będzie typował wyniki meczów polskiej reprezentacji piłkarskiej na Euro 2016. Dostanie do wyboru trzy tacki z takimi samymi smakołykami. Jeśli

podejdzie najpierw do tej z polską flagą, znaczy, że wygramy, jeśli do tej z flagą naszych rywali – przegramy, podejście do trzeciej oznacza remis. W czasie Mistrzostw Europy w 2008 r. taką samą robotę dla reprezentacji Niemiec wykonywała ośmiornica. Podobno z dużym sukcesem. Każda pomyłka naszego eksperta będzie pewnie kwitowana złośliwościami typu: „No wiadomo, osioł!”, każde trafienie – pochwałą: „Patrz, jakie to mądre”. I niby to tylko zabawa, niby nikt w to nie wierzy, patrząc na jego marsz w stro-nę tacek z jedzeniem, każdy widz pobłażliwie się uśmiecha, ale kiedy Zidane (bo tak się nazywa) idzie do polskiej flagi, słysząc, jak cały naród oddycha z ulgą. To tak, jak z Cyganką. Przecież nie wierzę w jej wróżby, ale lepiej, żeby powiedziała, że będę żył długo i szczęśliwie. Jeśli osiołkowi dobrze pójdzie, jeśli będzie miał „wysoką sprawdzalność prognoz”, powinniśmy jego zdolności wykorzystać dla dobra kraju. Pozwolić mu uchwalać budżet państwa i wybrać jedną z trzech strategii rozwoju gospodarczego, niech ustala kolejność na listach wyborczych i decyduje, jakie programy rozrywkowe będą się pojawiały w telewizji. Akurat to ostatnie chyba już nawet robi.

Problemy budżetowe i organizacyjne w służbie zdrowia też da się załatwić takim żartobliwym sposobem. Zamiast drogiego sprzętu, tych wszystkich tomografów, aparatów rentgenowskich, postawić w każdym szpitalu katarzyniarza z papużką, która dziobkiem będzie wyciągała prawdopodobną diagnozę.

To „Powiedz tkance tłuszczowej: Nie!” zrobiło mi w mózgu takie spustoszenie, że zaczęła mi się wymyślać piosenka ludowa o niewiernym mężu: „Przylapałam twoje tkanki/ Jak ukradkiem szły do Danki”. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

wdrażanie lepiej opłacanych procedur i pozorne „oszczędności na pacjentach” kolidują z wiedzą i sumieniem lekarskim. Lekarska „etyka rynkowa” jest określeniem pejoratywnym. „Rynek zdrowia” może przynosić krociowe zyski. Powiązania z przemysłem farmaceutycznym i udział lekarzy w reklamie leków jest naganne, a rzecznicy odpowiedzialności zawodowej wszczynają postępowania, stojąc na stanowisku, że etyka zawodowa jest ważniejsza od korzyści materialnych.

Reklamy suplementów diety sugerują, że zakup produktu jest stuprocentową gwarancją stuletniego

życia. Przyzwolenie na stosowanie wszystkich reguł wolnorynkowych, że „wszystko, co nie jest zabronione – jest dozwolone” – nie przystoi przedstawicielom zawodu zaufania publicznego. Kodeks Etyki Lekarskiej jednoznacznie zabrania używania przez lekarza nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych, a dotyczy to produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz suplementów diety. Lekarski obowiązek szerzenia oświaty zdrowotnej i profilaktyki nie jest identyczny z komercyjną propagandą quasi-zdrowotną, w której biorą udział lekarze. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej monitorują środki masowego przekazu ▶

i w latach 2013-2015 prowadzili 42 sprawy pod kątem udziału lekarzy w reklamach.

Wprowadzie suplementy diety nie są lekami, ale 60 proc. tych produktów można kupić w aptekach, które kojarzą się ze zdrowiem. Apteki sprzedają też środki kosmetyczne, pielęgnacyjne, upiększające, odmładzające, odchudzające i... preparaty homeopatyczne. W 2013 r. zwolniono producentów leków homeopatycznych z wymogu przedstawiania badań klinicznych, czyli udowodnienia ich skuteczności. Zgodnie z prawem farmaceutycznym środki te podlegają uproszczonej procedurze dopuszczenia do obrotu i mają taki sam status, jak leki.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia tzw. medycynę alternatywną i homeopatię, powołując się na fundamentalne normy etyczne zawodu lekarza: wypełnianie zadań zgodnie z sumieniem, współczesną wiedzą medyczną, nie uleganie mechanizmom rynkowym oraz zakaz stosowania bezwartościowych lub niezwyfikowanych naukowo metod. Wobec lekarzy stosujących homeopatię toczą się postępowania dyscyplinarne. Reakcją producentów leków homeopatycznych było doniesienie do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który wszczął z urzędu postępowanie przeciwko Naczelnej Izbie Lekarskiej z zarzutem, iż przyjęte stanowisko, że „stosowanie homeopatii stoi w sprzeczności z zasadami etyki lekarskiej”, narusza interesy rynku. Prezes UOKiK wydał decyzję nakazującą zaniechanie ograniczania lekarzom ordynowania produktów homeopatycznych i nałożył na Naczelną Izbę Lekarską karę: 49 113,89 zł. W liczącym 46 stron uzasadnieniu podkreślono naganność poglądów lekarzy na homeopatię i wyrażono nadzieję, że kara spełni funkcję edukacyjną i wychowawczą (!). Ostatecznie

stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie homeopatii i organizowania szkoleń w tym zakresie zostało obronione na drodze sądowej, gdyż wolność gospodarcza i swoboda podmiotów na rynku nie może być przedkładana ponad obowiązek leczenia zgodnie z aktualną wiedzą lekarską. Instytucje państwowe powinny wspierać wykonywanie zawodu lekarza w myśl tej fundamentalnej zasady.

Tymczasem Śląski Uniwersytet Medyczny kontynuuje studia podyplomowe na kierunku „Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji” zakończone egzaminem i świadectwem podpisanym przez rektora. Przeciwno homeopatii wystąpił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – dr n. med. Maciej Hamankiewicz, pisząc do rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego: „... prowadzenie na wyższej uczelni medycznej zajęć z metod postępowania, których skuteczność nie jest potwierdzona rzetelnymi i wiarygodnymi dowodami naukowymi, jest nieporozumieniem. Uczelnia prowadząca działalność naukową nie powinna promować metod postępowania, które nie znajdują należytego oparcia w wiedzy naukowej”. Argumentem przemawiającym za studiami „homeopatia” jest utowarowienie i komercjalizacja szkolnictwa: państwowa uczelnia kształcąca lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i pielęgniarki – oferuje płatne zajęcia, irracjonalne kwalifikacje i fikcyjny cenzus.

„Urynkowanie”, w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego, nie musi oznaczać bezwzględnej dominacji wolnego rynku oraz komercji, a zysk nie może być ważniejszy od moralności, obyczajów i lekarskiego sumienia. Bezwzględne podporządkowanie się władzy pieniądza prowadzi do dehumanizacji medycyny. Samorząd lekarski, działając w obronie pacjentów, konsekwentnie się przeciwstawia wszelkim działaniom zagrażającym zdrowiu i nieuczciwym praktykom rynkowym.

Zakaz przedstawiania fałszywych autorytetów

**Marcin
P. Nowak**

Lekarz

Z zaciekawieniem przeczytałem w numerze 5/2016 „Gazety Lekarskiej” tekst Katarzyny Strzałkowskiej, w którym wreszcie poruszono istotną i kontrowersyjną kwestię udziału lekarzy w reklamach. Nie jestem jednak zwolennikiem proponowanego tam rozwiązania tego problemu.

Należałoby tu zastanowić się, co właściwie bulwersuje nas w przedstawionym procedurze. Przynajmniej mnie osobiście nie bulwersują reklamy, w których dany preparat zachwala sąsiadka czy osoba z rodziny. Nie zbulwersowało mnie też, gdy kiedyś przedstawiciel firmy farmaceutycznej przekazał mi reprint publikacji pozytywnie wypowiadającej się o pewnej nowej formie leku wraz z ulotką podającą „przykładowy” preparat takiego typu. Po zastanowieniu myślę, że kluczowy jest tutaj rodzaj stosowanej argumentacji.

Podręczniki logiki mówią o argumentacji merytorycznej oraz o przeciwstawianej jej argumentacji erystycznej, służącej nie przedstawieniu swych racji i dojściu do konstruktywnych konkluzji, ale osiągnięciu przewagi nad przeciwnikiem w dyskusji. Są takie dwa argumenty: argumentum ad auctoritatem (z autorytetu) oraz argumentum ad verecundiam (z nieśmiałości). Ten pierwszy jest uznanym argumentem merytorycznym, ten ostatni – erystycznym. Przykładowo, jeśli powiemy, że materia i energia stanowią dwa przejawy tego samego zjawiska, bo stwierdził to Albert Einstein, argumentujemy prawidłowo, merytorycznie, powołując się na uznany w fizyce autorytet. Jeśli jednak chwalilibyśmy ustrój komunistyczny, przywołując kilka wypowiedzi Einsteina z młodości, popełniamy argumentum ad verecundiam, bo Einstein żadnym autorytetem od spraw komunizmu nie był. Jego

opinia nie ma tu żadnej wartości, może co najwyżej onieśmielić potencjalnego rozmówcę, nie każdy bowiem waży się mieć zdanie odmienne od osoby o tak wielkim i znanym nazwisku (stąd zresztą nazwa tego pseudoargumentu). Tak więc argument z nieśmiałości polega na wykorzystaniu wypowiedzi czy poglądu osoby, która autorytetem w danej dziedzinie nie jest – tak, jakby chodziło o wypowiedź czy pogląd autorytetu w tej dziedzinie. Czyli chodzi o – mówiąc po ludzku – oszukanie rozmówcy czy odbiorcy.

W mojej opinii reklamy z udziałem lekarzy mają właśnie charakter argumentum ad verecundiam. Biorą w nich zwykle udział lekarze niepraktykujący, jak wynika z artykułu p. Strzałkowskiej, często niemający w ogóle kontaktu z medycyną. Przedstawiani są zaś jako praktykujący lekarze, a wypowiadane przez nich zdania – jako ich opinie jako fachowców – jako sposób ich praktykowania na co dzień. Osoba, która ileś lat

temu rozstała się z medycyną, nie stanowi autorytetu takiego, jak praktykujący lekarz. Na tym polega to oszustwo, dlatego oburza. Natomiast występująca w reklamie sąsiadka siłą rzeczy nie ma autorytetu lekarza. Zaś wspomniany przeze mnie rozdawany reprint stanowił wypowiedź rzeczywistego autorytetu – stanowi argumentum ad auctoritatem, choć może motywy tej argumentacji już takie czyste nie były. Dlatego takie zjawiska mnie nie oburzają.

Tak więc zamiast rozdrabniania się, wskazania, co wolno lekarzowi (by agencje reklamowe po zakazie dla lekarzy zatrudniły pielęgniarki, dietetyków itd.), moim zdaniem wystarczyłby ogólny zakaz stosowania w reklamach argumentum ad verecundiam. Czyli przedstawiania fałszywych autorytetów. Problem tylko, czy zakaz taki dałoby się wprowadzić, bo ocena, czy posłużono się takim pseudoargumentem, czy nie, nie należałaby zapewne do łatwych.

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.

03.10.2016, 30.11.2016 – „Warsztaty skutecznych negocjacji”

04.10.2016, 29.11.2016 – „Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich”

19.09.2016, 13.12.2016 – „Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych”

24.10.2016, 30.11.2016 – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”

25.10.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”

17.10.2016, 05.12.2016 – „Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia”

26.09.2016, 25.10.2016, 15.11.2016, 06.12.2016 – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”

27.09.2016; 26.10.2016; 16.11.2016; 05.12.2016 – „Asertywna komunikacja lekarzy”

19–20.09.2016, 15–16.11.2016 – „Lider zespołu”

07.12.2016 – „Umiejętności kierowania zespołem”

20.09.2016, 26.10.2016, 14.12.2016 – „Warsztaty wybranych umiejętności menedżerskich w zarządzaniu podmiotem leczniczym”

17.10.2016, 07.12.2016 – „Warsztaty autoprezentacji dla lekarzy”

28.11.2016 – „Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”

29.11.2016 – „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”

18.10.2016 – „Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy”

19.10.2016 – „Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany”

09.11.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów w relacji z pacjentem oraz reagowanie na obiekcje i zarzuty z jego strony”

26.09.2016; 08.11.2016 – „Zarządzanie sobą w czasie”

04.10.2016; 12.12.2016 – „Motywowanie pracowników i wzmacnianie relacji”

27.09.2016; 28.11.2016; 14.12.2016 – „Jak radzić sobie z grami psychologicznymi pacjentów?”

03.10.2016; 07.11.2016; 06.12.2016 – „Perswazja i wywieranie wpływu w pracy lekarza”

08.11.2016 – „Przychodzi przedstawiciel do lekarza”

12.12.2016 – „Dlaczego tak naprawdę potrzebujemy samorządu?”

18.10.2016 – „Lekarz przed sądem – jak tego uniknąć, jak się bronić”

09.11.2016 – „Lekarz, jako pracownik – lekarz, jako pracodawca”

19.10.2016; 13.12.2016 – „Agresywny pacjent – aspekty prawne”

28.09.2016, 24.10.2016 – „Dziecko i Rodzic w gabinecie lekarskim i stomatologicznym”

07.11.2016 – „Oswoić umieranie – praca z pacjentem terminalnym”

10.10.2016; 21.11.2016 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

22–23.11.2016 – „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S”

Kursy w zakresie radiologii zakończone egzaminem (egzamin płacony 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



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na zimno

Płótna Davida to mistrzostwo kompozycji. Widać to zwłaszcza w jego obrazach grupowych: zawsze idealnie przemyślane ułożenie postaci, rozplanowanie kolorystycznych plam, gestów rąk i zgięć ciał, które składają się na dramatyczne historie przysięg, zdrad czy politycznych zawirowań.

To dramatyzm przemyślany, wyczelowany w najmniejszym szczególe, uwieczniony w matematycznej precyzji linii i złotych punktów. Wszystko powinno tu działać. A jednak to dramat na zimno.

Widać to szczególnie wyraziście w „Chorobie Antiocha”. David zaprasza widza do bogato zdobionej sypialni młodzieńca. W zasadzie trudno na pierwszy rzut oka nawet stwierdzić, że scena odbywa się w pokoju. Wygląda to bardziej na świątynię, w której ktoś odważnie postawił łożo z baldachimem. Dokoła niego zgromadziła się grupa młodych kobiet. Niektóre z nich stoją, sugestywnie przechylając do siebie zmartwione głowy, jedna klęczy u stóp łóżka, wpatrzona w chorego.

Chory, jak na chorego, wygląda nadspodziewanie rześko. Ma niby omdlewającą głowę, ale dość dziarsko wspiera się na przedramieniu,

prezentując godną pozazdroszczenia klatkę piersiową. Dwaj mężczyźni obok niego dają wyraz swym emocjom w teatralnych gestach dłoni, jeden wskazuje na stojącą przed nim kobietę, drugi jakby bezradnie rozkłada dłonie. David zamyka dramatyzm sceny w tych właśnie gestach, nie bez przyczyny umieszczając dłonie postaci na przecięciu się linii idealnej kompozycji, rozkładając akcenty dokładnie u ich zbiegu w złotych punktach. Dramatyzm pod kreskę, wygrany przy użyciu wszystkich sprawdzonych środków klasycyzmu. Obliczony z chirurgiczną niemal precyzją. I jakoś nie mogę oprzeć się wrażeniu, że w tym chłodzie kalkulacji David gubi sedno całej historii.

Czy zatem heros leżący w łóżku rzeczywiście jest chory, czy to tylko teatralna poza? Jeśli jest chory, to co mu dolega? ■



a

Obraz:
Jacques-Louis David,
Choroba Antiocha



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 sierpnia 2016 r.

W temacie maila należy wpisać GL06.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent******

Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 05/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Natalia Pluta z Katowic
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 05/2016

Obraz oryginalny: a

Diagnoza:

Wielu badaczy twierdzi, że ten idealny Witrufiański człowiek cierpiał na przepuklinę pachwinową lewostronną. Narośl w okolicach krocza mężczyzny wskazywać może na tę chorobę.

Różnice różniące obrazy

1. Krótsze włosy.

Charakterystyczne długie włosy młodzieńca przypominają te z autoportretów samego Leonarda.

2. Dłonie nie dotykają do krawędzi kwadratu.

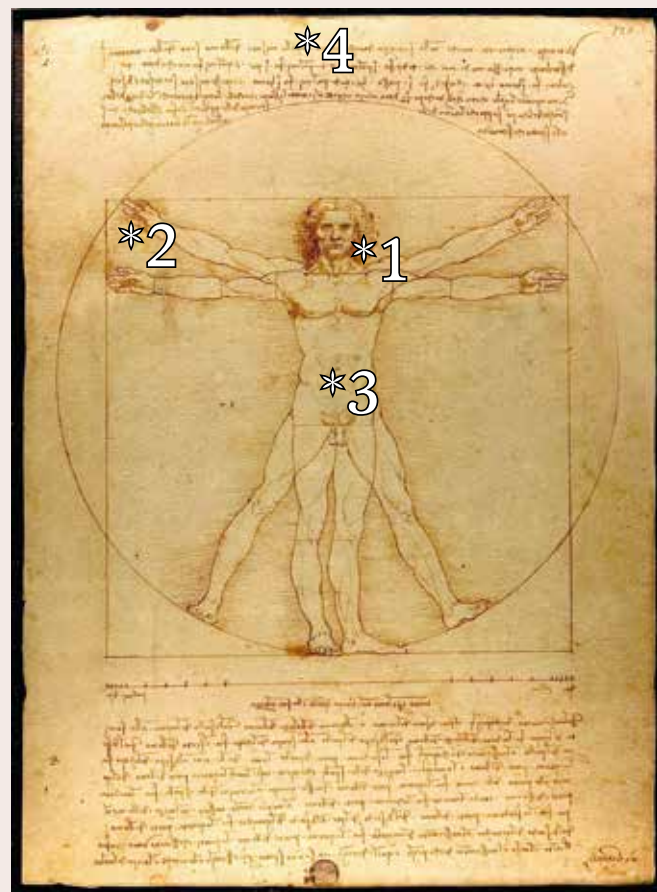
Ludzkie proporcje w ujęciu Leonarda i Witrufiusza opierały się na zasadzie, że kiedy człowiek rozłoży ręce, to opisać można dookoła niego kwadrat. Gdyby zatem jego dłonie nie dotykały krawędzi figury, proporcje byłyby zaburzone.

3. Przesunięcie pępka w prawą stronę.

Położenie pępka było szczególnie istotne, jako że był on punktem położonym dokładnie w samym środku człowieka.

4. Usunięcie części opisu u góry ryciny.

Leonardo opatrzył rycinę cytatami z Witrufiusza, które tłumaczyły proporcje ludzkiego ciała i zależności pomiędzy nimi.



Obraz: Leonardo da Vinci, Człowiek Witrufiański, 1490

Wena przyszła... po raz piąty!

Jarosław
Wanecki

Literatura lekarzy z roku na rok ma się coraz lepiej. Zainteresowanie konkursem, którego pomysłodawcą był, a patronem tytularnym jest profesor Andrzej Szczeklik, nie maleje, a poziom nadsyłanych prac wciąż pozytywnie zaskakuje i jurorów, i widzów uroczystej gali w krakowskim Teatrze Słowackiego, i czytelników „Gazety Lekarskiej”.

Wena przychodzi do lekarza za sprawą „Medycyny Praktycznej”, potwierdzającej konsekwentnie dbałość o należytą oprawę wręczenia nagród, z gwiazdami literatury, sceny i estrady. Organizator niezmiennie przyczynia się do zwrócenia uwagi na szczególną wrażliwość, jaka musi cechować dobrego lekarza, by potrafił właściwie odczytywać potrzeby chorych. Główną nagrodą w konkursie jest statuetka wykonana przez zakopiańskiego rzeźbiarza, Karola Gąsienicę Szostaka.

Kategorię „Proza non-fiction” można spokojnie nazwać „profesorką”. Pierwsze miejsce zdobyła prof. Małgorzata Nowaczyk z Kanady, drugie – prof. Bogdan Solnica z Krakowa, a trzecie – prof. Janusz Perzyński z Lublina. W kategorii „Opowieść lekarza – opowieść pacjenta” zwyciężyła Renata Paliga ze Szczecina, a za nią kolejno uplasowali się: ponownie prof. Małgorzata Nowaczyk i Janusz Stanisław Czarnecki z Torunia. Mistrzem poezji okrzyknięto Piotra Piątka z Kołobrzegu. Na drugim miejscu doceniono Joannę Czajkowską-Ślasko z Konstantynowa Łódzkiego oraz przyznano dwa wyróżnienia dla Barbary Rysz-Postawy z Krakowa i Jacka Świętochowskiego z Przemyśla.

Jury konkursu w składzie: Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklik, Adam Zagajewski jak zawsze zagrzewane było do pracy przez przewodniczącą Annę Dymną, której fundacja „Mimo wszystko” jest partnerem przedsięwzięcia razem z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie i Unią Polskich Pisarzy Lekarzy.

Gdyby gala zawierała wyłącznie wystąpienie Anny Dymnej, to jest to dla mnie wystarczający powód do odwiedzin w Słowackim, a jeśli jeszcze, tak jak w tym roku, dodać koncert Grzegorza Turnaua, prześmiewczy tekst Bronisława Maja, recytację Beaty Paluch i kreację odczytywania słów Szczeklika przez Jerzego Trelę, to podziękowań dla Piotra Gajewskiego zbierze się znacznie więcej. ■



Prof. Małgorzata Nowaczyk odbiera statuetkę z rąk Anny Dymnej.

Konkurs „Lekarze dzieciom”

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza I Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objęli Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz oraz Prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej Janusz Spustek. Patronatem medialnym konkurs objęli „Gazeta Lekarska” i miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medicus”. Nadsyłanie prac: do 30 września 2016 r. Rozstrzygnięcie konkursu: 30 października 2016 r.



Dodatkowe informacje na stronie internetowej organizatora: www.kultura.oil.lublin.pl.

Już po raz siódmy!

Do 30 września 2016 roku należy nadsyłać prace na VII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa” (decyduje data stempla pocztowego). Warunkiem uczestnictwa jest nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego, przyzna nagrody i wyróżnienia o łącznej wartości 5000 zł. Organizatorami konkursu są m.in. Naczelna Izba Lekarska oraz Komisja Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Patronat medialny objęła „Gazeta Lekarska”.



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



Primum non nocere, czyli jak leczyć lekami refundowanymi i wiele extras

Maciej Krzanowski

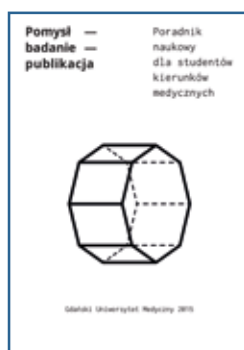
Leki nie tylko leczą. Potrafią szkodzić, a nawet doprowadzić do zgonu. Autor wskazuje, na co należy zwracać uwagę przy doborze konkretnych medykamentów.



Serce pasowało. Opowieść o polskiej transplantologii

Anna Mateja

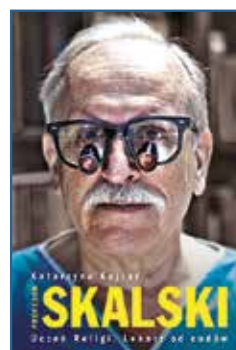
Reportaż na temat pionierskich operacji transplantologicznych w Polsce. To opowieść zarówno o lekarzach, którzy „niemożliwe” wcielali w czyn, jak i tych, bez których opisywane zdarzenia nie mogłyby mieć miejsca, czyli dawcach.



Pomysł — Badanie — Publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych

Łukasz Budyńko, Przemysław Waszak

Doświadczeni naukowcy odpowiadają lekarzom i studentom medycyny, jak stawiać pierwsze kroki w świecie nauk medycznych. Do pobrania za darmo na www.naukapoludku.pl



Profesor Skalski. Lekarz od cudów

Katarzyna Kojzar

Biografia krakowskiego kardiochirurga. Na kolejnych stronach książki poznajemy dzieci, które żyją dzięki profesorowi, a także zajrzymy do prywatnego życia bohatera tej książki.



W krainie torbaczy i kiwi

Maciej Zarebski

Kolejna książka lekarza, pisarza i podróżnika. Tym razem autor zabiera nas w podróż po Australii i Nowej Zelandii. Oprócz barwnej relacji, publikacja zawiera wiele zdjęć, które autor wykonał w czasie pobytu w tych krajach na przełomie lat 2007/2008.



Pingpongści

Prof. Jacek Śmigielski

Medigames w Mariborze

W dniach 29.05-3.06.2016 r. w Mariborze (Słowenia) odbyły się po raz 37. Mistrzostwa Świata Lekarzy. Na starcie stawili się reprezentanci 44 krajów świata (łącznie ponad 1100 uczestników). Polskę reprezentowało 22 lekarzy – zawodników, z których aż 18 zdobywało medale. Tegoroczne zawody zorganizowano w 22 dyscyplinach sportu: m.in. w lekkiej atletyce, strzelectwie, kolarstwie, tenisie ziemnym i stołowym, badmintonie, squashu, pływaniu. Miło nam poinformować, że polscy reprezentanci zdobyli 49 medali. Świetny wynik uzyskała grupa polskich lekarzy pingpongistów – tak ciekawie się złożyło, że była to pani doktor Katarzyna i pięciu panów doktorów noszących imię Andrzej.

FOTO: Archiwum prywatne

Mistrzostwa w strzelectwie myśliwskim

Komitet Organizacyjny XVII Otwartych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim serdecznie zaprasza wszystkich entuzjastów radosnego strzelania do wzięcia

udziału w kolejnej – siedemnastej edycji zawodów strzeleckich odbywających się pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej i Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016

Rozpoczęły się zapisy na Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016, który odbędzie się 1 października. Start i meta przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu (ul. Bo-

rowska 213). Dystans biegu wynosi 10 km. Impreza została objęta patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich.

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Cross-Duathlonie



W dniu 7 maja, w ramach VI Sandomierskiego Sportowego Weekendu Kwitnących Sądów, po raz drugi zostały rozegrane Mistrzostwa Polski Lekarzy w Cross-Duathlonie. Ta trudna dyscyplina łączy w sobie umiejętność biegu i jazdy na rowerze górskim (MTB). Na starcie stanęło 14 medyków, w tym dwie kobiety. W poszczególnych kategoriach wiekowych na podium stawali: Wojciech Wiedro i Marek Bar z Lublina, Tomasz Śpiewak z Tarnowa, Michał Olesiejuk i Jacek Łabudzki z Sandomierza oraz Antoni Olesiejuk z Lubartowa. Wśród pań zwyciężyła Anna Jurkiewicz Śpiewak z Tarnowa przed Iwoną Wojtal z Tarnobrzegu. Wszyscy uczestnicy chwalili sobie dobrą organizację imprezy, do czego przyczyniło się finansowe wsparcie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

Evian 2001 – Szczecin 2016

„Wspominając zdobycie złotego medalu na Światowych Igrzyskach Medyków w Evian w 6-cio osobowej drużynie piłki nożnej – największy sukces sportowy w historii Okręgowej

Izby Lekarskiej w Szczecinie, trzeba wspomnieć, że był on poprzedzony olbrzymią pracą lekarzy – piłkarzy na gościnnych boiskach Pogoni Szczecin” – wspomina Mariusz Zarzycki.

Więcej w dziale
Sport na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Pamięci bohatera

X Jubileuszowy Rajd Konny im. Majora Hubala rozpoczął się 20 maja przy pięknej, słonecznej pogodzie. W rajdzie brało udział 20 jeźdźców i dwukonna bryka dla gości. W tym roku do uczestników dołączyła grupa lekarzy z Wrocławia, Krakowa, Włocławka, Torunia i Uniejowa. Trasa rajdu prowadziła duktami lasów spalsko-rogowskich oraz przez okoliczne pola i łąki. Łącznie przejechano ok. 80 kilometrów.



Ahoj, żeglarze!

XXVI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy odbędą się w dniach 2-4 września 2016 r. Regaty, wzorem lat ubiegłych, zaplanowano w miejscu, które – zdaniem organizatorów – sprawdziło się pod każdym względem, tj. w Imionku k/Pisza. Wpisowe od za-

łogi wynosi 1400 zł i obejmuje dwa noclegi, pełne wyżywienie dla czteroosobowej załogi, jacht, koszt organizacji regat oraz ubezpieczenie. Udział dzieci do lat 6 bezpłatnie. Osoba do kontaktu: Komandor regat – Joanna Gniadek, tel. 605 629 090.

Grajmy w ringo!

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo, odbędą się w Pułtusku, w sobotę 2 lipca 2016 roku od godz. 14.00 na stadionie Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji przy ul. Ignacego Dączyńskiego 17 a.

Rzucali nietypowo

W dniach 23-24 kwietnia na Stadionie Leśnym w Sopocie odbyły się XI Mistrzostwa Polski w Rzutach Nietypowych. Pogoda w tym roku była łaskawa dla startujących. W zawodach startowało czworo lekarzy: Beata Warzecha, Konrad Bońda, Włodek Dłużniński i Zenon Krukowski.

XIX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W KOLARSTWIE GÓRSKIM



3 września 2016
Istebna

Więcej info, zapisy:
www.pomiaryczasu.pl
www.mtbistebna.pl

Organizator:
Janusz Lewandowski
+48 606 235 361
janlewdactor@interia.pl

WWW.STARYHANGAR.PL

SQUASH
STARY HANGAR

STARY HANGAR
FITNESS & WELLNESS CLUB

Fitness & Wellness Club
Stary Hangar
44-900 Gliwice,
ul. Toruńska 1
tel. 33/ 232-21-37
23/ 230-00-80
www.staryhangar.pl

8/9
października
start: 10.00

V

**MISTRZOSTWA
POLSKI LEKARZY**

WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1962-1968

2-4 września 2016 organizujemy spotkanie koleżeńskie w hotelu Astor we Władysławowie. Koszt: 500 zł, szczegółowy program z numerem konta wyślemy pocztą. Zgłoszenia do 15 lipca 2016. Kontakt: Halina Ciesielska, tel. 601 910 272, Karolina Szymańska, tel. 606 194 697, Bolesław Rutkowski, tel. 602 236 439, Wojtek Gorzelańczyk, tel. 605 549 529, Elżbieta Lubelska, tel. 603 309 456.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W POZNANIU, ROCZNIK 1991

Informujemy o Zjeździe Absolwentów 03.09.2016. Część oficjalna godz. 12.00 w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym UM, ul. Przybyszewskiego 37. Spotkanie towarzyskie godz. 18.00 w Galerii u Jezuitów, ul. Dominikańska 8. Osoby zainteresowane uczestnictwem prosimy o wpłatę kwoty 250 zł na konto: Bank Pekao 79 1240 6609 1111 0010 6758 6258, Katarzyna Hansz Zjazd Absolwentów, tytułem: Zjazd Absolwentów. E-mail do kontaktu: kati2911@poczta.onet.eu

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AMG, ROCZNIK 1953-1958

Organizujemy spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się 19 września 2016 r. w restauracji „Kalinówka”, ul. Potokowa 15 F (Gdańsk-Matemblewo). Początek spotkania o godz. 13:00, czeka nas wspólny posiłek i ciekawy wykład. Współmałżonkowie mile widziani! Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w terminie do końca sierpnia br. do: Wiesław Makarewicz, tel. 606 280 083, e-mail wmakar@gumed.edu.pl, Bogumił Przeździak, tel. 605 050 360, e-mail bop@plusnet.pl. Opłata za koszt uczestnictwa (posiłek) na miejscu spotkania. Nie wysyłamy zawiadomień listownych, prosimy o powiadamianie Koleżanek i Kolegów, z którymi pozostajecie w kontakcie.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1981

Spotkanie z okazji 35 lat ukończenia studiów, które odbędzie się 30.09.-02.10.2016 w Hotelu Gołuf k/Wdzydz Kiszewskich. Rezerwacja noclegów i wszyst-

kie wpłaty do 31.07.2016 na konto hotelu /nr 20 8335 00030116 6505 2000 0001, tytułem ZJAZD LEKARZY/. Koszt 1 noclegu w pokoju 2-osobowym wynosi 80 zł od osoby / dostępne są także pokoje 1 i 4-osobowe/. Sobotni obiad i kolacja to 200 zł. Kontakty do hotelu: tel. 58 6861187, e-mail kaszuby@wp.pl. W piątek o godz. 17.00 zaprasza do siebie do Olpucha /ok. 5 km od hotelu/ kol. Grzegorz Szalewski na ognisko i inne atrakcje! Bożena Nowak-Kędziara, tel. 502 305 554, e-mail bozena-n.k@wp.pl, Beata Goworek, tel. 605 949 174, e-mail beatagoworek@gmail.com, Mariusz Czaja, tel. 606 289 330, e-mail czajnik50@op.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W POZNANIU, ROCZNIK 1975-1981

Zapraszamy wszystkich Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1975-1981 na spotkanie „35 lat minęło”, w dniu 15 października 2016 roku o godz. 16.00. Miejsce spotkania: Restauracja Hotel Meridian's, Poznań ul. Litewska 22. Wszystkie informacje i zapisy na stronie www.absolwenci1981-poznan-am.pl

ABSOLWENCI ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1996

Zapraszamy do wzięcia udziału w spotkaniu z okazji 20-lecia ukończenia Śląskiej Akademii Medycznej, które odbędzie się w dniach 22 października 2016 r. w Hotelu Mercure Kasprowy w Zakopanem. Koszt udziału w Zjeździe: 310 zł brutto (obejmuje udział w uroczystej kolacji, oprawę muzyczną i koszty organizacji). Nocleg: 252 zł brutto pokój 1-osobowy, 294 zł brutto pokój 2-osobowy. Rezerwacja noclegów na stronie www.kasprowy.pl, (po rejestracji na stronie www.slam1996.pl otrzymają Państwo hasło do rezerwacji hotelowej). Kontakt w sprawach Zjazdowych: Biuro organizacyjne: Grupa Bloom T: +48 601 618 338 E: biuro@grupabloom.pl Rejestracja do udziału w Zjeździe oraz szczegóły: www.slam1996.pl

**UWAGA
PROSIMY O NADSYŁANIE
KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ
800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**

Wele wele wetka

Koncert chórów i orkiestr lekarskich w Teatrze Narodowym, od którego rozpoczęły się obrady IX Kongresu Polonii Medycznej w Warszawie, miał za zadanie pokazać siłę organizacyjną samorządu, niepodważalną wirtuozerię wykonawców oraz jednolite brzmienie, napawające dumą i inspirujące do wspólnego działania z jednoczesnym podkreśleniem odrębności poszczególnych zespołów.

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy zorganizowany na połowinki siódmej kadencji miał za zadanie dać nowy impuls na kolejne dwa lata, a przy okazji stworzył niepowtarzalną okazję do wysłuchania propozycji reform planowanych przez resort zdrowia w bliższym i dalszym czasie. Nie tupano, nie buczano. Polemika była cicha, bo i plan zmian został tak szeroko zakrojony, że trudno do wszystkich haseł odnieść się szczegółowo, ad hoc i bez wcześniejszych analiz. Sala rewidowała swoje dotychczasowe poglądy i uchwały dotyczące systemu ubezpieczeniowego. W kuluarach ustawiła się długa kolejka do kolegi ministra, który cierpliwie odpowiadał na pytania, przyjmował gratulacje i dobre rady. W tym czasie delegaci dyskutowali i głosowali kwestie, który rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest ważniejszy: Naczelny czy okręgowy; czy decyzje dotyczące lekarzy dentyków mogą być podejmowane z pominięciem Prezesa NRL oraz czy zasadę równości wyborów można zastąpić równoważnikami głosowań dwóch zawodów lekarza i stomatologa. Profesor Michał Królikowski opowiedział o klauzuli sumienia. Jak zwykle padło kilka ważkich zdań, że w jedności siła, a o autonomii i podziale samorządu rozmawiamy w ramach konkursu krasomówczego bez żadnych konsekwencji na przyszłość. Ot, taki refren, żeby melodii nie zapomnieć: „Wele wele wetka – smakowało?”.

Kiedy zapisałem do kongresowych notatek informację, że chór Lubelskiej Izby Lekarskiej wykona podczas czerwcowego koncertu kaszubską piosenkę ludową „Wele wele wetka”, zacząłem intensywnie szukać, co tytuł ów znaczy i o czym jest przyspiewka. Mimo przeczytania kilku interpretacji, pozostając z nieodpartym wrażeniem, że nadal nic nie wiem. Najprawdopodobniej chórzyści wywołują duchy, karmią je, błagają o coś, a może dają szansę na pomniejszenie czyścowych katuszy, po prostu odprawiają Dziady. Widownia wyjaśnień jednak nie potrzebowała, ulegając magii rytmu i melodii, klaszcząc i nując podczas występu,

a potem wybuchając gromką owacją na cześć artystów i dając im sygnał: „jesteśmy z wami, śpiewajcie dalej! Wele wele wetka – jo, jo, jo!”.

„Strajk w Centrum Zdrowia Dziecka był samotną walką pielęgniarek” – usłyszałem w radiu. Pomocnej dłoni nie podali opozycyjni politycy, czujący na swoich barkach odpowiedzialność za zaistniałą sytuację; ani badania opinii społecznej karmionej statystykami plac, których przeciętny Polak nie rozumie; ani lekarze, postrzegani jako grupa uprzywilejowana, z zielonym światłem na wszystkich skrzyżowaniach zmian w służbie zdrowia, mimo że praca bez pielęgniarek i położnych jest w wielu wypadkach praktycznie niemożliwa. A w uszach słyszę nieznośne: „Wele wele wetka – gdzieś ty była?”.

Przed Trybunałem Konstytucyjnym adepci sztuk lekarskich wygrali prawo do jawności pytań egzaminacyjnych. Radość z nieopublikowanego wyroku poniosła się przez forum internetowe. Ale, ale...! Wyrok czy opinia? W jakim składzie zapadło orzeczenie i czy kolejność spraw została zachowana zgodnie z datą zapisaną w repertorium? Czy orzeczenie będzie respektowane przez Centralną Komisję Egzaminacyjną? Czy na tym przykładzie, czułe ucho lekarskie usłyszy fałszywe nuty w grze, której skutki nie są wyłącznie wielką polityką? I coraz szybciej: „Wele wele wetka – co dostałaś?”.

Śpiewam swoją „Wele wele wetkę”, chcąc zrozumieć więcej w czas wywoływania duchów i karmienia nadziei. Dobrze wykonanie piosenki wymaga przygotowań i zespołu. Najważniejszy jest dyrygent, który podaje ton, utrzymuje rytm, wychwytywa niedoskonałości. Istotne jest otoczenie: światło, akustyka, atmosfera, motywacja, przestrzeń, powietrze. Trzy minuty decydują o sukcesie: melodia, harmonia, równy takt i obraz tańczącej batuty panującej nad wielogłosowym instrumentem – chórem śpiewającym cały repertuar ze zrozumieniem. Razem. ■



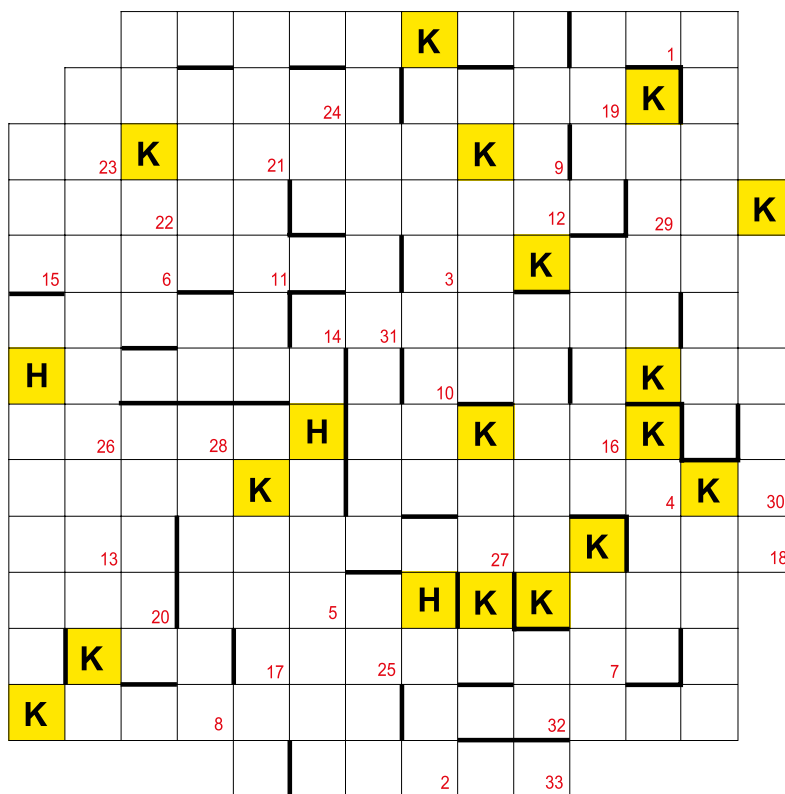
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”





Objaśnienia
59 haseł podano
w przypadkowej
kolejności.
W diagramie ujawniono
wszystkie litery: H i K.
Na ponumerowanych
polach ukryto 33 litery
hasła, które stanowi
rozwiązanie.
Jest to mądrość
arabska. Hasło należy
przesłać na karcie
pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 19 sierpnia 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 215
(„GL” nr 04/2016)
Lektura książek
przedłuża życie.

Nagrody otrzymują:
Katarzyna Wołochowska
(Warszawa), Paulina
Grabiecka (Płock), Urszula
Marianowska (Janów
Lubelski). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* hamuje reakcje chemiczne * numer podatnika * świetlik świętojański * przedwojenna Radwańska * partnerka
Krościenka * 2.54 cm * między wanadem a manganem * rajd gwiazdzisty * góruje nad Gurzufem * między basem a
sopranem * na stosie lub tacy * poprzedniczka holka * Kijowska lub Czerwona * $a + b / 2$ * wielokrotne powtarzanie
tych samych operacji * wódz polski lub litewski * łóżko marynarza * stolica ostanu Fars * między renem a irydem
* krwawnik, odmiana chalcedonu * wirujący krążek do nawigacji * pn.-wsch. prowincja Niz. Weneckiej * totalna
przegrana * praskarpety * ischias * cysters lub kamedul * listwa na dulkę * wąż z „Księgi dżungli” * wody otwarte *
główne miasto nad Angarą * krzew iglasty * twórca „Ateneum” * zakątek * trójlistna koniczyna, godło Irlandii * karcz
* przemysłowa dzielnica Piaseczna * część Teb poświęcona Amonowi * żeton * druciane oczko bakteriologa *
dekret cara * stolica prowincji w Emilia-Romania * waluta RPA * metropolita warszawski * pomost do ładowania *
żeńskie marynarka * teolog islamski * Wyspy Korzenne * wieńczy dzieło * izba więzienna * buć w krośnie tkackim
* carcinoma * tenisowy walkower * partner Chartumu z grobem Mahdiego * złamała nóżkę * Adam El...y * wywiad
USA * płynie w Wientian * żydowska dzielnica Krakowa * na rękach chirurga

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 650 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 (Berlin)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

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